



**BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**



**YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN KARAR VERME
BECERİLERİNİN POZİSYON VERME VE POZİSYON
DEĞİŞİMİ UYGULAMALARINA ETKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

SEYFETTİN DÖNMEZ

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

BURSA-2019



**T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**



**YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN KARAR VERME
BECERİLERİNİN POZİSYON VERME VE POZİSYON
DEĞİŞİMİ UYGULAMALARINA ETKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

SEYFETTİN DÖNMEZ

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

DANIŞMAN:

Doç.Dr. Hicran YILDIZ

BURSA-2019

**T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

ETİK BEYANI

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Yoğun bakım hemşirelerinin karar verme becerilerinin pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulamalarına etkisinin değerlendirilmesi” adlı çalışmanın, proje safhasından sonuçlanmasına kadar geçen bütün süreçlerde bilimsel etik kurallarına uygun bir şekilde hazırlandığını ve yararlandığım eserlerin kaynaklar bölümünde gösterilenlerden oluştuğunu belirtir ve beyan ederim.

Seyfettin DÖNMEZ



KABUL VE ONAY

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Seyfettin DÖNMEZ tarafından hazırlanan “Yoğun Bakım Hemşirelerinin Karar Verme Becerilerinin Pozisyon Verme Ve Pozisyon Değişimi Uygulamalarına Etkisinin Değerlendirilmesi” konulu Yüksek Lisans Tezini 18/09/2019 günü 12.00-13.00 saatleri arasında yapılan tez savunma sınavında jüri tarafından oy birliği ile kabul edilmiştir.

	<u>Adı-Soyadı</u>	<u>İmza</u>
Tez Danışmanı	Doç.Dr Hicran YILDIZ	
Üye	Doç.Dr.Neriman AKANSEL	
Üye	Prof.Dr.Neriman ZENGİN	
Üye		
Üye		

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulu'nun tarih ve sayılı toplantısında alınan numaralı kararı ile kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Gülşah ÇEÇENER
Enstitü Müdürü

TEZ KONTROL ve BEYAN FORMU

18/10/2019

Adı Soyadı: Seyfettin Dönmez

Anabilim Dalı: Hemşirelik Anabilim Dalı

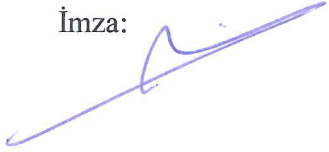
Tez Konusu: Yoğun bakım hemşirelerinin karar verme becerilerinin pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulamalarına etkisinin değerlendirilmesi

ÖZELLİKLER	UYGUNDUR	UYGUN DEĞİLDİR	AÇIKLAMA
Tezin Boyutları	☒	☐	
Dış Kapak Sayfası	☒	☐	
İç Kapak Sayfası	☒	☐	
Kabul Onay Sayfası	☒	☐	
Sayfa Düzeni	☒	☐	
İçindekiler Sayfası	☒	☐	
Yazı Karakteri	☒	☐	
Satır Aralıkları	☒	☐	
Başlıklar	☒	☐	
Sayfa Numaraları	☒	☐	
Eklerin Yerleştirilmesi	☒	☐	
Tabloların Yerleştirilmesi	☒	☐	
Kaynaklar	☒	☐	

DANIŞMAN ONAYI

Unvanı Adı Soyadı: Doç.Dr. Hicran Yıldız

İmza:



İÇİNDEKİLER

Dış Kapak

İç Kapak

ETİK BEYANI	II
KABUL VE ONAY	III
TEZ KONTROL ve BEYAN FORMU	IV
İÇİNDEKİLER	V
TÜRKÇE ÖZET	VII
İNGİLİZCE ÖZET	VIII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1. Araştırmanın Amacı	25
3.2. Araştırmanın Tipi	25
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer	25
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	25
3.5. Verilerin Toplanması	26
3.6. Verilerin İstatistiksel Analizi	26
3.7. Araştırmanın Etik Yönü.....	27
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	27
4. BULGULAR.....	28
5. TARTIŞMA ve SONUÇ	39
6. KAYNAKLAR	54
7. EKLER.....	64
8. TEŞEKKÜR	69
9. ÖZGEÇMİŞ.....	70

TÜRKÇE ÖZET

Bu araştırma, yoğun hemşirelerinin karar verme becerilerinin pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulamalarına etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Analitik nitelikteki araştırmanın evrenini Bursa Merkez ilçelerinde Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı tüm hastanelerin (Dal hastaneleri hariç) ve UÜ. Tıp Fakültesi Hastanesi yoğun bakımlarında çalışan tüm hemşireler, örneklemini bu hemşireler arasından çalışmaya katılmayı kabul eden 148 hemşire oluşturmuştur. Çalışmada, sosyodemografik özellikler ve yoğun bakımda çalışma, pozisyon verme ve pozisyon değişimi ile ilgili soruları içeren genel bilgi formu ve Karar Verme Stratejileri Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, yüzdeler, ortalamalar, t testi, One-Way Anova testi ve Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Yaş ortalamaları $28,70 \pm 6,47$ olan olguların %70,3'ü kadındır. Olguların %52'si lisans mezunudur. Hemşirelerin Karar Verme Stratejileri ölçeğinden aldıkları en yüksek puanın mantıklı sistematik karar verme alt boyutundan ($34,95 \pm 5,21$), en düşük puanın kararsızlık alt boyutundan ($25,43 \pm 5,05$) aldıkları saptanmıştır. Hemşirelerin pozisyon verme ve pozisyon değişimi yapılmasının gerekli olduğunu düşünme, hastaya pozisyon vermeden ve pozisyon değişimi yapmadan önce doktor orderi olup olmadığını kontrol etme ve yoğun bakımda hasta için kullanacağı pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulamalarına kendisinin karar verme durumu ile karar verme stratejileri ölçeği puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Hemşirelerin pozisyon verme ve pozisyon değişimi sırasında dikkat edilecek noktalar konusundaki düşünceleri ile karar verme stratejileri ölçeği puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Hemşirelerin karar verme becerileri pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulamalarını etkilemektedir. Hemşirelerin pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulamalarını daha etkin şekilde yapabilmesi için karar verme becerisinin geliştirilmesine yönelik eğitimlerin yapılması ve yoğun bakımlarda karar destek sistemlerinin kurulması ve yaygınlaştırılması önerilmiştir.

Anahtar kelimeler: Karar verme, Yoğun bakım, pozisyon verme, pozisyon değişimi

İNGİLİZCE ÖZET

Evaluation of the Effect of Decision Making Skills of Intensive Care Nurses on Positioning and Position Change Practices

The aim of this study was to evaluate the effect of decision making skills of intensive nurses on positioning and position change applications.

The sample of the cross-sectional (between 01.11.2016 and 01.04.2017) and descriptive study was the sampling of all hospitals affiliated to the Public Hospitals Association (except branch hospitals) and UU. The nurses working in the intensive care units of the Faculty of Medicine consisted of 148 nurses who agreed to participate in the study.

Data were collected by using face to face interview technique, sociodemographic characteristics, working in intensive care unit, general information form including questions about positioning and changing positions and Decision Making Strategies Scale.

In our study; 99.3% of the patients thought that it was important to position / change the patient in the intensive care unit and 98% thought that it was necessary to position and change the position. Sociodemographic characteristics of the cases did not affect the decision making strategies. It was determined that the highest score obtained from the Decision Making Strategies scale was obtained from the logical systematic decision making sub-dimension (34.95 ± 5.21) and the lowest score from the indecision sub-dimension (25.43 ± 5.05). Significant differences were found between the decision making strategies scale and logical / systematic decision making sub-dimensions. As a result, in our study, it was found that the characteristics of the cases related to the intensive care units and working conditions did not affect the decision-making strategies. In order to improve the decision-making process of the nurse, decision-making skills should be developed, effective decision-making and basic vocational training should be taken.

Keywords: Intensive Care Nurses, Decision Making Skills, Positioning and Change of Position

1.GİRİŞ

Yoğun bakım; bir ya da birden fazla organın geçici olarak yetersizliğini nedeniyle sürekli olarak gözlem ve kontrol altında bulundurulması gereken hayati tehlike içindeki hastaların bakımlarının sağlandığı, vücudun aksamış olan fonksiyonlarının temel neden ortadan kalkıncaya kadar desteklendiği ve bu süre içerisinde hastanın hayatta kalmasının sağlandığı, çeşitli cihazların ve teknolojilerin kullanıldığı ve disiplinler arası bir ekip yaklaşımının zorunlu olduğu yataklı bakım üniteleridir (Karabacaoğlu,2007; Özgürsoy ve ark., 2008; Terzi ve ark.,2011).

Yoğun bakım hastalarının çoğu, stabil olmayan hemodinami ya da travmatik durum nedeni ile hareketi sağlanamayan (mobilizasyonu), kısa ya da uzun süreli olarak yatağa bağımlı kalan hastalardır. Yatağa bağımlı kalma, tüm vücut sistemlerini olumsuz etkilemekte ve çeşitli komplikasyonların gelişimine neden olmaktadır (Grap ve Munro 2005). Bu komplikasyonlar; pulmoner komplikasyonları (atelektazi, pnömoni, aspirasyon vb.), kardiyak komplikasyonları, tromboembolitik komplikasyonları, basınç yaralarını, kas ve kemik atrofilerini, ağız içi ülserasyonlar, enfeksiyonlar, anemi ve hormonal değişimleri vb. içermektedir (Hatipoğlu, 2002 ; Powers ve Daniels 2004). Komplikasyonların azaltılması ve önlenmesi için, hemşireler tarafından pozisyon verme ve pozisyon değiştirme, mobilizasyon, ağız bakımı, üretral kateter bakımı, santral-periferik kateter bakımı gibi çeşitli uygulamalar gerçekleştirilmektedir (Akdeniz ve ark., 2004 ; Uysal ve ark., 2013)

Pozisyon verme ve pozisyon değiştirme, yoğun bakım hemşirelerinin temel rol ve sorumlulukları arasında yer alan hem hasta bakım sürecinde ve hem de tıbbi tedavinin ilk basamağında yer alan standart bir hemşirelik uygulamasıdır (Akpir, 2004; Ayey, 2008; Haytural, 2005). Hemşirelerin bağımsız karar ve uygulamalarından biri olan “pozisyon verme”, doğru ve etkin şekilde yapıldığında, kritik durumdaki hastaların iyileşmesine, yoğun bakımda kalış süresinin azalmasına, mortalite ve morbidite oranlarının düşmesine katkıda bulunmaktadır (Ayey, 2008; Haytural, 2005). Ancak, doğru ve etkin şekilde verilmeyen pozisyonlar, hastanın sağlığı için zararlı hatta ölümcül sonuçlara yol açmaktadır (Ayey, 2008; Haytural, 2005; Powers ve Daniels 2004).

Sağlık hizmeti, pahalı bir kurumsal hizmet olarak değerlendirilmektedir. Hemşireler tarafından sunulan kaliteli ve etkin bir bakım, yoğun bakımda yatış süresinin azalmasına katkıda bulunarak, yoğun bakımda yatış süresinin uzamasına bağlı ortaya çıkabilecek iş gücü ve maliyet kaybının azalmasını sağlamaktadır (Karadağ ve ark.,2005). Hemşirelik bakımının etkin olduğuna işaret eden göstergelerinden birisi, önlenabilir hastalık ve komplikasyonların yokluğudur (Ekizler, 2000).

Yoğun bakım hemşireleri, ilaç tedavilerinin uygulandığı, tıbbi cihazlara bağımlı ve ileri yaşam desteği verilen ve çok sayıda komplikasyon risk taşıyan hastalara güvenli ve etkili bir bakım sağlamak için, hastanın durumunda ortaya çıkan ya da çıkabilecek sağlık problemlerini dikkatli bir şekilde hızla değerlendirerek, yapması gereken uygulamalara hemen karar verme yetkinliğine sahip olmalıdır. (Grap ve Munro 2005; Powers ve Daniels 2004;Turgay ve ark.,2001).

Hemşirelik bakımının etkinliğinin önemi bilinmesine rağmen, yoğun bakımlarda hemşirelik uygulamalarının genellikle hekimin önerdiği tedavi işlemlerini yerine getirmekle sınırlı kaldığı, hemşirenin asıl görev ve sorumlulukları arasında yer alan temel hemşirelik işlevlerinin, hemşireler tarafından büyük ölçüde yerine getirilmediği görülmektedir (Karadağ ve ark., 2005) .

Çalışma, yoğun hemşirelerinin karar verme becerilerinin pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulamalarına etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

1.1.Araştırma Hipotezleri:

H0:Yoğun bakım hemşirelerinin karar verme becerileri pozisyon verme uygulamalarını etkiler

H1:Yoğun bakım hemşirelerinin karar verme becerileri pozisyon değiştirme uygulamalarını etkilemez.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Yoğun Bakım

2.1.1.Yoğun Bakımın Tanımı

Yoğun bakım üniteleri (YBÜ), yaşamı tehdit eden hastalıklara sahip bireylerin izleminin yapıldığı ve daha ileri teknolojik cihazların kullanıldığı, bireylerin yaşam fonksiyonlarının desteklendiği, özel tedavi yöntemlerinin uygulandığı ve karmaşık biyomedikal cihazların bulunduğu, multidisipliner ekip yaklaşımı gerektiren bir birimdir (Şahinoğlu 2012; Terzi, 2011).

Sağlık Bakanlığı'nın 2008 tarih ve 11395 sayılı Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesinde, yoğun bakım ünitesi "Bir ya da daha fazla organ veya organ sistemlerinde ciddi işlev bozukluğu nedeniyle yoğun bakım gereksinimi olan hastaların iyileştirilmesini amaçlayan, yerleşim biçimi ve hasta bakımı açısından ayrıcalık taşıyan, ileri teknolojiye sahip cihazlarla donatılmış, 24 saat yaşamsal göstergelerin gözlemi ve hasta tedavisinin yapıldığı kliniklerdir" şeklinde tanımlanmıştır (Akıncı, 2003; Gündoğdu, 2008).

2.1.2.Yoğun Bakım türleri

Yoğun bakımlar, hastaların hastalıklarının ciddiyetine ve gereksinim duydukları tedavi ve bakıma göre, üçe ayrılmıştır (Bahar, 2011; Şahinoğlu, 2012):

I. Düzey: Temel monitör olanaklarının bulunduğu, tam gün yoğun bakım uzmanının bulunmadığı ve hekim hizmetinin konsültasyon şeklinde alındığı ünitelerdir. Bu düzeydeki yoğun bakımlarda, daha üst seviye yoğun bakım ünitelerine gereksinimi olmayan, ancak normal servislerde takip ve tedavileri yapılamayacak olan, yakın takipleri gereken hastalara bakım verilmektedir. Bu servislere ara yoğun bakım adı verilmektedir. Bu ünitelerde, devamlı tedavi ve bakım verilebilmesi için üç-dört hastaya bir hemşirenin bakım vermesi gerekmektedir (Bahar, 2011; Eroğlu,2006).

II. Düzey: Belirli saatler içerisinde doktor gözetimi hizmeti verilen ve gerektiğinde uzun süreli yapay solunum olanağının sağlandığı ünitelerdir. Tek organ yetmezliği nedeni ile destek gereksinimi bulunan, detaylı gözlem ve çok sayıda girişim gereksinimi olan hastaların takip ve tedavisinin yapıldığı ünitelerdir. Bu servislere ara yoğun bakım adı verilmektedir. Bu ünitelerde, devamlı tedavi ve bakım verilebilmesi için üç hastaya bir hemşirenin bakım vermesi gerekmektedir (Bahar, 2011; Gündoğdu, 2008)

III. Düzey: Eğitim hastaneleri ve gelişmiş hastanelerde bulunan, hastaların 24 saat doktor gözetimi ve denetimi altında olduğu ve tam kapsamlı yoğun bakım hizmetinin verildiği gelişmiş ünitelerdir. İleri solunum desteği gerektiren veya temel solunum desteği ihtiyacı olan, bununla birlikte en az 2 organ sistemi desteği gereksinimi olan, çoklu organ disfonksiyonu veya yetmezliği bulunan tüm komplike hastaların kabul edildiği ünitelerdir. Bu ünitelerde, devamlı tedavi ve bakım verilebilmesi için iki hastaya bir hemşirenin bakım vermesi gerekmektedir (Bahar, 2011; Eroğlu,2006).

2.1.3.Yoğun bakım ekibi

Yoğun bakım üniteleri, multidisipliner yaklaşım gerektiren özel ünitelerdir (Eroğlu 2006; Şahinoğlu 2012). Tıbbi ve cerrahideki gelişmeler, yeni uygulama alanlarının oluşmasına neden olmakta ve bu alanlarda çalışanların farklı teori ve pratik uygulamalara sahip olmalarını zorunlu hale getirmektedir (Atabek ve Karadağ, 2007; Hatipoğlu, 2002). Yoğun bakım ekibi, çalışma alanı ve bu alanda yatan hastaların tanı, tedavi ev bakım süreçleri konusunda eğitim almış, acil durumlarda gerekli müdahaleleri yapabilecek, hasta ihtiyaçlarını karşılayabilecek, konforunu sağlayabilecek ve ekip çalışmasına uyumlu elemanlardan oluşmaktadır (Terzi, 2011; Şahinoğlu, 2012). Yoğun bakım ekibi içerisinde, alanında uzman ve asistan hekim, yoğun bakım hemşiresi, konsültan hekimler, fizyoterapist, eczacı, radyoloji teknikeri, diğer teknikerler, diyetisyen, hizmetli personel ve temizlik personelleri yer almaktadır (Eroğlu, 2006; Şahinoğlu 2012).

Yoğun bakım hemşiresi, aldığı kararların bilimsel gerekçelerini bilmek, gelişmiş hemşirelik becerilerine ve hastanın durumundaki değişiklikleri değerlendirebilme yeteneğine sahip olmalıdır. Yoğun bakım hemşiresi, hastanın vital bulgularının, laboratuvar değerlerinin ve hastaya yapılan tüm işlemlerin kayda geçirilmesinden ve bu bilgilerin hasta güvenliği açısından saklanması sağlamaktan sorumludur (Çamcı, 2006; Gündoğdu, 2008). Ayrıca, yoğun bakım hemşireliğinin görev, yetki ve sorumlulukları arasında; hastaların bakımını yapma, hemşirelik sürecini uygulama, tıbbi tanı ve tedavi planının uygulanmasına katılma, hasta güvenliğini sağlama, riskleri önleme, terapötik iletişim sağlama, mesleki ilişkileri profesyonel seviyede sürdürme, eğitim verme, sürekli araştırma ve geliştirme faaliyetlerinde bulunma, tüm faaliyetlerini etik ilkeler ve etik kodlar çerçevesinde gerçekleştirme de yer almaktadır (Akbal Ergün ve ark., 2000; Can ve ark., 2003; Fındıkçı, 2003; Swansburg, 2006). Yoğun bakım hemşireleri tüm bu görev, yetki ve sorumlulukları, bireyin fizyolojik, psikolojik, emosyonel ve sosyal dengesinin en iyi duruma getirilmesini ve bireysel bakımını sağlamak, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarının giderilmesine destek olmak, terminal dönemdeki hastaları huzurlu ölüme hazırlamak, hasta ve yakınlarıyla terapötik ilişki kurmak ve sürdürmek amacıyla yerine getirmektedir (Çamcı, 2006; Gündoğdu, 2008). Ülkemizde, yoğun bakım hemşirelerinin görev, yetki ve sorumlulukları 19 Nisan 2011 tarih ve 27910 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan “Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” kapsamında tanımlanarak güvenceye alınmıştır (Balık ve Öztürk,2016).

Yoğun bakım hemşireliği, çok özel eğitimlerden, uygulamalardan, araştırma ve araştırma sonuçlarından yararlanmayı gerektiren bir hemşirelik alanıdır (Çamcı,2006; Hatipoğlu, 2002). Bununla birlikte, yoğun bakım hemşireleri hastanın tedavi ve iyileşme süreci boyunca sorumlulukları kapsamındaki farklı konularda önemli kararlar almak durumunda kalmaktadır (Çamcı, 2006; Durna,2012; Terzi, 2011).

2.2.Karar Verme

2.1.1. Karar verme sürecinin tanımı

Karar verme, kişinin ya da kurumun amacı ve hedefi doğrultusunda istenen sonuca ulaşmak için, izlenecek yolların belirlenmesi, olası eylem biçimlerinin, kullanılacak yöntemlerin, tekniklerin, araçların, imkânların ve kaynakların incelenerek, bunlar arasından en uygun olanın seçilmesi durumudur (Bayram, 2007; Byrnes, 1998; Güney, 2012; Tengilimoğlu, 2012). Karar verme süreci, problem ve problem çözme seçenekleri değerlendirildikten sonra, bilgi toplayarak ve alternatif seçenekleri sonuçları ile birlikte her yönüyle değerlendirerek, seçenekler arasından en uygun olanının belirlenmesi sürecidir (Güney, 2012; Kuzgun, 1992; Smith, 2000; Tengilimoğlu, 2012). Karar verme, çeşitli durumlar karşısında, seçenekler arasından seçim ve tercih yapmakla ilgili bedensel ve zihinsel çabaların toplamı olarak da tanımlanmaktadır (Byrnes, 1998; Hamamcı ve Hamurlu, 2005; Kuzgun, 1992).

Bazı kararların insan hayatı üzerindeki etkisi az olduğundan, bireyler üzerinde çok iyi düşünmeden gelişigüzel karar verilebilmektedir. Ancak, bazı kararlar (okul ve meslek seçimi, eş seçimi gibi) insanın yaşamını önemli ölçüde etkilediğinden, bu kararlar üzerinde daha detaylı ve eleştirel düşünmek gerekmektedir (Yıldırım, 2011). Son yıllarda teknolojik, ekonomik ve siyasi gelişmeler, toplumsal değişimler ve yaşam boyu karşılaştığı durumlar, bireylerin yaşamını daha karmaşık hale getirerek yeni sorunlarla karşı karşıya gelmesine neden olmaktadır. Her yeni sorun bireyin düşünme gücünü zorlayarak eleştirel düşünmesine, çözümler üretmesine ve çeşitli kararlar vermesine neden olmaktadır (Hamamcı ve Hamurlu, 2005; Özkahraman ve Yıldırım 2011).

Karar verme davranışının ortaya çıkabilmesi için, üç koşulun bulunması gerekmektedir: Birincisi, karar verme ihtiyacını ortaya çıkaran bir güçlüğü olması ve bu güçlüğü birey tarafından hissedilmesi. İkincisi, güçlüğü giderecek birden fazla seçeneğin bulunması. Üçüncüsü, bireyin seçeneklerden birine yönelme özgürlüğüne sahip olması (Kuzgun, 1992).

Karar verme, karmaşık bir süreç olup, bilgiyi sentez ederek ayırabilmeyi, seçeneklerin içinden en iyiyi seçerek uygulamaya koymayı, mantığa uygun istikrarlı

sonuçlar geliştirmeyi, yapılan değişik girişimlerin yarar ve zararlarını tartabilme yeteneğine sahip olmayı gerektirmektedir (Eşer ve ark., 2008; zer ve ark., 2006; Kaya,2000). Karar verme süreci, řu adımlardan oluşmaktadır (Emhan,2007; Hoy ve Miskel, 1996):

- Konu ya da problemi anlama ve belirleme,
- Var olan durumun zorluklarını analiz etme,
- Tatmin edici bir çözüm için kriter oluşturma,
- Eylem için plan ya da strateji geliştirme,
- Eylem planını başlatma

Karar verme sürecinde kullanılan yaklaşımlar, sonuç üzerine yoğunlaşan yaklaşım ve süreç üzerine yoğunlaşan yaklaşım olmak üzere iki grupta ele alınmaktadır.

- Sonuç zerine yoğunlaşan yaklaşım: Karar verme sürecinde verile kararın ortaya çıkartacağı sonuçların doğru bir şekilde tahmin edilmesi gerektiğine ve bunun karar verme sürecinin anlaşılabilmesini sağlayacağı görüşüne dayanmaktadır (Ersever, 1996; ztrk ve ark.,2009).
- Süreç zerine yoğunlaşan yaklaşım: Karar verme sürecinin anlaşılmasının, ortaya çıkacak sonuçların doğru bir şekilde tahmin edilmesine neden olacağı görüşüne dayanmaktadır. Bu yaklaşımda, kararların nasıl verildiği hakkında detaylı bilgi edinmenin, kararların en uygun şekilde nasıl verilmesi gerektiğini ortaya koyacağı dşnesi hakimdir (Ersever 1996; ztrk ve ark.,2009).

Karar verme sürecinde, karar verme hızı ve kullanılan karar verme stili açısından bireysel farklılıklar olabilmektedir. Toplanan ve değerlendirilen bilgi miktarı, kararın hızını; bireysel ve motivasyonel yüklemeler karar verme stillerini etkilemektedir. Kullanılan karar verme stilleri şunlardır (Sabuncu ve Akça,2010):

- Rasyonel karar verme stili: Karar verme sürecinde, birey tarafından alternatiflerin mantıklı şekilde değerlendirilmesi ve araştırılmasıdır.

- Sezgisel karar verme stili: Karar verme sürecinde kişinin, önsezi ve duygularına güvenerek karar vermesidir.
- Bağımlı karar verme stili: Karar verme sürecinde kişinin başkalarının öneri ve yönergelerini değerlendirerek karar vermesidir.
- Hızlı karar verme stili: Karar verme sürecinde kişinin anında, düşünmeden alternatifleri değerlendirmeden hızlıca karar vermesidir

2.1.2. Hemşirelikte karar verme süreci

Hemşirelikte karar verme süreci, hemşire tarafından bir durumun problem olarak algılanması ile başlayan, istendik bir amaca ulaşmak için seçenekler arasından davranışa dönük en doğru eylemin seçilmesini içeren zihinsel bir süreçtir. Karar verme, zekâ, entelektüel ve bilişsel (kognitif) aktiviteleri içeren karmaşık bir yapıdadır. Eleştirel düşünme ve problem çözme becerisinin kullanılmasını gerektirmektedir (Yıldırım 2010).

Karar verme hemşirelik açısından; hemşirelik bilgisinin kullanılmasını ve uygulamaya konmasını ifade etmektedir (Sağır,2006 ; Tosun, 2002). Bilgi ve karar verme arasındaki ilişki, hemşireliğin profesyonelleşmesinde en belirleyici unsurdur (Yurtsever, 2006). Karar verme karmaşık bir işlemdir, hemşireler çoğu zaman yetersiz verilerle hızlı karar vermek zorunda kalabilmektedirler (Garrett, 2005; Sardoğan ve ark.,2006). Hemşireler genellikle, çok yönlü ve karmaşık ortamlarda yoğun bilgi kullanarak kısa sürede klinik kararlar almak zorunda kalmaktadır (Özer ve ark., 2006; Taşçı,2005). Yasalar, etik ilkeler ve kültürel yapı karar vermenin sınırlarını belirleyici faktörlerdir (Özer ve ark., 2006; Tezel ve ark.,2009). Hemşirelikte karar verme sürecinde, analitik ve sezgisel yaklaşımlar kullanılmaktadır (Özer ve ark., 2006; Uçan ve ark.,2008).

Hemşirenin doğru ve etkin karar verebilmesi için, kişisel özelliklerinin etkili karar veren bireyin kişisel özelliklerine benzer olması gerekmektedir (Lipe ve Beasley, 2004). Etkili karar veren bireyin özellikleri şunlardır (Lipe ve Beasley, 2004):

- Atılganlık
- Karar verme becerilerine sahip olma
- Kendine güvenme
- Avantaj ve dezavantajları ayırabilme
- Soruna odaklanabilme
- Sorumluluk alabilme
- İnsanları etkileyebilme

Hemşirenin bilgisi, deneyimi, stres düzeyi, rol modeli, ön yargıları, bireysel özellikleri, görevinin karmaşıklığı ve çalıştığı ortamın özellikleri doğru ve etkili karar vermesini etkilemektedir (Özer ve ark., 2006; Yıldırım,2010).

Bilgi: Sorunların saptanmasında, sorunların çözümünde kullanılacak olası girişimlerin belirlenmesinde ve bu girişimlerin olası sonuçlarını etkilemektedir. Doğru verinin kullanılmaması, problemi tam açıklanamaması, problemin çözümünün başarılamaması ve gerçek olmayan hedeflerin konulması, karar verme sürecinin başarısını olumsuz yönde etkilemektedir (Lipe ve Beasley 2004, Yıldırım, 2010).

Deneyim: Beklenen sonuçların elde edilmesi için gerekli girişimi belirlemesinde etkilidir (Özkahraman ve Yıldırım. 2011). Hemşirelerin karar verme becerileri, deneyim düzeylerine bağlı olarak beş aşamada ele alınmaktadır (Garrett, 2005):

- **Birinci düzey:** Deneyimsiz hemşirelerdir. Karar vermede temel olarak rutin ve standart kurallara uymaktadırlar.
- **İkinci düzey:** Çok az deneyime sahip olan hemşirelerdir. Önceki deneyimlerini kullanarak karar verebilmektedirler.
- **Üçüncü düzey:** Uygulamalarında daha bilinçli, amaçlı ve planlı hareket eden hemşireleridir. Deneyimlerine dayanarak işlerinde öncelik sıralaması yapabilmektedirler.

- **Dördüncü düzey:** Olayları bütün olarak algılayan hemşirelerdir. Problem karşısında beklendik durumların ne olduğunun ve ne tür girişimlerin planlanması gerektiğinin farkındadırlar.
- **Beşinci düzey:** Zengin deneyimlere sahip olan hemşirelerdir. Durumun farklı bakış açılarına göre değişebileceğini düşünme, farklı olasılıkları göz önüne alma gibi yeteneklere sahiptirler.

Stres: Yoğun stres, dikkatin dağılmasına yol açarak, seçeneklerin gelişigüzel değerlendirilmesine neden olmaktadır. Özellikle, karmaşık bir durumlarda en iyi seçeneğin seçilme şansını azaltmakta ve korku yaratmaktadır. Ancak, az miktardaki stres bireyin durum üzerine odaklanmasını sağlayarak karar verme sürecini olumlu yönde etkileyebilmektedir (Yıldırım, 2010).

Rol modeli: Uzman hemşirenin, işe yeni başlayan hemşireye kendi karar verme sürecini gözlemletmesi, onun hemşirenin tek başına vereceği kararlarda kendi karar stratejisini belirlemesinde yardımcı olmaktadır (Aprahamian ve ark., 1986; Enç, 1993).

Ön Yargı: Bilgi ve bilişsel beceri eksikliği ile kültürel farklılıklar ön yargıların oluşumunda etkilidir. Bilgi ve bilişsel beceri eksikliği, problemin algılanmasında ve problem çözmede yetersizliğe, öncelikleri oluşturmada eksikliğe, çözüm seçeneklerini ortaya koyamama durumuna ve hastaların kültürünü anlamada eksikliğe neden olmaktadır. Kültürel faktörler, problemin algılanmasını, problemin çözümünü ve problemin çözümünü etkileyecek yaklaşımların seçimini etkilemektedir (Haris, 1998; Yıldırım, 2010).

Kişilik özelliği: Düşüncesizlik, duygusallık, utangaçlık ve heyecanlı bir kişilik yapısına sahip olma karar verme sürecini etkilemektedir (Yılmaz ve ark.,2009).

Görev karmaşıklığı

Çalıştığı ortamın özellikleri

Hemşireler çalıştıkları kliniklere özgü farklı ve çok sayıda problemle karşılaşmaktadır (Karabudak ve Yıldırım, 2011; Özkahraman ve Yıldırım, 2011 ; Yıldırım 2010). Bu sorunların çözümünde karar verme sürecinden yaralanmaları ve sorunları hastaların hastalıklarına göre öncelik sırası koymaları gerekmektedir (Biol 2004, Taşçı 2005, Yıldırım 2011). Hemşireler hastaların bakım önceliklerini üç düzeyde belirlemektedir (Ay 2008, Kaya 1998; Lipe ve Beasley 2004, Yıldırım 2010):

- **Birinci Düzey Bakım Öncelikleri:** Hastanın durumundaki stabilitenin bozulduğu, yaşamı tehdit eden ve acilen tedavi edilmesi gereken durumlardır.
- **İkinci Düzey Bakım Öncelikleri:** Hastanın yaşamını tehdit etmeyen durumlardır. Oral, subkutan, intramüsküler tedavi rutinlerini, hastaya verilecek sağlık eğitimini, mental durum değişikliklerini, akut ağrıyı, akut idrar eliminasyon problemlerini, tedavi edilmemiş medikal problemleri, anormal laboratuvar bulgularını, enfeksiyonu, hastanın fizik terapi gereksinimini ve hastanın güvenliğini tehdit eden durumları içermektedir.
- **Üçüncü Düzey Bakım Öncelikleri:** Hastanın tedavi ve bakımı ile ilgili, günlük eylemlerle çözülebilecek ve çözümü kolay durumlardır. Genellikle, hasta bakımı konusunda minimal düzeyde girişimlerin yapıldığı, hemşirenin zamanını çok az alan, hasta ve hemşireyi zora sokmayan problemlerdir.

Hemşirelik süreci doğrultusunda verilen bakımda objektif ve sistematik karar verme tekniklerinin kullanılması, karar verme eyleminin etkinliğini ve niteliğini artırmaktadır (Özkahraman ve Yıldırım, 2011). Karar verme sürecinin kullanımı, hemşirelik uygulamaları sırasında ortaya çıkabilecek zaman kaybını azaltmakta, doğru karar vermeyi desteklemekte, birey/aile/toplumun hemşirelik bakımından memnuniyetini arttırmakta, hemşirenin iş doyumunu arttırmakta ve iletişim yeteneği güçlendirmekte, bakımın kalitesi arttırmakta, topluma güvenli sağlık bakım hizmetinin sunulmasına katkıda bulunmaktadır (Özer ve ark., 2006; Özkahraman ve Yıldırım, 2011;).

Hemşirelik sürecinde, karar verme sürecinin çeşitli aşamaları tanımlamıştır (Özkahraman ve Yıldırım, 2011). Hemşirelikte karar verme süreci sorunları

değerlendirme, tanılama, sonucu tahmin etme, planlama, uygulama ve sonucu değerlendirme olmak üzere altı basamaktan oluşmaktadır (Tosun,2002):

- **Sorunları Değerlendirme:** Problemin ne olduğunun, öneminin, kapsamının, etki ve sonuçlarının değerlendirilmesini kapsamaktadır (Yıldırım, 2010).
- **Tanılama:** Problemin nedeni, sorunun ortaya çıkmasında etkili faktörler ve çözüm yolları hakkında bilimsel kaynaklardan bilgi toplanmasını ve bu bilgilerden sorunla ilgili olanlar seçilerek yorumlanmasını içermektedir (Enç, 1992; Enç, 1993; Taşçı,2005). Tanılama sırasında, karar vermenin ne kadar gerekli olduğunun belirlenmesi, sorunun çözümü için verilen kararın etkililiğinin düşünülmesi, seçilen durum sonucunda elde edilecek olan sonuçların ve kişisel, ailesel, toplumsal, kurumsal risklerin göz önünde bulundurulması gerekmektedir (Lipe ve Beasley, 2004; Yıldırım, 2010).
- **Sonucu Tahmin Etme:** Verilen kararın, elde edilen bilgiler doğrultusunda değerlendirilmesinden ve yorumlanmasından sonra, sonucun tahmin edilmesini içermektedir (Öztürk ve ark.,2009). Sonucu tahmin etme, ulaşılmak istenen son yere karar verme anlamına gelmektedir (Lipe ve Beasley, 2004; Kelleci ve Gölbaşı,2004). Etkili ve verimli karar verilmesinde, eleştirel düşünme eğilimi ve becerisi kullanılarak birden fazla alternatif oluşturulması son derece önemlidir (Kaya, 2000; Yıldırım, 2010).
- **Planlama:** İstenilen hedefe ulaşmak için yapılacak uygulamaların planlanmasını içermektedir (Kelleci ve Gölbaşı,2004). Hemşirenin planlama yaparken, arzu edilen sonuçları elde edebilmek için, öncelikle en iyi uygulama alternatifini seçebilmesi ve iyi sentez yapabilmesi gerekmektedir (İraz,2004 ; Yıldırım, 2010).
- **Uygulama:** Bu aşama, planlamanın nasıl uygulanacağına karar verilmesini ve uygulanmasını içermektedir. En az hata ile uygulama yaparak amaca ulaşmak hedeflenmektedir (Eşer ve ark.,2007 ; Yıldırım, 2010).
- **Sonucu Değerlendirme:** Uygulanan kararın, uygulama esnasında ve sonrasında sonuçlarının değerlendirilmesini, istenilen sonuca ulaşılma düzeyinin ve ulaşılmadıysa nedenlerinin belirlenmesini içermektedir (Lipe ve Beasley, 2004).

2.3.Pozisyon Verme ve Pozisyon Değişikliği

2.3.1. Pozisyon verme ve pozisyon değişikliğinin önemi

Yapılacak işleme ve hastanın yatışına uygun olarak hastaya verilen vücut şekline “pozisyon” denilmektedir. Hastalar, hastalık nedeniyle ortaya çıkan fiziksel bozulmalar, organ kayıpları, felç ve yaşlılık gibi durumlara bağlı olarak, yatağa bağımlı hale gelebilmektedir (Korkut, 2011): Hareketsizliğin insan vücudu ve sistemler üzerine çok sayıda olumsuz etkileri bulunmaktadır (Karadağ, 2003; Katran, 2015; Korkut, 2011 ; Ulusoy ve ark., 2001). Hareketsizliğe bağlı oluşan sorunların bazıları şunlardır (Karadağ, 2003; Katran, 2015; Ulusoy ve ark., 2001):

Solunum Sistemi

- Solunumun derinliğinde ve hızında azalma
- Sekresyon birikiminde artma
- Akciğerin kapasitesinde azalma
- Gaz değişiminde bozulma

Dolaşım Sistemi

- Kan basıncında değişiklik
- Kalbin iş yükünün artması
- Ortostatik hipotansiyon riskinde artma
- Maksimum oksijen tüketiminde azalma
- Venöz tromboz riskinde artma

Sindirim Sistemi

- Peristaltizmde azalma
- İştahsızlık
- Besinlerin sindirim ve emiliminde değişiklik
- Kabızlık

Metabolizma

- Metabolizma hızında yavaşlama
- Vücut yağ oranında artma

Üriner Sistemi

- Böbrek taşı oluşma riskinde artma
- İdrar retansiyonu riskinde artma
- İnkontinans

Deri

- Ciltte kuruluk ve kırıxıklık
- Deri bütünlüğünde bozulma
- Basınç yarası riskinde artma

Sinir Sistemi

- Mutsuz ve uyumsuz kişilik haline bürünme
- Benlik saygısında azalma
- Psikosomatik rahatsızlıklarda artma
- Duyusal algılamada azalma
- Anksiyete ve depresyon
- Güçsüzlük duygusunda artma
- Parestezi ve ağrı eşiğinde azalma

Bağışlık Sistemi

- Bağışıklık sisteminde zayıflama
- Enfeksiyonlara eğitimde artma

Kas İskelet Sistemi

- Kas atrofisine bağlı, omurlarda disk kayması, bel fıtığı, siyatik, bel ağrıları ve duruş bozukluğu gibi durumların gelişme riskinde artma
- Kas gücünde azalma
- Kaslarda atrofi
- Kemiklerde kalsiyum kaybı ve osteoporoz
- Eklem hareketi ve esnekliğinde azalma

- Dayanıklılık ve dengede azalma
- Kontraktür oluşma riskinde artma

Hareketsizliğin uzun sürdüğü durumlarda, olumsuz etkilenen doku ve sistem sayısı artmakta ve yaşamı tehdit edecek düzeye gelebilmektedir (Ortaç, 2013). Bunların önlenmesi için, hastaya yatak içinde egzersizlerin yaptırılması ve koruyucu pozisyonların uygulanması gerekmektedir (Kıraner, 2016).

2.3.2. Pozisyon verme ve pozisyon değişikliğinin hasta üzerindeki etkileri

Pozisyon verme ve pozisyon değişikliği, hastaya çok sayıda fayda sağlarken, bazı riskleri de beraberinde getirmektedir. Bu nedenle, pozisyon verme ve pozisyon değiştirme yöntemlerinin yanı sıra, bu uygulamalarının hasta üzerindeki etkilerin de iyi bilinmesi gerekmektedir (Eroğlu,2006; Kıraner, 2016; Kuyurtar, 2010).

Pozisyonlara bağlı oluşabilecek fizyolojik değişikliklerin bilinmesi, hastanın hemodinamisinin sağlanması ve sürdürülmesi, komplikasyonların önlenmesi, cerrahiye bağlı kanamanın azaltılması, mide içeriği aspirasyonunun önlenmesi ve morbiditenin azaltılması açısından önemlidir (Esen ve ark.,2010 ; Yıldırım ve ark., 2009).

Sağlıklı bir erişkin dikey pozisyondan yatay pozisyona geçtiğinde kompanseuar hemodinamik yanıtlar, meydana gelen hipotansiyon ve desatürasyonun etkilerinin sınırlı düzeyde kalmasına yardımcı olmaktadır (Kaya, 2012).

Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin hastaya ait faktörlere hakim olması, güvenli pozisyon verilmesinde etkin rol oynaması ve oluşabilecek kardiyovasküler ve solunumsal değişiklikleri fark edebilmesi gerekmektedir (Ulusoy ve ark.,2001).

Hastalara verilebilecek pozisyonlar ve bu pozisyonların fizyolojik etkileri pozisyondan pozisyona değişiklik göstermektedir (Büyükyılmaz ve Özbasan,2017).

2.3.2.1. Supine pozisyonu

Hastanın sırtüstü yatırıldığı pozisyonudur (Çelik ve Aksoy, 2006). Solunumun en az etkilendiği pozisyon, supine pozisyonudur. Bu pozisyonda fonksiyonel rezidüel kapasite ve diğer akciğer volümlerinde azalma görülmektedir. İntraabdominal organlar dorsale yer değiştirmekte ve diyafragma sefale doğru itilmektedir. Posterior diyafragma liflerinin daha çok uzaması ve gerilmesi, daha güçlü bir kontraksiyon ve alttaki akciğerlerin daha iyi ventilasyonu ile sonuçlanmaktadır. Altta kalan bu akciğer bölgeleri, daha iyi perfüze olduğundan gaz değişimi bu bölgede daha etkin hale gelmektedir (Çelik ve Aksoy, 2006 ; Drakulovic, 1999).

Bu pozisyonda, yer çekiminin dolaşıma etkisi minimal düzeydedir. Kardiyak output, hastaya supine pozisyonu verildiği ilk anda artmaktadır. Ancak, daha sonra vücudun alt kısmından gelen kanın kalbe ulaşması sonucu atrial duvar gerilimi ve strok volüm artmaktadır. Bu pozisyonda uzun süre yatmanın etkisi ile, baroreseptör refleksleri küntleşmekte ve parasempatik efferent etki artmakta, kalp hızı, strok volüm ve kontraktilitede azalma meydana gelmekte ve buna bağlı olarak da kan basıncında küçük bir düşme görülmektedir (Gül ve ark., 2016).

2.3.2.2. Trendelenburg Pozisyonu

Supindeki bir hastanın 15 dereceden fazla baş aşağı getirilmesi olarak tanımlanmaktadır. Kardiyovasküler sistemi ve solunum sistemini önemli derecede etkilemektedir (Çelik ve ark., 2006). Bu pozisyonda, karın organları ve diyafragma yukarı doğru itilmekte, vital kapasite düşmekte, intravasküler basınç, serebral kan akımı, serebral venöz basınç, intrakranial basınç, intraoküler ve santral venöz basınç artmaktadır (Çelik ve ark., 2006).

Normotansif hastalarda, trendelenburg pozisyonu, artan venöz dönüş ve Frank-Starling mekanizmasının etkisiyle başlangıçta kardiyak outputta geçici bir artışa neden olmaktadır. Bunun sonucunda, baroreseptörler aktive olmakta ve periferik vazodilatasyon ile durum kompanse edilmektedir. Bu pozisyonda, pulmoner arter uç basıncı, ortalama arteriyel basınç ve venöz oksijen basıncında artma görülmektedir. Hayati organlara giden kan miktarının artmasına bağlı olarak, hayati organların doku perfüzyonunda artma meydana gelmektedir (Çelik ve ark., 2006).

Trendelenburg pozisyonunda intraabdominal organların inferior vena kava üzerine bası yapması, kardiyak outputtaki artışı sınırlamaktadır. Abdominal organların sefale yer değiştirmesi sonucunda, fonksiyonel rezidüel kapasitede %20 oranında azalma görülmektedir. Supin ve litotomi pozisyonlarına kıyasla fonksiyonel rezidüel kapasitedeki en belirgin azalma, Trendelenburg pozisyonunda görülmektedir. Bu pozisyonda, vital kapasitede, pulmoner kompliansta ve tidal volümde azalma meydana gelmektedir (Kıvanç,2010).

Otuz dereceyi aşan Trendelenburg pozisyonunda, akciğerler sol atriumun altında kaldığında, interstisyel ödem gelişebilmektedir. Yine bu durumda, konjestif kalp yetmezliği, pulmoner ödem, yüz, konjonktiva, larinks ve dilde ödem görülebilmektedir. Lingual ve bukkal sinir hasarı meydana gelebilmektedir (Korhan,2015).

Uzun süreli trendelenburg pozisyonunda, havayolu obstrüksiyonu gelişebilmektedir. Entübe olmayan hastalar, aspirasyon ve ateletazi gelişme riskini önlemek ve havayolu güvenliğini sağlamak amacıyla uzun süre bu pozisyonda tutulmamalıdır. Entübe hastalarda, mediasteninin yer değiştirmesine bağlı olarak endotrakeal tüp sağ ana bronşa kayabileceğinden dikkatli olunmalıdır (Çelik ve ark., 2006).

2.3.2.3. Litotomi Pozisyonu

Sırtüstü pozisyonda kalçaların gövdeye göre 80-100 derece fleksiyona ve bacakların orta hatta göre 30-45 derece abduksiyona getirildiği pozisyonudur. Standart litotomi ve aşırı litotomi olarak iki şekilde uygulanabilmektedir. Ayakların elevasyonu intravasküler volümün santrale doğru yer değiştirmesine neden olmakta, buna bağlı olarak da atrial dolum basıncı, kardiyak output ve sistolik basınç artmaktadır. Düşük ejeksiyon fraksiyonlu hastalar, dolum basıncındaki bu artışı kompanse edemediğinden, bu hastalarda kardiyak output azalmaktadır. Sol ventrikül diyastol sonu volüm ve myokardiyal oksijen ihtiyacındaki artışa bağlı olarak subendokardiyal iskemi görülebilmektedir. Kardiyak outputtaki artışa bağlı olarak, karotid arter akımı artmakta, ancak kompensatuar mekanizmalar ile intrakranial basınç artışı sınırlı düzeyde kalmaktadır. İntraabdominal organların

sefale doğru yer değiştirmesi sonucu fonksiyonel rezidüel kapasite ve vital kapasite azalmaktadır. Spontan solunumu olan hastalarda, hipoventilasyon görölmektedir (Cresswell, 2012; Korkut,2011).

Aşırı litotomi pozisyonu, tidal volümde belirgin azalma ve solunum iş yükünde artışa neden olmaktadır. Solunum mekanizmasındaki bozulma, yetersiz ventilasyon ve barotravmaya sebep olabilmektedir. İntraabdominal basıncı arttıran durumlarda (assit, gebelik, intraabdominal kitle vb.) diyaframa yansıyan basınç da artacağından bu etki daha belirgin hale gelmektedir. Ayrıca, gastroözofageal refü insidansı da artmaktadır. Bacakların elevasyonu, endotrakeal tüpün yer değiştirmesine neden olarak, endobronşiyal entübasyona ve bronkospazma yol açabilmektedir. (Caraviello, 2010).

Litotomi pozisyonunda, hastanın alt ekstremitelerinde periferik sinir hasarları görölebilmektedir (Caraviello, 2010). Litotomi pozisyonunda, kalçanın aşırı fleksiyonu siyatik ve obturator sinirde gerilme ve inguinal ligamentin altında seyreden femoral sinirde bası oluşturmaktadır. Common peroneal sinir hasarı, bu pozisyonun en sık izlenen komplikasyonudur ve sinirin fibulanın lateral başı ve bacak desteği arasında sıkışması sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu durum, hastada düşük ayak görölmesine, hastanın ayağını dorsifleksiyona getirememesine ve bazı duyu defisitlerine yol açmaktadır. Medial tibial kondil seviyesinde de safen sinir hasarı izlenebilmektedir.

Litotomi pozisyonu, kompartman sendromuna yol açarak popliteal fossaya zarar verebilmektedir. Kompartman sendromunun, azalmış perfüzyon basıncına bağlı olarak değiştiği düşünölmektedir. Karın içi basıncın artması, diyafragma hareketlerini kısıtlamakta ve solunum güçlüğüne neden olmaktadır. Bu pozisyonunda, derin ven trombozu riski de yüksektir (Caraviello, 2010).

2.3.2.4. Lateral Pozisyon

Hastanın yan yatırıldığı pozisyonudur ve hastanın yattığı yöne göre sağ yan ve sol yan pozisyon olarak adlandırılmaktadır .Baş, servikal ve torasik vertebralarla aynı hizada olacak şekilde hastaya pozisyon verilmekte ve hastanın vücudu verilen pozisyonunda desteklenmektedir (Culpeper, 2008).

Kolların hiperekstansiyonu brakial pleksusta gerilime neden olarak hasar yol açabilmektedir. Brakial pleksusta kompresyon hasarı ve vasküler basıyı önlemek için aksilla

desteği kullanılmalı, altta kalan kolda dolaşım ve nabızlar kontrol edilmelidir. Supin pozisyondan lateral pozisyona geçişte hipotansiyon gelişebilmektedir. Mediasten aşağı doğru yer değiştirmekte ve kalp aksında rotasyon olmaktadır. Venöz dōnüş ve kardiyak outputta değişiklik gōr÷lmektedir. (Cresswell, 2012).

Altta kalan akciğerde kan akımı artarken ventilasyon belirgin şekilde azalmaktadır (Culpeper, 2008; Kuyurtar,2010; Vollman, 2004). Bu durum, altta kalan akciğerde, abdominal organların ve mediastinumun ağırlığına bağlı olarak fonksiyonel rezid÷el kapasite ve akciğer kompliyansının azalmasına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Bu pozisyonda, hipoksik pulmoner vazokonstriksiyon, yer çekimi ve vask÷ler nedenlere bağlı olarak arteriyel oksijenizasyon bozulmaktadır (Vollman, 2004).

2.3.2.5. Fawler/Semifawler Pozisyonu

V÷cudun ÷st kısmının horizontal d÷zlemin 30°- 90° üzerine kaldırıldığı pozisyon olarak tanımlanmaktadır (B÷y÷kyılmaz ve ark., 2017). Başın aşırı rotasyonu brakial pleksusta gerilme ve hasar oluşumuna neden olabilmektedir (Beğer, 2004).

Fawler ve semifawler pozisyonlarında, venöz dōnüş, santral venöz basınç, ortalama arter basıncı ve sistemik perf÷zyon azalmaktadır (B÷y÷kyılmaz ve ark., 2017). Yerçekimi etkisine bağlı olarak alt ekstremitte venöz sisteminde 1500 ml'ye kadar kan gōllenebilmekte, buna bağlı olarak sistolik arteriyel basınçta %20 oranında d÷şüş olmakta ve bunun sonucunda da hipotansiyon gelişmektedir (Griffiths, 2005; B÷y÷kyılmaz ve ark., 2017).

2.3.2.6. Prone Pozisyonu

Hasta y÷z÷st÷ yatarken, kolların dirsekten fleksiyona veya omuzlardan 90°'den az olmak şartıyla yanlara bitiştirildiği pozisyonudur (Winn ME ,2005).

Bu pozisyonda, sistemik vask÷ler direnç artışına bağlı ortalama arter basıncı korunmakta, ancak pulmoner vask÷ler direnç artmaktadır (Hudack, 2013).

Kardiyak indekste azalma gōr÷lmektedir. Bu durumun artmış intratorasik basıncın arteriyel dolumda azalmanın baroreseptōr refleks ÷zerinden sempatik

aktivitede artışa neden olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Prone pozisyonadaki hastalarda inferior vena kava obstrüksiyonuna bağlı olarak kardiyak outputta azalma görülebilmektedir (Rowe, 2004).

Venöz dönüşteki obstrüksiyon, kanın kalbe alternatif bir yol üzerinden dönmesine neden olmaktadır. Bu venler ince duvarlı, minimal kas desteğine ve daha az kapakçığa sahip olduklarından basınçtaki artış bu venlerde distansiyona neden olmaktadır (Hudack, 2013). Bu durum, venöz dönüşte azalma ve torasik basınçta artma bağlı sol ventriküler kompliansında azalma ile sonuçlanmaktadır.

Prone pozisyonunda, inferior vena kava obstrüksiyonu en sık görülen komplikasyonudur. İnferior vena kava obstrüksiyonu, abdominal kompresyonda minimal düzeyde artma, kardiyak outputta azalma, venöz staz ve venöz staza bağlı trombotik komplikasyonların görülmesine neden olmaktadır (Winn, 2005). Prone pozisyonunda, fonksiyonel rezidüel kapasitede rölatif bir artış görülmektedir (Hudack, 2013). Fonksiyonel rezidüel kapasitedeki bu artışın, diyafragma üzerindeki basıncın azalmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Rowe, 2004).

Prone pozisyonda, gaz değişimi iyileşmektedir (Hudack, 2013; Winn, 2005; Dinçer ve ark., 2013). Gaz değişiminin iyileşmesinde akciğer ventilasyonunun redistribüsyonunun etkili olduğu düşünülmektedir (Winn, 2005).

2.3.2.7.Ters Trendelenburg Pozisyonu

Yatak başının 15 dereceden daha fazla kaldırılması olarak tanımlanan pozisyonudur (Harkreader, 2007). Bu pozisyonda, kardiyak output ve venöz dönüşün azalması hipotansiyona neden olmaktadır (Eftelli ve ark., 2014; Harkreader, 2007).

Fonksiyonel rezidüel kapasite, akciğer kompliyansı ve gaz değişiminde iyileşme görülmektedir. Hastaya bu pozisyonun verilmesi, regürjitasyonu önlemekte, ancak regürjite olmuş materyalin aspirasyonunu kolaylaştırmaktadır (Eftelli ve ark., 2014).

2.3.3. Pozisyon Verme ve Pozisyon Değişimi

Uzun süre yatak istirahatine alınan hastalarda, belirli aralıklarla pozisyon değişikliği yapılmalıdır. Pozisyon verirken veya pozisyon değişimi yapılırken, pozisyona göre farklı vücut bölümlerinin desteklenmesine, hastanın uzun süre aynı pozisyonda kalmamasına ve dar giysiler giymemesine dikkat edilmektedir (Sönmez, 2014). Sık sık pozisyonu değiştirilen hastada basınç odakları da değiştiğinden, kan dolaşımı hızlanmakta, doku perfüzyonu artmak ve yatak yarası açılma riski azalmaktadır (Memiş ve ark.,2005; Sönmez, 2014).

Sürekli yatan hasta, yatağın ortasına doğru kayabilmektedir (Mert,2012). Bu durumda, hastanın yatak başucuna doğru çekilmesi gerekmektedir (Ortaç ve ark.,2013). Hasta yatağın başucuna çekilirken makaslama yapmaktan kaçınılması gerekmektedir (Ulusoy ve Görgülü,2001).

Hasta, ayağa kalkmaya hazırlarken, hastayı giydirilirken, giysilerini çıkartırken, yemek yedirirken yatak içinde oturtulmaktadır (Şendir ve ark.,2012). Bu uygulama, özellikle aspirasyon ve ortostatik hipotansiyon gelişimi önlemede etkilidir (Tokgöz ve Demir,2010).

Hasta muayenesinde, hangi bölge muayene edilecekse, hastaya o bölgenin muayenesini sağlayacak en uygun pozisyonun verilmesi gerekmektedir (Yıldırım ve Yavuz,2009). Muayene ve tedavi sırasında hastaya verilebilecek pozisyonlar şunlardır (Vollman KM,2004).

Dik Oturma Pozisyonu: Yatakta, muayene masasında veya sandalyede hastanın gövdesi ile bacaklarının dik açı yapacak şekilde oturtulmasına dik oturuş pozisyonu denilmektedir. Dik oturma pozisyonu, akciğerlerin ön ve arka taraflarının, kalp, meme, koltuk altı, toraks, sırt, boyun, baş ve ekstremitelerin muayenesinde kullanılmaktadır. Yaşlı ve güçsüz hastalar dik oturuş pozisyonunda çabuk yorulduğundan, hastanın sırtı yastıkla desteklenmekte ve hasta bu pozisyonda uzun süre oturtulmamaktadır. Küçük çocukların sandalyede tek başına dik oturması ve muayenesi zor olduğundan, çocuğun yakını ya da hemşire sandalyeye dik oturmakta ve çocuğun sırtı muayene eden kişiye dönük duracak şekilde çocuk kucakta tutulmaktadır (Yurdalan,2011).

Dorsal Rekümbent Pozisyonu: Hastanın yatak veya muayene masasında sırtüstü yatırılarak dizlerinin bükük duruma getirildiği pozisyonudur. Perine bakımı, sürgü verme, vajinaya ilaç uygulama, kadınlarda mesane katateri uygulamalarında ve baş, boyun, koltuk altı, meme, kalp ve toraks ön yüzü ile karın içi organlarının muayenesinde kullanılmaktadır (Winn ME,2005).

Litotomi Pozisyonu: Jinekolojik masada, hastanın bacaklarını göğsüne doğru çekip masada bulunan desteklere yerleştirdiği pozisyonudur. Vajina, perine, rektum, üretra gibi organların muayene ve ameliyatlarında, doğumda, kataterizasyon ve sistoskopide kullanılmaktadır. Hem fiziksel hem ruhsal yönden rahatsızlık duyabileceği ve utanabileceği için, hasta litotomi pozisyonunda mümkün olduğu kadar kısa süreli tutulmakta ve mahremiyetine saygı gösterilmektedir (Akça,2011). Litotomi pozisyonunda, yanlış pozisyon verme ya da destekleme pedlerinin yanlış yerleştirilmesine bağlı olarak sinirler basıya maruz kalmakta ve hasarlanabilmektedir. En sık hasar gören sinirler, anaperiyal, siyatik ve femoral sinirlerdir (Akdemir ve Birol,2004). Eklemelerin, diz ve bacak tahtasına değen yüzeylerin, uygun şekilde desteklenmesi sinir basısına bağlı yaralanmaların oluşumunu azaltmaktadır (Akıncı ve ark.,2011). Litotomi pozisyonunda, kalça çıkıkları, alt ekstremitte tendon ve ligaman hasarı ve sırt ağrısı görülebilmektedir. Kalçaların 90°'den fazla fleksiyona getirilmemesi, kalça çıkıklarının, sinir hasarının ve dolaşım bozukluğunun önlenmesinde etkilidir (Atabek ve Karadağ,2007).

Secde Pozisyonu: Hasta dizlerinin üstünde olduğu ve göğsü yatağa veya muayene masasına tamamen temas ettiği pozisyonudur (Beğer,2004). Bu pozisyon, daha çok rektum muayenesi ve rektoskopi uygulamasında kullanılmaktadır (Beğer,2004).

Fowler Pozisyonu: Hastanın, yatağında arkasının yastıklarla desteklenerek oturur (fowler) veya yarı oturur (semifowler) duruma getirildiği pozisyonudur. Fowler pozisyonu, solunumu etkinliğini arttırmak ve kalbin iş yükünü azaltmak amacıyla kullanılmaktadır. Bu pozisyonda hastanın; yemek yemesi, TV seyretmesi, kitap okuması ve etrafı ile iletişim kurması kolaylaştırmaktadır (Birol,2004). Bu pozisyon, göğüs travmasında, akciğer ödeminde, solunum sıkıntısında, yatakta idrar ve dışkı

boşaltımını kolaylaştırmada kullanılmaktadır (Birol,2004). Pelvis ya da omurgada travma şüphesi olan hastalara bu pozisyon verilmemelidir (Birol,2004).

Ortopne Pozisyonu: Özellikle, kalp ve akciğer yetmezliği olan hastada solunum ve dolaşımı rahatlatmak için uygulanan pozisyonudur (Caraviello,2010).

Lateral Pozisyon: Lateral pozisyon, sol ya da sağ yan yatış pozisyonudur. Bu pozisyon, sırttaki kemiklere olan basıncı önlemede, merkezî sinir sistemine yeterince kan gitmesini sağlamaktadır .Lateral pozisyonda; vücut ağırlığı bir omuz üzerine bineceğinden, brakial pleksus zedelenmesi, kolun venöz drenajında bozulma meydana gelebilmektedir .Altta kalan kol ve bacağın dolaşımı bozulabilmektedir (Culpeper ve Skaggs,2008).

Trendelenburg Pozisyonu: Baş aşağıda, ayaklar yukarıda olacak şekilde hastanın sırtüstü yatar durumda olduğu pozisyonudur. Genellikle doktor kontrolünde kullanılmakta ve hayati organlara kan akışını kolaylaştırmaktadır (Çelik ve Aksoy,2006). Postural drenajda, venöz dönüşü arttırmada, venöz dolaşımı kolaylaştırmada ve bazı mide, barsak, abdominal ve jinekoloji ameliyatlarında kullanılmaktadır. Bu pozisyonda, diyafragmaya olan basınç solunumu güçleştirmektedir. Eğer omuz altına destek iyi bir şekilde yerleştirilmezse brakial pleksus hasarı görülebilmektedir (Davis ve ark.,2001). Beyin ödemi, kalp yetmezliği, glokom atağı, retina dekolmanı, yüzde siyanoz ve ödem, hipotansiyon gelişebilmekte ve yapılan girişimler sırasında hava embolisi görülebilmektedir (Dewit,2009).

Şok Pozisyonu: Sırtüstü düz yatar durumdaki hastanın başının altındaki yastığın alınarak, ayakların altına konulduğu ve ayakların hafif yükseltildiği (30 cm- kalp seviyesi) pozisyonudur (Dirkes ve ark.,2012). Beyin ve iç organlara kan akışını artırmak amacıyla kullanılmaktadır (Eftelli ve Güneş,2014). Kardiyojenik şokta, akciğer hastalıkları ile birlikte gelişen şoklarda, batın ve göğüs kanamalarında, kafa ve omurga travmalarında, pelvis ve femur kırıklarında, tibia, fibula ve ayağa ait kırıklarda bu pozisyon kullanılmamaktadır (Eftelli ve Güneş,2014).

Supine Pozisyonu: Supine pozisyonu, sırtüstü yatış pozisyonu olarak tanımlanmaktadır (Ertekin ve ark.,2006). Omurilik cerrahisi ve bazı spinal anestezi uygulamalarından sonra, omurga travması, bacak kırığı şüphesi durumlarında, üriner sistem ve batin travmalarında, nabız ve kan basıncı ölçümünde, temel ve ileri yaşam desteği uygulamalarında, baş, boyun, yüz, göğüs bölgesi, meme, koltuk altı, kalp, karın, kol ve bacak muayenelerinde, hareket edemeyen yatağa bağımlı hastalarda ve bazı ilaçların uygulanmasında kullanılmaktadır (Ertekin ve ark.,2006) .

Prone Pozisyonu: Hastanın yüzükoyun düz, başının yana çevrilerek yattığı pozisyon olarak tanımlanmaktadır (Gencer ve Özkan,2015). Pozisyonlar arasında, en az desteğe ihtiyaç hissedilen pozisyonudur (Gencer ve Özkan,2015). Bel, sırt, omurga kalça ve bacakların arka kısımlarının muayenesinde ve yaralanmalarında, basınç yarası ve yanık yaraları gibi durumlarda kullanılmaktadır. Bu pozisyonda, havayolu güvenliğinin azaldığından, havayolu güvenliğinin sağlanması ve havayolu açıklığının sürdürülmesi önemlidir . Boynun aşırı derecede döndürülmesi, vertebral arterlerdeki kan akımının azalmasına neden olabilmektedir (Griffiths ve Galimore ,2005).

Sims Pozisyonu: Sims pozisyonu, yüzüstü ve yan yatış pozisyonlarının birleşiminden oluşan bir pozisyonudur (Kelebek ve Korhan,2007). Genellikle, rektal muayene ve lavman uygulamaları için kullanılmakla birlikte, bilinçsiz hastanın veya yaralının ağzının içindeki materyalin drenajını sağlamak için de kullanılmaktadır (Kıvanç,2010).

Sims pozisyonu verilmesi sırasında, altta kalan kol gövdenin arkasına alınırken koltuk altındaki sinir ve damarlar zedelenebilmektedir (Kıvanç,2010).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Çalışma, yoğun hemşirelerinin karar verme becerilerinin pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulamalarına etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Tipi

Araştırma, kesitsel ve tanımlayıcı tipte araştırmadır.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Ocak 2016 – Nisan 2017 tarihleri arasında, Bursa’da bulunan dal hastaneleri hariç, Kamu Hastaneler Birliği’ne bağlı tüm hastanelerin ve UÜ. Tıp Fakültesi Hastanesi’nin yoğun bakımlarında gerçekleştirilmiştir.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Ocak 2016 – Nisan 2017 tarihleri arasında, dal hastaneleri hariç, Bursa’da bulunan Kamu Hastaneler Birliği’ne bağlı tüm hastanelerin ve UÜ. Tıp Fakültesi Hastanesi’nin yoğun bakımlarında çalışan bütün hemşireler; örneklemi bu hemşireler arasından araştırmaya dahil olma kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 148 hemşire oluşturmuştur. Çalışmada, evren örneklem eşitliğine gidilmiştir.

Araştırmaya Dahil Olma ve Olmama Kriterleri:

Dahil edilme kriterleri: - Araştırmaya katılmayı kabul etme
 - Yoğun bakım hemşiresi olma

Dahil edilmeme kriterleri: - Araştırmaya katılmayı kabul etmeme
 - Yoğun bakım hemşiresi olmama

3.6. Verilerin Toplanması

3.6.1. Veri Toplama Araçları

Veriler, sosyodemografik özellikler ve yoğun bakımda çalışma, pozisyon verme ve pozisyon değişimi ile ilgili soruları içeren genel bilgi formu (EK-1), Olguların karar verme becerilerini belirlemede Karar Verme Stratejileri Ölçeği (EK-2) aracılığı ile toplanmıştır.

Genel Bilgi Formu (EK-1): Genel bilgi formu, bireye ilişkin sosyodemografik özellikleri, yoğun bakımda çalışma durumu ile ilişkili özellikleri, pozisyon verme ve pozisyon değişimi ile ilgili soruları içermektedir.

Karar Verme Stratejileri Ölçeği(EK-2): Karar Stratejileri Ölçeği Kuzgun (1992) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, içtepisel, mantıklı, bağımsız karar verme ve kararsızlık olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek, dört alt boyuttan ve 40 ifadeden oluşmaktadır. Beşli likert tipi ölçekte, “Hiç uygun değil” (1 puan), “Pek uygun değil” (2 puan), “Biraz uygun” (3 puan), “Uygun” (4 puan) ve “Çok uygun” (5 puan) şeklinde puanlanmaktadır. Her alt boyuttan alabilecek en düşük puan 10 ve en yüksek puan 50'dir. Her alt boyut için o boyuttan alınan puanın artması o alt boyuta ilişkin karar verme stiline benimsediğini göstermektedir (Ersever, 1996; Kuzgun, 1992).

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Karar Verme Stratejileri Ölçeği

Bağımsız Değişkenler: Sosyodemografik özellikler ve yoğun bakımda çalışma durumu ile ilişkili özellikler, pozisyon verme ve pozisyon değişimi ile ilgili özellikler

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, IBM SPSS Statistics 22 (SPSS, Chicago, IL) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Değişkenlerin normal dağılıp dağılmadığı Shapiro Wilk Testi aracılığı ile değerlendirilmiş ve verilerin normal dağılım göstermediği saptanmıştır. Verilerin

değerlendirilmesinde, yüzdeler, ortalamalar, t testi, One-Way Anova testi ve Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Anlamlılık değeri 0,05 olarak alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma öncesi, araştırmanın yapıldığı kurumlardan (Bursa’da bulunan Kamu Hastaneler Birliği’ne bağlı tüm hastaneler ve UÜ. Tıp Fakültesi Hastanesi) ve Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Etik Kurulu’ndan izin alınmıştır (...). Çalışma boyunca, Helsinki Deklarasyonu’na sadık kalınmış ve araştırmaya katılımda gönüllülük esas alınmıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın tek bir ilde yapılmış olması, araştırma sonuçlarının tüm yoğun bakım hemşirelerine genellenmesini sınırlamaktadır.

4. BULGULAR

Yaş ortalamaları $28,70 \pm 6,47$ olan olguların %70,3'ü kadındı ve %52'si lisans mezunuydu. Olguların %53,4'ü becardı ve %66,2'si ailesinin ekonomik durumunu gelir gidere denk olarak tanımlandı (Tablo 1).

Tablo 1. Olguların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=148)

Değişken adı		n	%
Yaş (yıl)	(Ort $\pm$ SS)	28,70 $\pm$ 6,47	DA=19,00-50,00
Cinsiyet	Kadın	104	70,3
	Erkek	44	29,7
Öğrenim durumu	Lise	35	23,6
	Ön lisans	31	20,9
	Lisans	77	52,0
	Lisans üstü	5	3,4
Medeni durum	Evli	69	46,6
	Bekar	79	53,4
Ailenin gelir durumu	Gelir giderden az	32	21,6
	Gelir gidere denk	98	66,2
	Gelir giderden çok	18	12,2

Olguların çalıştığı yoğun bakımların %51,4'ü eğitim araştırma hastanesinde , %72,3'ü anestezi ve reanimasyon yoğun bakımda, %83,8'inin çalıştığı yoğun bakım 3.düzeydi. Hemşirelerin yoğun bakımda çalışma süresi ortalama $1,00 \pm 0,08$ yıl olarak hesaplandı (Tablo 2).

Tablo 2. Olguların çalıştığı yoğun bakımlara ve çalışma durumuna ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=148)

Değişken adı		n	%
Hastane Türü	EAH	76	51,4
	Devlet Hastanesi	49	33,1
	Fakülte Hastanesi	14	9,5
	Dal Hastanesi	9	6,1
Yoğun Bakım Türü	Anestezi ve Renimasyon YB	107	72,3
	Dahiliye YB	12	8,1
	Nöroloji YB	16	10,8
	Diğer YB	13	8,8
Yoğun bakım Düzeyi	1,00	11	7,4
	2,00	13	8,8
	3,00	124	83,8
Yoğun bakımda çalışma süresi	(Ort $\pm$ SS)	1,00 $\pm$ 0,08	DA=1,00-2,00

Olguların %99,3'ü yoğun bakımda hastaya pozisyon vermenin/pozisyon değişiminin önemli olduğunu; %98'i pozisyon vermenin ve pozisyon değişimi yapılmasının gerekli olduğunu düşünmekteydi. %97,3'ü yoğun bakımda hastalara pozisyon vermekte ve pozisyon değişimi yapmaktaydı. %73,6'ı daha önce hastaya pozisyon verme ve pozisyon değişimi yapma ile ilgili eğitim almıştı. %52,7'si pozisyon verme ve pozisyon değişimi yapma ile ilgili kurum içi eğitim almıştı. %52,7'si pozisyon verme ve pozisyon değişimi ile ilgili literatürü takip etmekteydi. %27,7'sinin çalıştığı birimde pozisyon verme ve pozisyon değişimi ile ilgili standart uygulama rehberi bulunmaktaydı. (Tablo 3).

Tablo 3. Olguların pozisyon verme ve pozisyon değişimi konusundaki düşünce, tutum ve eğitim durumuna ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=148)

Değişken adı		n	%
Yoğun bakımda hastaya pozisyon vermenin ve pozisyon değişimi yapmanın önemli olduğunu düşünme	Evet	147	99,3
	Hayır	1	0,7
Pozisyon verme ve pozisyon değişimi yapılmasının gerekli olduğunu düşünme	Evet	145	98,0
	Hayır	3	2,0
Yoğun bakımda hastalara pozisyon verme ve pozisyon değişimi yapma durumu	Evet	144	97,3
	Hayır	4	2,7
Daha önce hastaya pozisyon verme ve pozisyon değişimi ile ilgili eğitim alma durumu	Evet	109	73,6
	Hayır	39	26,4
Pozisyon verme ve pozisyon değişimi ile ilgili kurum içi eğitim alma durumu	Evet	78	52,7
	Hayır	70	47,3
Pozisyon verme ve pozisyon değişimi ile ilgili literatürü takip etme durumu	Evet	78	52,7
	Hayır	70	47,3
Pozisyon verme ve pozisyon değişimi ile ilgili standart uygulama rehberi varlığı	Evet	41	27,7
	Hayır	107	72,3

Olguların %16,9'u pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulamaları için doktor isteminin gerekli olduğunu düşünmekteydi. Olguların %98'i hastalara pozisyon verilmesinin ve pozisyon değişimi yapılmasının yoğun bakım hemşiresinin temel rol ve sorumlulukları arasında olduğunu ifade etmekteydi. Olguların %89,9'u pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulamalarına hastaya bakım veren hemşirenin kendisinin karar verebileceğini düşünmekteydi. %27,7'i hastaya pozisyon vermeden ve pozisyon değişimi yapmadan önce doktor orderi olup olmadığını kontrol ettiğini belirtmekteydi. Olguların %87,2'si yoğun bakımda hasta için kullanacağı pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulamalarına; %89,9'u yoğun bakımda pozisyon

verme ve pozisyon değişimi uygulamalarında hasta için gerekli zaman ve süreye kendisinin karar verebildiğini ifade etmekteydi. Olguların %83,8'i yoğun bakımda pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulamalarını hasta için gerekli zaman ve süre ile yapabildiğini belirtmekteydi. Olguların %99,3'ü hastaya verebilecek pozisyonları; %99,3'ü pozisyon vermenin ve pozisyon değişiminin amaçlarını; %98,6'sı pozisyon vermenin ve pozisyon değişiminin yararlarını, %99,3'ü pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulamalarının hasta için gerekli zaman ve sürede yapılmadığında hastanın durumunda ortaya çıkabilecek olumsuzlukları bildiğini ifade etmekteydi (Tablo 4).

Tablo 4. Olguların pozisyon verme ve pozisyon değişimine ilişkin bilgi ve tutumlarının dağılımı (n=148)

İfadeler		n	%
Pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulamaları için doktor istemi gerekir.	Evet	25	16,9
	Hayır	123	83,1
Yoğun bakım hemşiresinin hastalara pozisyon vermesi ve pozisyon değişimi yapması temel rol ve sorumlulukları arasındadır.	Evet	145	98,0
	Hayır	3	2,0
Pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulamalarına hastaya bakım veren hemşire kendisi karar verebilir.	Evet	133	89,9
	Hayır	15	10,1
Hastaya pozisyon vermeden ve pozisyon değişimi yapmadan önce doktor orderi olup olmadığını kontrol ederim.	Evet	41	27,7
	Hayır	107	72,3
Yoğun bakımda hasta için kullanacağım pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulamalarına kendim karar verebilirim.	Evet	129	87,2
	Hayır	19	12,8
Yoğun bakımda pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulamalarında hasta için gerekli zaman ve süreye karar verebilirim.	Evet	133	89,9
	Hayır	15	10,1
Yoğun bakımda pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulamaları hasta için gerekli zaman ve süre ile yapabiliyorum.	Evet	124	83,8
	Hayır	24	16,2
Hastaya verebilecek pozisyonları biliyorum.	Evet	147	99,3
	Hayır	1	0,7
Pozisyon vermenin ve pozisyon değişiminin amaçlarını biliyorum.	Evet	147	99,3
	Hayır	1	0,7
Pozisyon vermenin ve pozisyon değişiminin yararlarını biliyorum.	Evet	146	98,6
	Hayır	2	1,4
Pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulamaları hasta için gerekli zaman ve sürede yapılmazsa hastanın durumunda ortaya çıkabilecek olumsuzlukları biliyorum.	Evet	147	99,3
	Hayır	1	0,7

Olgular, pozisyon verme ve pozisyon değişimi konusunda en fazla dikkat edilmesi gereken noktaların “yatak takımlarının kırışksız, kuru, gergin olması sağlanması” (%93,9), “hastanın mahremiyetine dikkat edilmesi” (%93,9), “hasta yatak içinde dönebiliyorsa pozisyonu değiştirmek için cesaretlendirilmesi” (%93,9), “pozisyon uygulanması sırasında hastanın basınç altında kalan noktaları gözlenmesi” (%93,9) ve “pozisyon verme ve değişimi sırasında hastada ağrı varlığı değerlendirilmesi” (%93,9) olduğunu belirtmekteydiler. Bu konuda en az dikkat edilmesi gereken

noktaların “pozisyon verilirken bireyin kaldırılması, sürüklenmemesi” (%91,2), “sırt üstü, oturur, yarı oturur, pozisyonlarda ayak tabanları desteklemesi” (%91,9), “avuç içleri rulo ile desteklenmesi”(%91,9) olduğunu ifade etmekteydiler (Tablo 5).

Tablo 5. Olguların pozisyon verme ve pozisyon değişimi sırasında dikkat edilecek noktalara ilişkin bilgi durumunun dağılımı (n=148)

Pozisyon verme ve pozisyon değişimi sırasında dikkat edilecek noktalar		n	%
Bir organın yükü diğer organa bindirilmemeli	Evet	138	93,2
	Hayır	10	6,8
Baş, boyun, bel, diz ve dirsek boşlukları desteklenmeli	Evet	138	93,2
	Hayır	10	6,8
Sırt üstü, oturur, yarı oturur, pozisyonlarda ayak tabanları desteklemeli	Evet	136	91,9
	Hayır	12	8,1
Sırt üstü ve lateral pozisyonlarda omurga ekseninin düzgünlüğünün bozulmaması sağlanmalı	Evet	137	92,6
	Hayır	11	7,4
Avuç içleri rulo ile desteklenmeli	Evet	136	91,9
	Hayır	12	8,1
Hastada var olan alçı, kateter, entübasyon tüpü ve ekleri, kabloların işleyişlerine zarar vermeden uygulama sağlanmalı	Evet	138	93,2
	Hayır	10	6,8
İşlem sırasında IV set, monitör kablosu v.b deriye basınç uygulayabilecek ajanların hastadan uzak tutulmasına özen gösterilmeli	Evet	138	93,2
	Hayır	10	6,8
Yatak takımlarının kırışksız, kuru, gergin olması sağlanmalı	Evet	139	93,9
	Hayır	9	6,1
Hastanın mahremiyetine dikkat edilmeli	Evet	139	93,9
	Hayır	9	6,1
Hastanın durumu değerlendirilerek pozisyon değişim sıklığı belirlenmeli	Evet	138	93,2
	Hayır	10	6,8
Hasta yatak içinde dönebiliyorsa pozisyonu değiştirmek için cesaretlendirilmeli	Evet	139	93,9
	Hayır	9	6,1
Hastanın tanısı, tedavisi ve cerrahi durumuna göre tanılama yapılmalı	Evet	137	92,6
	Hayır	11	7,4
Hastanın giysilerinin bası yarasına kaynak oluşturması engellenmeli	Evet	138	93,2
	Hayır	10	6,8
Pozisyon verilirken birey kaldırılmalı, sürüklenmemeli	Evet	135	91,2
	Hayır	13	8,8
Pozisyon uygulanması sırasında hastanın basınç altında kalan noktaları gözlenmeli	Evet	139	93,9
	Hayır	9	6,1
Hastanın verilen pozisyonu tolere edip edemediği değerlendirilmeli	Evet	137	92,6
	Hayır	11	7,4
Pozisyon verme ve değişimi sırasında hastada ağrı varlığı değerlendirilmeli	Evet	139	93,9
	Hayır	9	6,1

Olguların Karar Verme Stratejileri ölçeğinden aldıkları en yüksek puanın mantıklı sistematik karar verme alt boyutundan(34,95±5,21), en düşük puanın kararsızlık alt boyutundan (25,43±5,05) aldıkları saptandı (Tablo 6).

Tablo 6. Hemşirelerin Karar Verme Stratejileri ölçeği puanlarının dağılımı (n=148)

Değişken Adı	Ort± SS	Minimum-Maksimum
Mantıklı sistematik karar verme	34,95±5,21	17,00-46,00
İçtepkisel karar verme	27,74±4,30	16,00-40,00
Bağımlı karar verme	26,87±3,72	19,00-39,00
Kararsızlık	25,43±5,05	15,00-38,00

Olguların sosyodemografik özelliklerinin karar verme stratejilerini etkilemediği saptandı ($p>0.05$) (Tablo 7).

Tablo 7. Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerinin karar verme stratejilerine etkisi (n=148)

Değişken adı			Mantıklı sistematik karar verme	İçtepkisel karar verme	Bağımlı karar verme	Kararsızlık
Yaş (yıl)	(Ort ±SS)	r p	r=0,078 p=0,349	r=-0,146 p=0,076	r=-0,105 p=0,203	r=-0,115 p=0,164
Cinsiyet	Kadın		34,89±5,13	27,47±4,50	26,73±3,89	25,15±5,08
	Erkek		35,09±5,45	28,38±3,78	27,20±3,28	26,09±4,99
Anlamlılık		t p	t=-0,209 p=0,835	t=-1,183 p=0,239	t=-0,706 p=0,481	t=-1,030 p=0,305
Öğrenim durumu	Lise		34,97±5,09	29,17±3,55	7,54±3,49	26,71±4,32
	Ön lisans		33,48±5,74	27,16±4,79	26,29±4,42	24,61±5,40
	Lisans		35,27±4,91	27,33±4,43	26,88±3,60	25,31±5,16
	Lisans üstü		39,00±5,83	27,60±2,19	25,60±1,81	23,40±5,50
	Anlamlılık	F p	f=1,958 p=0,123	f=1,725 p=0,164	f=0,822 p=0,484	f=1,313 p=0,273
Medeni durum	Evli		34,85±5,36	27,65±4,61	26,68±3,77	25,44±5,37
	Bekar		35,00±5,13	27,84±4,07	26,97±3,67	25,50±4,77
Anlamlılık		t p	t=-0,167 p=0,867	t=-0,271 p=0,787	t=-0,477 p=0,634	t=-0,061 p=0,952
Ailenin gelir durumu	Gelir giderden az		35,56±4,76	27,90±4,76	27,09±3,77	25,62±5,60
	Gelir gidere denk		35,02±5,19	27,69±4,17	26,98±3,68	25,68±4,84
	Gelir giderden çok		33,50±6,06	27,72±4,40	25,83±3,88	23,72±5,15
	Anlamlılık	F p	f=0,924 p=0,399	f=0,029 p=0,971	f=0,804 p=0,450	f=1,176 p=0,311

t= t testi, r=Pearson korelasyon testi, F= One-Way Annova testi

Olguların çalıştığı yoğun bakımlara ve çalışma durumuna ilişkin özelliklerinin karar verme stratejilerini etkilemediği saptandı ($p>0.05$) (Tablo 8).

Tablo 8. Olguların çalıştığı yoğun bakımlara ve çalışma durumuna ilişkin özelliklerinin karar verme stratejilerine etkisi (n=148)

Değişken adı		Mantıklı sistematik karar verme		İçtepkisel karar verme	Bağımlı karar verme	Kararsızlık
Hastane Türü	EAH		35,53±5,15	27,76±4,46	26,96±3,88	25,32±5,14
	Devlet Hastanesi		34,81±5,13	27,79±4,19	26,52±3,78	25,37±4,47
	Fakülte Hastanesi		33,28±6,59	26,85±4,89	27,14±3,59	25,14±6,45
	Dal Hastanesi		33,33±3,24	28,66±2,73	27,55±2,18	27,11±5,48
	Anlamlılık	F p	f=1,097 p=0,353	f=0,333 p=0,801	f=0,279 p=0,841	f=0,355 p=0,786
Yoğun Bakım Türü	Anestezi ve		34,92±5,19	27,52±4,46	26,80±3,65	25,22±5,12
	Renimasyon YB		34,00±3,24	29,16±2,88	26,91±1,92	27,33±4,03
	Dahiliye YB		36,62±6,64	27,68±4,92	26,25±3,15	25,37±5,56
	Nöroloji YB		34,00±4,89	28,30±3,30	28,15±5,80	25,46±4,84
	Diğer YB					
	Anlamlılık	F p	f=0,824 p=0,482	f=0,600 p=0,616	f=0,670 p=0,572	f=0,621 p=0,602
Yoğun bakım Düzeyi	1,00		35,81±4,97	29,00±4,09	26,90±2,98	26,63±5,31
	2,00		35,15±3,07	28,46±5,30	25,15±2,19	26,30±5,13
	3,00		34,85±5,43	27,55±4,22	27,04±3,87	25,23±5,04
	Anlamlılık	F p	f=0,181 p=0,835	f=0,763 p=0,468	f=1,534 p=0,219	f=0,599 p=0,551
Yoğun bakımda çalışma süresi	(Ort ±SS)	r	r=-0,110	r=-0,091	r=-0,086	r=-0,122
		p	p=0,182	p=0,271	p=0,298	p=0,141

r=Pearson korelasyon testi, F= One-Way Annova testi

Pozisyon verme ve pozisyon değişimi yapılmasının gerekli olduğunu düşünme durumu ile karar verme stratejileri ölçeği alt boyutlarından mantıklı/sistemik karar verme alt boyutu arasında anlamlı farklılık olduğu saptandı ($p<0.05$) (Tablo 9).

Tablo 9. Olguların pozisyon verme ve pozisyon değişimi konusundaki düşünce, tutum ve eğitim durumunun karar verme stratejisine etkisi (n=148)

Değişken adı		Mantıklı sistemik karar verme	İçtepkisel karar verme	Bağımlı karar verme	Kararsızlık
Yoğun bakımda hastaya pozisyon vermenin ve pozisyon değişimi yapmanın önemli olduğunu düşünme	Evet	34,91±5,20	27,74±4,32	26,87±3,73	25,44±5,07
	Hayır	41,00±0,00	27,00±0,00	27,00±0,00	24,00±0,00
	Anlamlılık	t=-1,165 p=0,246	t=0,173 p=0,863	t=-0,034 p=0,973	t=0,283 p=0,777
Pozisyon verme ve pozisyon değişimi yapılmasının gerekli olduğunu düşünme	Evet	35,07±5,13	27,73±4,34	26,84±3,69	25,48±5,09
	Hayır	29,00±6,55	28,00±2,64	28,33±5,77	23,00±1,00
	Anlamlılık	t=2,018 p=0,045	t=-0,104 p=0,917	t=-0,686 p=0,494	t=0,841 p=0,402
Yoğun bakımda hastalara pozisyon verme ve pozisyon değişimi yapma durumu	Evet	34,88±5,22	27,69±4,33	26,88±3,70	25,43±5,05
	Hayır	37,50±4,79	29,50±2,88	26,50±5,00	25,25±5,96
	Anlamlılık	t=-0,990 p=0,324	t=-0,826 p=0,410	p=0,202 t=0,840	t=0,073 p=0,942
Daha önce hastaya pozisyon verme ve pozisyon değişimi ile ilgili eğitim alma durumu	Evet	34,45±5,27	27,80±4,45	26,72±3,83	25,61±5,33
	Hayır	36,33±4,84	27,56±3,93	27,28±3,39	24,92±4,20
	Anlamlılık	t=-1,944 p=0,054	t=0,302 p=0,763	t=-0,801 p=0,424	t=0,732 p=0,466
Pozisyon verme ve pozisyon değişimi ile ilgili kurum içi eğitim alma durumu	Evet	34,67±5,24	28,25±4,38	26,89±4,01	26,14±5,24
	Hayır	35,25±5,20	27,17±4,18	26,84±3,40	24,64±4,75
	Anlamlılık	t=-0,671 p=0,503	t=1,537 p=0,127	t=0,089 p=0,929	t=1,813 p=0,072
Pozisyon verme ve pozisyon değişimi ile ilgili literatürü takip etme durumu	Evet	35,15±5,55	27,08±4,40	26,74±3,65	25,23±4,97
	Hayır	34,72±4,83	28,47±4,10	27,01±3,81	25,65±5,17
	Anlamlılık	t=0,494 p=0,622	t=-1,967 p=0,051	t=-0,440 p=0,660	t=-0,511 p=0,610
Pozisyon verme ve pozisyon değişimi ile ilgili standart uygulama rehberi varlığı	Evet	34,24±5,43	27,34±4,56	26,75±3,65	25,19±4,84
	Hayır	35,22±5,12	27,89±4,21	26,91±3,76	25,52±5,15
	Anlamlılık	t=-1,024 p=0,308	t=-0,701 p=0,484	t=-0,233 p=0,816	t=-0,352 p=0,725

t= t testi

Olguların hastaya pozisyon vermeden ve pozisyon değişimi yapmadan önce doktor orderı olup olmadığını kontrol etme durumu ve yoğun bakımda hasta için kullanacağı pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulamalarına kendisinin karar verme durumu ile karar verme stratejileri ölçeğinin kararsızlık alt boyutunu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptandı ($p<0.05$) (Tablo 10).

Tablo 10. Olguların pozisyon verme ve pozisyon değişimine ilişkin bilgi ve tutumlarının karar verme stratejilerine etkisi (n=148)

İfadeler		Mantıklı sistematik karar verme		İçtepkisel karar verme	Bağımlı karar verme	Kararsızlık
Pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulamaları için doktor istemi gerekir.	Evet	36,76±4,87		27,20±4,75	25,84±3,54	24,48±5,74
	Hayır	34,58±5,22		27,85±4,22	27,08±3,73	25,62±4,90
	Anlamlılık	t	t=1,918	t=-0,690	t=-1,526	t=-1,033
		p	p=0,057	p=0,491	p=0,129	p=0,303
Yoğun bakım hemşiresinin hastalara pozisyon vermesi ve pozisyon değişimi yapması temel rol ve sorumlulukları arasındadır.	Evet	34,86±5,14		27,78±4,30	26,92±3,72	25,51±5,04
	Hayır	39,33±8,14		25,66±4,50	24,33±2,88	21,33±5,03
	Anlamlılık	t	t=-1,476	t=0,843	t=1,194	t=1,423
		p	p=0,142	p=0,401	p=0,234	p=0,157
Pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulamalarına hastaya bakım veren hemşire kendisi karar verebilir.	Evet	34,90±5,14		27,96±4,22	26,95±3,71	25,55±4,91
	Hayır	35,40±5,98		25,80±4,73	26,13±3,83	24,33±6,28
	Anlamlılık	t	t=-0,349	t=1,858	t=0,809	t=0,887
		p	p=0,727	p=0,065	p=0,420	p=0,376
Hastaya pozisyon vermeden ve pozisyon değişimi yapmadan önce doktor orderi olup olmadığını kontrol ederim.	Evet	35,00±4,63		26,97±3,85	27,75±4,07	26,85±5,23
	Hayır	34,93±5,44		28,03±4,45	26,53±3,54	24,88±4,90
	Anlamlılık	t	t=0,068	t=-1,346	t=1,802	t=2,142
		p	p=0,946	p=0,181	p=0,074	p=0,034
Yoğun bakımda hasta için kullanacağım pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulamalarına kendim karar verebilirim.	Evet	34,81±5,21		27,97±4,40	26,65±3,58	25,79±5,15
	Hayır	35,89±5,26		26,15±3,25	28,31±4,38	22,94±3,55
	Anlamlılık	t	t=-0,842	t=1,730	t=-1,825	t=2,328
		p	p=0,401	p=0,086	p=0,070	p=0,021
Yoğun bakımda pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulamalarında hasta için gerekli zaman ve süreye karar verebilirim.	Evet	35,06±5,22		27,80±4,41	26,72±3,64	25,49±5,12
	Hayır	33,93±5,16		27,20±3,23	28,13±4,25	24,86±4,51
	Anlamlılık	t	t=0,798	t=0,514	t=-1,389	t=0,456
		p	p=0,426	p=0,608	p=0,167	p=0,649
Yoğun bakımda pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulamaları hasta için gerekli zaman ve süre ile yapabiliyorum.	Evet	34,96±5,29		27,83±4,12	26,78±3,57	25,44±4,85
	Hayır	34,87±4,87		27,25±5,21	27,33±4,48	25,37±6,09
	Anlamlılık	T	t=0,079	t=0,611	t=0-,662	t=0,061
		p	p=0,937	p=0,542	p=0,509	p=0,952
Hastaya verebilecek pozisyonları biliyorum.	Evet	34,89±5,19		27,75±4,32	26,87±3,73	25,45±5,06
	Hayır	43,00±0,00		26,00±0,00	26,00±0,00	22,00±0,00
	Anlamlılık	t	t=-1,556	t=0,405	t=0,234	t=0,680
		p	p=0,122	p=0,686	p=0,815	p=0,498
Pozisyon vermenin ve pozisyon değişiminin amaçlarını biliyorum.	Evet	34,89±5,19		27,75±4,32	26,87±3,73	25,45±5,06
	Hayır	43,00±0,00		26,00±0,00	26,00±0,00	22,00±0,00
	Anlamlılık	t	t=-1,556	t=0,405	t=0,234	t=0,680
		p	p=0,122	p=0,686	p=0,815	p=0,498
Pozisyon vermenin ve pozisyon değişiminin yararlarını biliyorum.	Evet	34,94±5,17		27,76±4,33	26,86±3,74	25,43±5,07
	Hayır	35,50±10,60		26,50±0,70	27,50±2,12	25,50±4,94
	Anlamlılık	t	t=-0,149	t=0,410	t=-0,239	t=-0,019
		p	p=0,882	p=0,683	p=0,811	p=0,985
Pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulamaları hasta için gerekli zaman ve sürede yapılmazsa hastanın durumunda ortaya çıkabilecek olumsuzlukları biliyorum.	Evet	34,89±5,19		27,75±4,32	26,87±3,73	25,45±5,06
	Hayır	43,00±0,00		26,00±0,00	26,00±0,00	22,00±0,00
	Anlamlılık	t	t=-1,556	t=0,405	t=0,234	t=0,680
		p	p=0,122	p=0,686	p=0,815	p=0,498

t= t testi

Olguların pozisyon verme ve pozisyon değişimi sırasında dikkat edilecek noktalardan “baş, boyun, bel, diz ve dirsek boşlukları desteklenmesi”, “hastada var olan alçı, kateter, entübasyon tüpü ve ekleri, kabloların işleyişlerine zarar vermeden uygulamanın sağlanması”, “hastanın mahremiyetine dikkat edilmesi” “hastanın

durumu değerlendirilerek pozisyon değişim sıklığının belirlenmesi”, “hasta yatak içinde dönebiliyorsa pozisyonu değiştirmek için cesaretlendirilmesi”, “hastanın tanısı, tedavisi ve cerrahi durumuna göre tanılama yapılması”, “hastanın giysilerinin bası yarasına kaynak oluşturmasının engellenmesi”, “pozisyon uygulanması sırasında hastanın basınç altında kalan noktaların gözlenmesi” ve “pozisyon verme ve değişimi sırasında hastada ağrı varlığının değerlendirilmesi” ile karar verme stratejilerinden mantıklı sistematik karar verme, içtepkisel karar verme, bağımlı karar verme ve kararsızlık alt boyutları arasında istatistiksek olarak anlamlı farklılık olduğu saptandı ($p<0.05$).

Olguların pozisyon verme ve pozisyon değişimi sırasında dikkat edilecek noktalardan “bir organın yükü diğer organa bindirilmemesi”, “işlem sırasında IV set, monitör kablosu v.b deriye basınç uygulayabilecek ajanların hastadan uzak tutulmasına özen gösterilmesi”, “yatak takımlarının kırıksız, kuru, gergin olması sağlanması”, “hastanın verilen pozisyonu tolere edip edemediği değerlendirilmesi” ile karar verme stratejilerinden mantıklı sistematik karar verme, içtepkisel karar verme ve kararsızlık alt boyutları arasında istatistiksek olarak anlamlı farklılık olduğu saptandı ($p<0.05$).

Olguların pozisyon verme ve pozisyon değişimi sırasında dikkat edilecek noktalardan “sırt üstü, oturur, yarı oturur, pozisyonlarda ayak tabanlarının desteklemesi” ile karar verme stratejilerinden mantıklı sistematik karar verme, karar verme ve kararsızlık alt boyutları arasında istatistiksek olarak anlamlı farklılık olduğu saptandı ($p<0.05$).

Olguların pozisyon verme ve pozisyon değişimi sırasında dikkat edilecek noktalardan “sırt üstü ve lateral pozisyonlarda omurga ekseninin düzgünlüğünün bozulmamasının sağlanması” ile karar verme stratejilerinden mantıklı sistematik karar verme, içtepkisel karar verme ve bağımlı karar verme alt boyutları arasında istatistiksek olarak anlamlı farklılık olduğu saptandı ($p<0.05$).

Olguların pozisyon verme ve pozisyon değişimi sırasında dikkat edilecek noktalardan “avuç içlerinin rulo ile desteklenmesi” ile karar verme stratejilerinden

mantıklı sistematik karar verme ve bağımlı karar verme alt boyutları arasında istatistiksek olarak anlamlı farklılık olduğu saptandı ($p<0.05$).

Olguların pozisyon verme ve pozisyon değişimi sırasında dikkat edilecek noktalardan “pozisyon verilirken birey kaldırılması, sürüklenmemesi” ile karar verme stratejilerinden mantıklı sistematik karar verme ve bağımlı karar verme alt boyutları arasında istatistiksek olarak anlamlı farklılık olduğu saptandı ($p<0.05$) (Tablo 11).

Tablo 11. Olguların pozisyon verme ve pozisyon değişimi sırasında dikkat edilecek noktalara ilişkin bilgi durumunun karar verme stratejilerine etkisi (n=148)

Pozisyon verme ve pozisyon değişimi sırasında dikkat edilecek noktalar		Mantıklı sistematik karar verme	İçtepkisel karar verme	Bağımlı karar verme	Kararsızlık
Bir organın yükü diğer organa bindirilmemeli	Evet	34,48±4,92	27,88±4,42	26,89±3,83	25,65±5,15
	Hayır	41,40±5,05	25,80±0,63	26,50±1,58	22,40±1,26
Anlamlılık		t=-4,280 p=0,000	t=4,885 p=0,000	t=0,667 p=0,513	t=5,474 p=0,000
Baş, boyun, bel, diz ve dirsek boşlukları desteklenmeli	Evet	34,46±4,95	27,86±4,43	26,92±3,85	25,63±5,15
	Hayır	41,70±4,11	26,10±0,31	26,10±0,31	22,60±1,89
Anlamlılık		t=-4,506 p=0,000	t=4,509 p=0,000	t=2,415 p=0,017	t=4,086 p=0,001
Sırt üstü, oturur, yarı oturur, pozisyonlarda ayak tabanları desteklemeli	Evet	34,36±4,87	27,87±4,30	26,98±3,84	25,69±5,17
	Hayır	41,58±4,44	26,25±4,22	25,58±0,99	22,41±1,50
Anlamlılık		t=-4,947 p=0,000	t=1,255 p=0,211	t=3,200 p=0,002	t=5,284 p=0,000
Sırt üstü ve lateral pozisyonlarda omurga ekseninin düzgünlüğünün bozulmaması sağlanmalı	Evet	34,40±4,96	27,85±4,45	26,93±3,86	25,59±5,12
	Hayır	41,81±2,85	26,36±0,92	26,09±0,70	23,45±3,69
Anlamlılık		t=-7,723 p=0,000	t=3,160 p=0,002	t=2,153 p=0,034	t=1,784 p=0,097
Avuç içleri rulo ile desteklenmeli	Evet	34,45±4,98	27,79±4,42	26,91±3,83	25,63±5,19
	Hayır	40,58±4,62	27,16±2,72	26,33±2,01	23,08±2,15
Anlamlılık		t=-4,106 p=0,000	t=0,719 p=0,482	t=0,876 p=0,392	t=3,346 p=0,003
Hastada var olan alçı, kateter, entübasyon tüpü ve ekleri, kabloların işleyişlerine zarar vermeden uygulama sağlanmalı	Evet	34,42±4,96	27,86±4,43	26,93±3,84	25,66±5,15
	Hayır	42,20±2,52	26,10±0,31	26,00±0,00	22,20±0,63
Anlamlılık		t=-8,590 p=0,000	t=4,509 p=0,000	t=2,852 p=0,005	t=7,185 p=0,000
İşlem sırasında IV set, monitör kablosu v.b deriye basınç uygulayabilecek ajanların hastadan uzak tutulmasına özen gösterilmeli	Evet	34,44±4,96	27,84±4,43	26,92±3,84	25,61±5,13
	Hayır	42,00±3,16	26,30±0,94	26,20±0,63	22,90±2,84
Anlamlılık		t=-6,962 p=0,000	t=3,209 p=0,002	t=1,876 p=0,064	t=2,714 p=0,017
Yatak takımlarının kırışksız, kuru, gergin olması sağlanmalı	Evet	34,44±4,96	27,84±4,43	26,92±3,84	25,61±5,13
	Hayır	42,00±3,16	26,30±0,94	26,20±0,63	22,90±2,84
Anlamlılık		t=-6,962 p=0,000	t=3,209 p=0,002	t=1,876 p=0,064	t=2,714 p=0,017
Hastanın mahremiyetine dikkat edilmeli	Evet	34,43±4,94	27,85±4,42	26,92±3,83	25,65±5,14
	Hayır	43,00±0,00	26,00±0,00	26,00±0,00	22,00±0,00
Anlamlılık		t=-20,418 p=0,000	t=4,948 p=0,000	t=2,852 p=0,005	t=8,381 p=0,000

Tablo 11. Olguların pozisyon verme ve pozisyon değişimi sırasında dikkat edilecek noktalara ilişkin bilgi durumunun karar verme stratejilerine etkisi (n=148) (Devam)

Pozisyon verme ve pozisyon değişimi sırasında dikkat edilecek noktalar		Mantıklı sistematik karar verme	İçtepkisel karar verme	Bağımlı karar verme	Kararsızlık
Hastanın durumu değerlendirilerek pozisyon değişim sıklığı belirlenmeli	Evet	34,43±4,94	27,85±4,42	26,92±3,83	25,65±5,14
	Hayır	43,00±0,00	26,00±0,00	26,00±0,00	22,00±0,00
	Anlamlılık	t=-20,418 p=0,000	t=4,948 p=0,000	t=2,852 p=0,005	t=8,381 p=0,000
Hasta yatak içinde dönebiliyorsa pozisyonu değiştirmek için cesaretlendirilmeli	Evet	34,46±4,95	27,86±4,43	26,92±3,85	25,63±5,15
	Hayır	41,70±4,11	26,10±0,31	26,10±0,31	22,60±1,89
	Anlamlılık	t=-4,506 p=0,000	t=4,509 p=0,000	t=2,415 p=0,017	t=4,086 p=0,001
Hastanın tanısı, tedavisi ve cerrahi durumuna göre tanılama yapılmalı	Evet	34,43±4,94	27,85±4,42	26,92±3,83	25,65±5,14
	Hayır	43,00±0,00	26,00±0,00	26,00±0,00	22,00±0,00
	Anlamlılık	t=-20,418 p=0,000	t=4,948 p=0,000	t=2,852 p=0,005	t=8,381 p=0,000
Hastanın giysilerinin bası yarasına kaynak oluşturmaması engellenmeli	Evet	34,46±4,95	27,86±4,43	26,92±3,85	25,63±5,15
	Hayır	41,70±4,11	26,10±0,31	26,10±0,31	22,60±1,89
	Anlamlılık	t=-4,506 p=0,000	t=4,509 p=0,000	t=2,415 p=0,017	t=4,086 p=0,001
Pozisyon verilirken birey kaldırılmalı, sürüklenmemeli	Evet	34,47±4,94	27,80±4,44	27,01±3,82	25,62±5,10
	Hayır	39,92±5,58	27,15±2,54	25,38±1,93	23,38±4,17
	Anlamlılık	t=-3,755 p=0,000	t=0,515 p=0,607	t=2,586 p=0,017	t=1,536 p=0,127
Pozisyon uygulanması sırasında hastanın basınç altında kalan noktaları gözlenmeli	Evet	34,43±4,94	27,85±4,42	26,92±3,83	25,65±5,14
	Hayır	43,00±0,00	26,00±0,00	26,00±0,00	22,00±0,00
	Anlamlılık	t=-20,418 p=0,000	t=4,948 p=0,000	t=2,852 p=0,005	t=8,381 p=0,000
Hastanın verilen pozisyonu tolere edip edemediği değerlendirilmeli	Evet	34,47±4,96	27,85±4,45	26,91±3,86	25,59±5,15
	Hayır	40,90±4,70	26,36±0,92	26,27±0,64	23,36±3,10
	Anlamlılık	t=-4,148 p=0,000	t=3,160 p=0,002	t=1,688 p=0,095	t=2,159 p=0,048
Pozisyon verme ve değişimi sırasında hastada ağrı varlığı değerlendirilmeli	Evet	34,43±4,94	27,85±4,42	26,92±3,83	25,65±5,14
	Hayır	43,00±0,00	26,00±0,00	26,00±0,00	22,00±0,00
	Anlamlılık	t=-20,418 p=0,000	t=4,948 p=0,000	t=2,852 p=0,005	t=8,381 p=0,000

t=t testi

5. TARTIŞMA

Çalışmamızdan elde edilen bulgular; sosyodemografik özellikler, yoğun bakımda çalışma ile ilişkili özellikler, pozisyon verme ile ilişkili özellikler, karar verme ile ilişkili faktörler başlıkları altında tartışılmıştır.

5.1. Sosyodemografik Özellikler

Çalışmamızda, hemşirelerin yaş ortalamalarının $28,70 \pm 6,47$ olduğu saptanmıştır. Eşer ve ark.'nın yoğun bakım hemşireleri üzerinde yaptığı bir çalışmada, hemşirelerin yaş ortalamasının $26,12 \pm 3,01$ yıl olduğu (Eşer ve ark., 2007); Dede ve ark.'nın çalışmasında $25,8 \pm 4,5$ yıl olduğu (Dede ve ark., 2008); Akıncı ve ark.'nın çalışmasında $25,6 \pm 4,7$ yıl olduğu (Akıncı ve ark., 2010); Çelik ve ark.'nın çalışmasında $31,19 \pm 5,84$ yıl olduğu (Çelik ve ark., 2018); Aytaç ve ark. nın çalışmasında $26,6 \pm 3,8$ yıl olduğu (Aytaç ve ark., 2007); Göz ve ark. nın çalışmasında $27 \pm 2,81$ yıl olduğu belirlenmiştir (Göz ve ark., 2011). Balık ve Öztürk tarafından yapılan bir çalışmada, yoğun bakım hemşirelerinin %50,5'i 20-26 yaş aralığında olduğu saptanmıştır (Balık ve Öztürk, 2016). Aktaş ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada yoğun bakımda çalışan hemşirelerin yaş ortalamasının $26,80 \pm 4,73$ olduğu ve %28'inin 18-23 yaş grubunda, %59'unun 24-29 yaş grubunda, %17'sinin 30-35 yaş grubunda ve %8'inin 36 ve üzeri yaş grubunda yer aldığı belirlenmiştir (Aktaş ve ark., 2016). Çelen ve ark.'nın 2006 da yaptıkları çalışmada, hemşirelerin %33,4'ünün 25 yaşın altında (Çelen ve ark., 2006) ; Kelleci ve ark.'nın (2004) yoğun bakım hemşirelerinin %74'ünün 30 yaşın altında; Başak ve ark.'nın (2010) çalışmasında, %67,8'inin 20-29 yaş grubunda; Kaya ve Solmaz'ın (2011) çalışmasında, %33,3'ünün 28-33 yaş grubunda; Çelik ve ark.'nın (2012) çalışmasında, yaklaşık yarısının 22-27 yaş grubunda saptanmıştır. Çalışma sonuçlarımız, literatürle benzerlik göstermektedir. Yoğun bakımlarda, yeni mezun olmaları nedeniyle öğrenimleri süresince öğrendikleri bilgileri, hastanelerin sağlık alanındaki son teknolojik yeniliklerin ilk kullanılmaya başladığı birimler olan yoğun

bakımlara aktarmaları, aynı zamanda uygulama pratiklerini geliştirmeleri, yoğun bakımların iş yükünü daha kolay tolere edebilecekleri düşüncesi ile genç hemşireler istihdam edilmektedir.

Çalışmamızda, yoğun bakım hemşirelerinin %70,3'ünün kadın olduğu saptanmıştır. Dede ve ark.'nın yaptığı çalışmada hemşirelerin %93,9'unun kadın olduğu saptanmıştır (Dede ve ark., 2008). Kaya ve Solmaz'ın yaptığı çalışmada hemşirelerin %97,4'ünün kadın olduğu saptanmıştır (Kaya ve Solmaz, 2011). Çelik ve ark.'nın yaptığı çalışmada hemşirelerin %88,6'sının kadın olduğu saptanmıştır (Çelik ve ark. 2012). Aktaş ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada, yoğun bakımda çalışan hemşirelerin %88,4'ünün kadın olduğu saptanmıştır (Aktaş ve ark., 2016). Balık ve Öztürk tarafından yapılan bir çalışmada, yoğun bakım hemşirelerinin %81,7'si kadın olduğu saptanmıştır (Balık ve Öztürk, 2016). Hiler ve ark. tarafından yoğun bakım hemşireleri üzerinde yapılan bir çalışmada, hemşirelerin %87'sinin kadın olduğu belirlenmiştir (Hiler ve ark., 2018). Çalışmamız, yoğun bakımda çalışan hemşirelerin çoğunluğu kadın olması açısından literatür ile benzerlik göstermektedir. Hemşirelik eğitimi alanların çoğu kadın olmasında kaynaklanmakta.

Çalışmamızda, hemşirelerin %52'sinin lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. . Çalışmamızda, yoğun bakım hemşirelerinin %52'sinin lisans mezunu olduğunu saptanmıştır. Başak ve ark. ile Aktaş ve ark.'nın yaptığı çalışmalarda, hemşirelerin yarısından fazlasının (%61,6 ve %61,1) lisans mezunu olduğu belirlenmiştir (Başak ve ark., 2010; Aktaş ve ark., 2016). Çelen ve ark.'nın (2006) çalışmasında yoğun bakımda çalışan hemşirelerin %46,1'inin, Sabuncu ve ark.'nın (2010) çalışmasında %27'sinin, Hakverdioğlu ve ark.'nın (2006) çalışmasında %43,1'inin lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. Eşer ve ark.'nın çalışmasında %91,2'sinin lisans mezunu olduğu belirlenmiştir (Eşer ve ark., 2007). Dede ve ark.'nın çalışmasında, hemşirelerin %40'ının lisans mezunu olduğu saptanmıştır (Dede ve ark., 2008). Çelik ve ark.'nın yaptığı çalışmada, yaklaşık yarısının lisans mezunu olduğu belirlenmiştir (Çelik ve ark., 2012). Çalışma sonuçlarımız, yoğun bakımda çalışan hemşirelerin çoğunun lisans mezunu olması açısından literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda, hemşirelerin %53,4'ü evli olmadığı saptanmıştır. Kelleci ve ark.'nın (2004) çalışmasında yoğun bakımda çalışan hemşirelerin çalışmasında %53,7'sinin; Eşer ve ark.'nın (2007) çalışmasında %65,8'inin; Dede ve ark.'nın (2008) çalışmasında %58,5' inin; Kaya ve Solmaz'ın (2011) çalışmasında %64,1'inin; Balık ve Öztürk (2016) çalışmasında %50,5'inin bekar olduğu saptanmıştır. Karadağ ve ark.'nın (2005) çalışmasında yoğun bakımda çalışan hemşirelerin %68,6'sının; Başak ve ark.'nın (2010) çalışmasında %56,7'sinin; Aktaş ve ark.'nın (2016) çalışmasında, %70,5'nin evli olduğu saptanmıştır. Çalışma sonuçlarımız, bazı çalışma sonuçlarına benzerlik gösterirken, bazılarına benzerlik göstermemektedir. Bu durumun, özel hastanelerde maliyeti düşürmek amacıyla özellikle sağlık meslek lisesi mezunlarının daha fazla istihdam edilmesinden, zaman içerisinde yaşam koşullarında ve toplumun evliliğe bakış açısında ortaya çıkan değişim, toplumun eğitime verdiği önem ve önceliğin bu sonucun ortaya çıkmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda olguların %66,2'si ailesinin ekonomik durumunu gelir gidere denk olarak tanımlamıştır. Kaya ve Solmaz'ın yaptığı çalışmada, hemşirelerin %57,7'sinin gelirinin giderini karşılamadığı saptanmıştır (Kaya ve Solmaz, 2011). Eşer ve ark.'nın çalışmasında, hemşirelerin %64,9'unun gelirinin giderine eşit olduğu saptanmıştır (Eşer ve ark., 2007). Çalışma sonuçlarımız, bazı çalışma sonuçlarına benzerlik gösterirken, bazılarına benzerlik göstermemektedir. Bu durumun, hemşirelerin eğitim durumuna ve çalıştığı kuruma bağlı değişen maaş miktarındaki ve çalışmaların yapıldığı yerdeki bireylerin zorunlu ihtiyaçları için ayırdığı kişi başı aylık harcama miktarındaki farklılıktan kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.2.Yoğun bakımda çalışma ile ilişkili özellikler

Çalışmamızda, hemşirelerin çalıştığı yoğun bakımların %51,4'ü Eğitim Araştırma Hastanesinde yer aldığı saptanmıştır. Ülkemizde, uzman hekim ihtiyacının karşılanabilmesi, hastanelerin bilgi birikimi ve performansının artırılması, üniversite hastanelerindeki kompleks hasta tedavi ve bakım yükünün azaltılması amacıyla yapılan yasal düzenlemelerle birlikte, Eğitim Araştırma Hastanesi sayısı yıllar içerisinde arttırılmıştır.

Çalışmamızda, hemşirelerin %72,3'ünün anestezi ve reanimasyon yoğun bakımda çalıştığı belirlenmiştir. Çelik ve ark.'nın 2012 yılındaki çalışmasında hemşirelerin %16,2'sinin genel cerrahi yoğun bakımda görev yaptığı saptanmıştır (Çelik ve ark., 2012). Aktaş'ın çalışmasında hemşirelerin %28,6'sının anestezi yoğun bakımda, %18,8'inin nöroloji yoğun bakımda, %16,1'inin dahiliye yoğun bakımda, %14,3'ünün kalp ve damar cerrahisi yoğun bakımda, %11,5'inin koroner yoğun bakımda ve %10,7'sinin beyin cerrahisi yoğun bakımda çalıştığı saptanmıştır (Aktaş, 2016). Çalışma sonuçlarımız, diğer çalışma sonuçlarına benzerlik göstermemektedir. Bu durumun, çalışmaların yapıldığı yer ve hastane türlerinin farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda, yoğun bakım hemşirelerinin %83,8'inin çalıştığı yoğun bakımın 3.düzye olduğu saptanmıştır. Ülkemizde kronik hastalıkların ve bunlara bağlı komplikasyonların giderek artıyor olması, üst düzey yoğun bakım ihtiyacının artmasına neden olmaktadır. Bu durum, ülkemizde üst düzey yoğun bakımların daha fazla sayıda açılmasına neden olmuştur.

Çalışmamızda, hemşirelerin yoğun bakımda çalışma süresi ortalama $1,00 \pm 0,08$ olarak belirlenmiştir. Hiler ve ark. nın yoğun bakım hemşireleri üzerinde yapılan bir çalışmada, hemşirelerin %39'unun yoğun bakımda çalışma süresinin 1-3 yıl arasında olduğu belirlenmiştir (Hiler ve ark., 2018). Başak ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada, hemşirelerin %37,8'inin mesleki çalışma süresinin 1-5 yıl arasında olduğu belirlenmiştir (Başak ve ark., 2010). Karadağ ve ark.'nın çalışmasında, hemşirelerin %55,9'unun çalışma yılının 5-12 yıl arasında değiştiği saptanmıştır (Karadağ ve ark., 2005). Eşer ve ark.'nın çalışmasında, hemşirelerin %32,5'inin bir yıldan az süredir ve %50,9'unun 2-5 yıldır yoğun bakım ünitesinde çalıştığı saptanmıştır (Eşer ve ark., 2007). Kelleci ve ark.'nın çalışmasında, hemşirelerin % 51,4'ünün çalışma süresinin yılı 5 yıl ve 5 yıldan daha az olduğu saptanmıştır (Kelleci ve ark., 2004). Aktaş'ın yaptığı çalışmada hemşirelerin yoğun bakımda çalışma süresinin ortalama $3,19 \pm 2,44$ yıl olduğu saptanmıştır (Aktaş, 2016). Çelik ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, hemşirelerin %27,2'sinin toplam çalışma yılının 5 yılın altında olduğu saptanmıştır (Çelik ve ark.'nın, 2012). Enç, Kavlak ve Batmaz'ın yoğun bakım hemşirelerinde

yaptıkları bir çalışmada, hemşirelerin % 57,5'inin çalışma yılının 5 yıl ve altında olduğu belirlenmiştir (Enç, Kavlak ve Batmaz, 2003). Akıncı ve ark.'nın yaptığı çalışmada, hemşirelerin %44,5'inin çalışma deneyiminin 1 yılın altında olduğu belirlenmiştir (Akıncı ve ark., 2010). Çalışma sonuçlarımız, literatürle benzerlik göstermektedir. Genellikle yoğun bakım ünitelerinde genç yaşta ve yeni mezun olan hemşirelerin görevlendirilmektedir. Yoğun bakımda çalışan deneyimli hemşireler, yoğun bakımlardaki iş yükü ve iş stresi nedeniyle yoğun bakımlarda çalışmak istememekte ve yoğun bakımda ortalama 5 yıl çalıştıktan sonra birim değiştirmek istemektedir.

5.3.Pozisyon verme ile ilişkili özellikler

Çalışmamızda, hemşirelerin %99,3'ü yoğun bakımda hastaya pozisyon vermenin/pozisyon değişiminin önemli olduğunu; %98'i pozisyon vermenin ve pozisyon değişimi yapılmasının gerekli olduğunu düşündüğü saptanmıştır. Bu sonuç, hemşirelerin hem temel eğitimleri hem de çalışma süreleri boyunca çoğunun pozisyon verme ve pozisyon değişimi konusunda eğitim almış ve buna bağlı pozisyon verme ve pozisyon değişiminin önemi konusundaki farkındalık düzeyinin artmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda, hemşirelerin %97,3'ü yoğun bakımda hastalara pozisyon vermekte ve pozisyon değişimi yapmaktadır. Yoğun bakımda yatan hastalara pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulama, yoğun bakımda hastaların hemodinamisi ve prognozu etkilediği gibi, komplikasyon görülme sıklığını da etkilemektedir (Bahar, 2011). Yoğun bakımdaki hemşirelerin aldığı eğitimlerin ve çalışma alanında kazandıkları deneyimlerin, hastaya pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulamalarını daha kolay ve daha fazla yapmalarına neden olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda, hemşirelerin %73,6'ının daha önce hastaya pozisyon verme ve pozisyon değişimi yapma ile ilgili eğitim aldığı saptanmıştır. Hastalara pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulama, yoğun bakımda hastaların hemodinamisi ve prognozu etkilediğinden, yoğun bakım hemşirelerine yönelik yapılan eğitimlerde, standart uygulamaları yaygınlaştırmak, bilgi düzeyini ve farkındalığı arttırmak

amacıyla, bu konulara daha fazla yer verildiği düşünülmektedir. Yoğun bakım üniteleri yüksek teknolojinin kullanıldığı, bilgi ve becerilerin sürekli yenilenmesini gerektiren oldukça karmaşık ünitelerdir. Bu ortamda 24 saat boyunca sürekli hasta ile birlikte olan yoğun bakım hemşirelerinin, kritik hastaların bakım gereksinimlerini karşılayabilmek, sürekli değişen, gelişen teknoloji ve tedavi yöntemlerine uyum sağlayabilmek için özel bir eğitim almaları gerekmektedir (Badır, 2004).

Çalışmamızda, hemşirelerin %52,7'sinin pozisyon verme ve pozisyon değişimi yapma ile ilgili kurum içi eğitim aldığı saptanmıştır. Eşer ve ark.'nın yaptığı çalışmada, hemşirelerin %29,8'inin yoğun bakım hemşireliğine yönelik hizmet içi eğitime katıldığı belirlenmiştir (Eşer ve ark., 2007). Karadağ ve ark. tarafından Kayseri'de yapılan bir çalışmada, hemşirelerin %70,6'sının hizmet içi eğitim aldığı saptanmıştır (Karadağ ve ark., 2005). Otman tarafından yapılan çalışmada, hemşirelerin %48'inin hizmet içi eğitim aldığı saptanmıştır (Otaman, 2003); Çınar tarafından yapılan çalışmada, hemşirelerin %97,1'inin hizmet içi eğitim aldığı saptanmıştır (Çınar, 2007). Akıncı ve ark. tarafından yapılan çalışmada, hemşirelerin %33,6'sının hizmet içi eğitim aldığı saptanmıştır (Akıncı ve ark., 2010). Çalışma sonuçlarımız, diğer çalışma sonuçlarından farklılık göstermektedir. Bu durumun çalışmamızda pozisyon vermeye ilişkin spesifik bir uygulamaya ilişkin hizmet içi eğitim alma durumunun, diğer çalışmalarda ise genel olarak hizmet içi eğitim alma durumunun sorgulanmasından ve günümüzde hizmet içi eğitime verilen önemin artmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda, hemşirelerin %52,7'sinin pozisyon verme ve pozisyon değişimi ile ilgili literatürü takip ettiği saptanmıştır. Karadağ ve ark.'nın çalışmasında, hemşirelerin %15,7'si'nin bilimsel yayınları takip ettiği saptanmıştır (Karadağ ve ark., 2005). Çınar'ın Edirne'de yaptığı çalışmada, hemşirelerin %20,8'nin bilimsel yayınları takip ettiği saptanmıştır (Çınar, 2007). Çalışma sonuçlarımız, diğer çalışmalardan farklılık göstermektedir. Bu durum, çalışmamızın diğer çalışmalardan farklı olarak sadece yoğun bakım hemşireleri üzerinde yapılmış olmasından, diğer çalışmalarda bilimsel yayın izleme durumunun genel olarak sorgulanmasından ve günümüzde gelişen teknoloji ile birlikte literatürü takip etme kolaylığının artmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Yoğun bakım

hemşireliği, çok özel eğitimleri, uygulamaları, araştırmaları ve araştırma sonuçlarından yararlanmayı gerekli kılan bir hemşirelik alanıdır (Hatipoğlu, 2002). 1993 yılında yayınlanan Madrid Deklarasyonu'nda, yoğun bakım hemşirelerinin hastalar ve toplumun gereksinimlerine etkin bir şekilde yanıt verebilmeleri için yeterli bilgi ve beceriye sahip olmaları, bilgi ve becerilerini yenilemeleri, bu ünitelerde her zaman en son bilgi ve becerilerle donatılmış olmaları gerektiği bildirilmiştir (Badır, 2004).

Çalışmamızda, hemşirelerin %27,7'sinin çalıştığı birimde pozisyon verme ve pozisyon değişimi ile ilgili standart uygulama rehberi bulunduğunu ifade etmiştir. Yoğun bakımlarda, pozisyon değişimi ile ilgili standart uygulama rehberi bulundurma durumunun oldukça az olduğu görülmektedir. Bunun nedeninin, pozisyon verme ve pozisyon değişimi ile ilgili rehberin oldukça spesifik olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Uygulama rehberleri, sağlık alanındaki uygulamaların daha standart hale gelmesine, klinik performansının artmasına ve tıbbi hata oranlarının azalmasına katkı sağlar (Büyükyılmaz, 2017). Son yıllardaki bilimsel gelişmelerle birlikte kanıta dayalı uygulamalara verilen önem, sağlık alanında kullanılan uygulama rehberlerinin sayısında ve çeşidinde artışa neden olmuştur (Çakırcalı, 2000). Bundan sonraki yıllarda da, genel konulara ilişkin uygulama rehberleri ile birlikte spesifik konulardaki uygulama rehberlerinin sayısının da artacağı ve daha spesifik konulardaki uygulama rehberlerinin kullanımının yaygınlaşacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda, hemşirelerin %16,9'unun pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulamaları için doktor isteminin gerekli olduğunu belirlemiştir. Hemşirelerin %27,7'i hastaya pozisyon vermeden ve pozisyon değişimi yapmadan önce doktor orderi olup olmadığını kontrol ettiğini belirtmiştir. Bu sonucun, hastalara pozisyon verme ve pozisyon değişimi konusunda eğitim almayan hemşirelerin bu konuda hastaya zarar verme korkusu ile hareket etmesinden, bu konudaki bilgi yetersizliğine bağlı kendine güven eksikliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Hastalara pozisyon verme ve pozisyon değişimi hemşirelerin bağımsız rolleri arasında yer almaktadır (Demirel ve ark., 2007). Hemşirelerin, hizmet verdikleri bireylere kapsamlı ve etkin bakım sunabilmeleri için kararlarında

bağımsız olmaları gerekmektedir (Kaya, 2000). Hemşirelerin bağımsız rollerini etkin ve yaygın şekilde kullanabilmeleri için, söz konusu konu ve konuya ilişkin yasal düzenlemeler hakkında yeterli düzeyde bilgi sahibi olması gerekmektedir (Sağır, 2006).

Çalışmamızda, hemşirelerin %98'i hastalara pozisyon verilmesinin ve pozisyon değişimi yapılmasının yoğun bakım hemşiresinin temel rol ve sorumlulukları arasında olduğunu ifade etmiştir. Pozisyon verme, yoğun bakım hemşirelerinin temel rol ve sorumlulukları arasındadır (Demirel ve ark., 2007). Pozisyon hem hasta bakım sürecinde ve hem de tıbbi tedavinin ilk basamağında yer alan standart bir hemşirelik girişimidir (Katran,2015). Özellikle, ameliyat sonrası erken dönemde hastaların pozisyonlarının ayarlanması; havayolu açıklığının ve solunumun sağlanmasında, kanama kontrolü ve yara yerinden sıvı drenajının sağlanmasında, ağrı kontrolü ile konforun sağlanmasında tedavi edici bir girişim olarak kullanılmaktadır. Pozisyon değişimi, dokulara giden oksijen miktarını arttırmakta, atelektaziye bağlı gelişen enfeksiyonu önleyerek yoğun bakımda kalış süresinin kısalmasına olanak sağlamaktadır (Bridges, 2001; Krishnagopalan ve ark., 2002).

Çalışmamızda, hemşirelerin %89,9'unun pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulamalarına hastaya bakım veren hemşirenin kendisinin karar verebileceğini düşündüğü saptanmıştır. Bununla birlikte, hemşirelerin %87,2'si yoğun bakımda hasta için kullanacağı pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulamalarına; %89,9'u yoğun bakımda pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulamalarında hasta için gerekli zaman ve süreye kendisinin karar verebildiğini ifade etmiştir. Geleneksel hemşireliğe yönelik yapılan eleştirilerde, hemşireliğin düşünen bir meslekten çok yapan bir meslek olduğuna ilişkin düşünce yer almaktadır (Velioğlu, 1994; Birol, 2004). Pozisyon verme, hemşirelerin bağımsız kararlarından ve girişimlerinden birisidir (Demirel ve ark., 2007). Hemşirelerin pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulamaları konusunda yeterli bilgiye sahip olması, kendine güvenini artırarak pozisyon verme ve pozisyon değişimi konusunda karar verebilmesine olanak sağlamaktadır (Ulusoy, 2001). Hemşirelik temel eğitimi süresince, çeşitli derslerde pozisyon verme ve pozisyon değişimi konusuna yer

verilmektedir (Kuyurtar, 2010). Ayrıca, özellikle yoğun bakım hemşirelerine yönelik eğitimlerde, hastanın hemodinamisini ve prognozunu etkileyebilecek bir faktör olan hemşirelerin pozisyon verme ve pozisyon değişimi konusuna değinilmektedir (Korkut, 2011).

Çalışmamızda, hemşirelerin %83,8'i yoğun bakımda pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulamalarını hasta için gerekli zaman ve süre ile yapabildiğini belirtmiştir. Karadağ ve ark.'nın çalışmasında, yoğun bakımda çalışan hemşirelerin %100'ünün pozisyon verme, dâhiliye servislerinde çalışan hemşirelerin %12,8'inin pozisyon verme uygulamalarını yaptığı belirlenmiştir (Karadağ ve ark., 2007). Çalışma sonuçlarımız, diğer çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda, hemşirelerin %99,3'ü hastaya verebilecek pozisyonları; %99,3'ü pozisyon vermenin ve pozisyon değişiminin amaçlarını; %98,6'sı pozisyon vermenin ve pozisyon değişiminin yararlarını, %99,3'ü pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulamalarının hasta için gerekli zaman ve sürede yapılmadığında hastanın durumunda ortaya çıkabilecek olumsuzlukları bildiğini ifade etmiştir. Hemşirelerin pozisyon verme ve pozisyon değişimi konusundaki bilgilerinin oldukça iyi seviyede olduğu görülmektedir. Bu durumun, hemşirelerin yoğun bakımda çalışıyor olması nedeni ile pozisyon değişimi uygulamasını sıklıkla yapıyor olmalarına ve bu uygulamalarının önemi konusundaki farkındalık düzeylerinin yüksek olmasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda, hemşireler pozisyon verme ve pozisyon değişimi konusunda en fazla dikkat edilmesi gereken noktaların “yatak takımlarının kırıksız, kuru, gergin olması sağlanması”(%93.9), “hastanın mahremiyetine dikkat edilmesi”(%93.9), “hasta yatak içinde dönebiliyorsa pozisyonu değiştirmek için cesaretlendirilmesi”(%93.9), “pozisyon uygulanması sırasında hastanın basınç altında kalan noktaları gözlenmesi” (%93.9) ve “pozisyon verme ve değişimi sırasında hastada ağrı varlığı değerlendirilmesi” (%93.9) olduğunu belirtmişlerdir.

Basınç yaralarının önlenmesinde en önemli noktalardan biri, yatak takımlarının kırıksız, kuru, gergin olması sağlanmasıdır (Kıraner ve ark.,2016 ;

Mert, 2012). Mert tarafından yapılan çalışmada, nemli ve karışık yatak takımlarının basınç yarası oluşumunda etkili olduğu saptanmıştır (Kıraner ve ark.,2016 ; Mert, 2012). Çalışma bulgularımızdan yatak takımlarının kırıksız, kuru, gergin olması sağlanması gerektiği sonucu, nemli ve kırıksız yatak takımlarının basınç yarası oluşumuna neden olabileceği açısından bakıldığında, literatürü destekler niteliktedir.

Mahremiyetin korunması, hemşirelik uygulamalarının önemli bir parçasıdır (Ortaç ve ark.,2013 ; Terzi ve ark., 2011). Terzi ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada hemşirelerin pozisyon verme ve değiştirme uygulaması sırasında mahremiyetin korunmasına dikkat edilmesi gerektiğini düşündüğü saptanmıştır (Terzi ve ark., 2011). Çalışma bulgularımızdan hastanın mahremiyetine dikkat edilmesi gerektiği sonucu, literatürü destekler niteliktedir.

Pozisyon verme ve pozisyon değişimi ağrıya neden olan uygulamalar arasında yer almaktadır (Puntillo ve ark., 2004). Yoğun bakım hastaları pozisyon verme sırasında, yüz buruşturma, rijidite, çekinme, gözleri sıkıca yumma, inleme, yumrukları kenetleme gibi ağrı varlığını gösteren davranışlar sergileyebilmektedir (Puntillo ve ark.,2004). Esen ve ark.'nın çalışmasında pozisyon verme sırasında hastaların %50'sinin bacaklarını karnına doğru çekme, %25'inin entübasyon tüpünü çığneme, %26.7'sinin insizyon yerini destekleme, %20'sinin aynı anda hem insizyon yerini destekleme hem de bacaklarını karnına doğru çekme gibi ağrı varlığına gösteren tepkilerde bulunduğu saptanmıştır (Esen ve ark., 2010). Çalışma bulgularımızdan hastaların pozisyon verme ve değişimi sırasında hastada ağrı varlığı açısından değerlendirilmesi gerektiği sonucu, pozisyon verme ve pozisyon değişikliği sırasında ağrı oluşabileceği açısından bakıldığında, literatürü destekler niteliktedir.

Yoğun bakım hastalarında basınç ülseri görülme sıklığı (%21,7-%49,7) arasında değişmektedir (Gül ve ark., 2016; Pişkin,2012). Basınç ülserinin önlenmesinde, yoğun bakım hemşirelerinin basınç ülseri, basınç ülseri önlenmesi, basınç altında kalan riskli bölgeler, basınç ülseri bakımı ve izlemi konusunda yeterli bilgiye sahip olması gerekmektedir (Gül ve ark., 2016). Kurtuluş Tosun ve ark.'nın yaptığı çalışmada basınç ülserinin en fazla sakral bölgede (%35,9) ve topuklarda (%28) olduğu belirlenmiştir (Kurtuluş Tosun ve ark., 2015). Kıraner ve ark.'nın

alışmasında basınç ülserlerinin en fazla sakrumda geliştiği belirlenmiştir (Kıraner ve ark., 2016). Yine aynı çalışmada, basınç ülserlerinin oluştuğu bölgeler görülme sıklığına göre sırasıyla; sakrum, ayak topukları, iskium, torakenter, skapula, oksipital bölge, omuz başları ve dirsekler olarak saptanmıştır (Kıraner ve ark., 2016). Çalışma bulgularımızdan pozisyon uygulanması sırasında hastanın basınç altında kalan noktaları gözlenmesi gerektiği sonucu, pozisyon verme ve pozisyon değişikliği yapılmadığında basınç ülseri oluşabileceği açısından bakıldığında, literatürü destekler niteliktedir.

Çalışmamızda, hemşireler pozisyon verme ve pozisyon değişimi konusunda en az dikkat edilmesi gereken noktaların “pozisyon verilirken bireyin kaldırılması, sürüklenmemesi”(%91.2), “sırt üstü, oturur, yarı oturur, pozisyonlarda ayak tabanları desteklemesi”(%91.9), “avuç ileri rulo ile desteklenmesi”(%91.9) olduğunu ifade etmişlerdir. Bu durumun, hemşirelerin konu ile ilgili farklı kişilerden ve farklı içeriğe sahip eğitimleri almasından, verilen eğitimlerde en sık vurgu yapılan noktalara odaklanmasından ve çalıştıkları birimde en sık karşılaştıkları sorunlara yoğunlaşmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.4.Karar verme ile ilişkili faktörler

Çalışmamızda, hemşirelerin Karar Verme Stratejileri leğinden aldıkları en yüksek puanın mantıklı sistematik karar verme alt boyutundan ($34,95\pm5,21$), en düşük puanın kararsızlık alt boyutundan ($25,43\pm5,05$) aldıkları saptanmıştır. Kaya ve ark.’nın yaptığı çalışmada, hemşirelerinin Karar Verme Stratejileri leğinin alt boyutlarındaki puan ortalamalarının içtepisel karar vermede’ 22.56, mantıklı karar vermede 27.21, bağımsız karar vermede 20.88 ve kararsız karar vermede 18.95 olduğu belirlenmiştir (Kaya ve ark., 2011). Sucu ve ark., tarafından 2012 yılında yapılan çalışmada, hemşirelerin karar verme stratejileri leğinin mantıklı karar verme alt boyutundan aldıkları ortalama puan 25.39 olarak belirlenmiştir. Çalışma sonuçlarımız, hemşirelerin en yüksek puanı mantıklı karar verme alt boyutundan almaları açısından diğer çalışma sonuçlarına benzerlik göstermektedir. Mantıklı karar verme stratejisi, karar verme, bireyin, akılcı ve rasyonel düşünerek, olası seçenekler hakkında bilgi toplaması, her seçeneğin avantajlarını ve dezavantajlarını dikkate alması ve yaptığı değerlendirmelerin sonucunda en uygun seçeneğe yönelmesi

durumudur. Hemşireler bağımsız ve mantıklı karar verdiklerinde; mesleki açıdan daha başarılı ve uygulamalarında daha girişken olmaktadır (Tosun, 2002).

Çalışmamızda, hemşirelerin cinsiyetinin karar verme stratejilerini etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$). Kaya ve ark.'nın yaptığı çalışmada, hemşirelerin cinsiyetinin Kararsız Karar Verme puanlarını istatistiksel olarak etkilediği saptanmıştır (Kaya ve ark., 2011). Çalışma sonuçlarımız, diğer çalışma sonuçlarından farklılık göstermektedir. Bu durumun, çalışmaların örneklem grubundaki hemşirelerin cinsiyet oranındaki farklılıktan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda, hemşirelerin öğrenim durumunun karar verme stratejilerini etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$). Uysal ve Enç'in çalışmasında hemşirelerin eğitim durumunun içtepesel karar verme, mantıksal karar verme, bağımsız karar verme ve kararsızlık puanlarını etkilemediği saptanmıştır (Uysal ve Enç,2003). Kaya ve ark.'nın yaptığı çalışmada ise, hemşirelerin öğrenim durumunun kararsızlık puanlarını istatistiksel olarak etkilediği saptanmıştır (Kaya ve ark., 2011). Çalışma sonuçlarımız, Uysal ve Enç'in çalışması ile benzerlik gösterirken, Kaya ve ark.'nın çalışma sonuçlarından farklılık göstermektedir. Bu durumun, çalışmamızın Kaya ve ark.'nın çalışmasından farklı olarak yoğun bakımda yapılmış olması ve buna bağlı olarak hemşirelerin büyük çoğunluğunun lisans mezunu olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda, hemşirelerin çalıştığı yoğun bakımlara ve çalışma durumuna ilişkin özelliklerinin karar verme stratejilerini etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$). Kaya ve ark.'nın yaptığı çalışmada mesleki deneyimin hemşirelerin karar verme durumlarını etkilediği, hemşirelerin çalışma süresi azaldıkça karar vermede zorlandıkları saptanmıştır (Kaya ve ark., 2011). Acıbozlar'ın çalışmasında, çalışmasında süresi 16 yılın üzerinde olan yönetici hemşirelerin karar verme stratejileri puanları, çalışma süresi 1-5 yıl ve 11-15 yıl arasında olan yönetici hemşirelerin puanlarından istatistiksel olarak yüksek olduğu belirtilmiştir (Acıbozlar, 2006). Çalışma sonuçlarımız, literatürle farklılık göstermektedir. Bu durumun, bilimsel ve teknolojik gelişmelere bağlı olarak, hemşirelerin karar verme sürecini kolaylaştıracak çok sayıda araç bulunmasına, bilgiye kolay kullanılması ve eğitime

daha fazla önem verilmesine sonucu, günümüzde karar verme becerisini arttırmanın sadece yoğun bakım ve çalışma durumu ile sınırlı kalmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda, pozisyon verme ve pozisyon değişimi yapılmasının gerekli olduğunu düşünme durumu ile karar verme stratejileri ölçeği alt boyutlarından mantıklı/sistemik karar verme alt boyutu arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Çalışmamızda, hemşirelerin hastaya pozisyon vermeden ve pozisyon değişimi yapmadan önce doktor orderi olup olmadığını kontrol etme durumu ve yoğun bakımda hasta için kullanacağı pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulamalarına kendisinin karar verme durumu ile karar verme stratejileri ölçeğinin kararsızlık alt boyutunu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bu durumun, pozisyon verme ve pozisyon değişimi konusunda hemşirelerin hepsinin eğitim almamış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bireylerin karar verme becerilerinde, bilgi düzeyi önemli bir role sahiptir (Akdeniz ve ark., 2004). Hemşirelerin de, hizmet verdikleri bireylere kapsamlı ve etkin bakım sunabilmeleri için kararlarında bağımsız olmaları, bunun için de söz konusu konu ile ilgili bilgi düzeylerinin yeterli olması gerekmektedir (Akdeniz ve ark., 2004).

Çalışmamızda, hemşirelerin karar verme becerisinin farklı açılardan pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulamalarında dikkat edilmesi gereken noktalara ilişkin görüşleri etkilediği saptanmıştır ($p<0.05$). Bu durumun, hemşirelerin çoğunun konu ile ilgili eğitim almış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yoğun bakım hemşirelerinin karar verme becerilerinin pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulamalarına etkisinin değerlendirilmesi amacıyla toplam 148 yoğun bakım hemşiresi üzerinde yapılan çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Yaş ortalamaları $28,70\pm6,47$ olan hemşirelerin %70.3'ü kadındır.
- Hemşirelerin %72.3'ü anestezi ve reanimasyon yoğun bakımda çalışmaktadır ve %83.8'inin çalıştığı yoğun bakım 3.düzeysidir.
- Hemşirelerin yoğun bakımda çalışma süresi ortalama $1,00\pm0,08$ 'dir .

- Hemşirelerin %99.3'ü yoğun bakımda hastaya pozisyon vermenin/pozisyon değişiminin önemli olduğunu düşünmektedir.
- %98'i pozisyon vermenin ve pozisyon değişimi yapılmasının gerekli olduğunu düşünmektedir.
- Hemşirelerin %97.3'ü yoğun bakımda hastalara pozisyon vermekte ve pozisyon değişimi yapmaktadır.
- Hemşirelerin %73.6'ı daha önce hastaya pozisyon verme ve pozisyon değişimi yapma ile ilgili eğitim almıştır.
- Hemşirelerin %16.9'u pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulamaları için doktor isteminin gerekli olduğunu düşünmektedir.
- Hemşirelerin %98'i hastalara pozisyon verilmesinin ve pozisyon değişimi yapılmasının yoğun bakım hemşiresinin temel rol ve sorumlulukları arasında olduğunu ifade etmektedir.
- Hemşirelerin %89.9'u pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulamalarına hastaya bakım veren hemşirenin kendisinin karar verebileceğini düşünmektedir.
- Hemşirelerin Karar Verme Stratejileri ölçeğinden aldıkları en yüksek puanın mantıklı sistematik karar verme alt boyutundan(34,95±5,21), en düşük puanın kararsızlık alt boyutundan (25,43±5,05) aldıkları saptanmıştır.
- Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile çalıştığı yoğun bakımlara ve çalışma durumuna ilişkin özelliklerinin karar verme stratejilerini etkilemediği saptanmıştır(p>0.05).
- Pozisyon verme ve pozisyon değişimi yapılmasının gerekli olduğunu düşünme durumu ile karar verme stratejileri ölçeği alt boyutlarından mantıklı/sistematik karar verme alt boyutu arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır (p<0.05).
- Hemşirelerin hastaya pozisyon vermeden ve pozisyon değişimi yapmadan önce doktor orderı olup olmadığını kontrol etme durumu ve yoğun bakımda hasta için kullanacağı pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulamalarına kendisinin karar verme durumu ile karar verme stratejileri ölçeğinin kararsızlık alt boyutunu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır (p<0.05).

- Çalışmamızda, hemşirelerin karar verme becerisinin farklı açılardan pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulamalarında dikkat edilmesi gereken noktalara ilişkin görüşleri etkilediği saptanmıştır ($p<0.05$).

Bu sonuçlar doğrultusundaki önerilerimiz şunlardır;

- Pozisyon verme ve pozisyon değişimi konusunda hemşirelere yönelik hizmet içi eğitim programlarının hazırlanması ve hemşirelerin devamlı olarak katılımlarının sağlanması,
- Pozisyon verme ve pozisyon değişimi konusunda kanıta dayalı yeni rehberlerin hazırlanması,
- Pozisyon verme ve pozisyon değişimi konusunda hazırlanan rehberlerin uygulamaların standart hale getirilmesi ve bakım kalitesinin artırılması açısından tüm yoğun bakımlarda kullanımının desteklenmesi,
- Hemşirelerin pozisyon verme ve pozisyon değişimi konusundaki karar verme becerilerinin artırılması için bu konudaki ve bu konuya ilişkin yasal düzenlemelere dair eğitimlerin artırılması.
- Hemşirelerin karar verme becerilerinin artırılmasına yönelik uygulamaların artırılması,
- Hemşirelerin çalıştığı birimlerde kullanabilecekleri karar verme araçlarının yaygınlaştırılması.

6.KAYNAKLAR

1. Acıbozlar Ö,(2006) Yönetici Hemşirelerin Karar Verme Stratejileri ve Yaratıcılık Düzeyleri, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
2. Adair, J (2003) Etkili Karar Verme. Babaili Kültür Yayıncılık, İstanbul, s:231-246
3. Akça A.F, (2007)Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar, İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, s:544-576.
4. Akça A.F, (2008) Temel Hemşirelik: Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar. 2. Baskı Medikal Yayıncılık, İstanbul, 51-55.
5. Akça A. F,(2013) Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. 5. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s:520- 522.
6. Akça A.F (Editör), (2011) Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler, Nobel Tıp kitapevleri, İstanbul, s:197-235.
7. Akça A.F, (2007) Temel Hemşirelik Kavramları İlkeler, Uygulamalar, İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, s:123-154.
8. Akdemir N, Birol L, (2004) İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, 2. Baskı, Ankara ,s: 12-18.
9. Akdeniz S, Ünlü H. (2004) Yoğun bakım hemşireliği. Yoğun Bakım Dergisi. 4(3): 179-185.
10. Akıncı İÖ, Tunalı U, Kuzey AA, ve diğerleri (2011) Effects of prone and jackknife positioning on lumbar disc herniation surgery. J Neurosurg Anesthesiol, 23: 318-22.
11. Akıncı SB. (2003) Kritik Hastada Hemodinamik Monitörizasyon. Yoğun Bakım Dergisi, 3(1): 5-21.
12. Akpir K, (2002) Yoğun bakım serüveni: Dün bugün. Yoğun Bakım Derneği Dergisi, 1,6-12.3.
13. Akpir K,(2004) Türkiye’de Yoğun Bakım. Türk Anest Rean Der Dergisi, 32, 335-343.

14. Arslangiray D (2010) , Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Öncesi Spirometre ile Yapılan Derin Solunum Egzersiz Eğitiminin Ameliyat Sonrası Ventilasyona Etkisi, Acil Ve Yoğun Bakım Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
15. Atabek A, Karadağ T., (2007) Klinik Uygulama Yöntemleri ve Becerileri. Nobel Tıp Kitapevi, Adana, 224-301
16. Azak A , Taşçı S (2009) Klinik Karar Verme ve Hemşirelik Türkiye Klinikleri J Med Ethics ;17(3):176-183.
17. Badır A, Eti Aslan F,(2003) Yoğun bakım ünitelerinde çok konuşulan, az sorgulanan bir konu: Ağrı. Yoğun Bakım Hemşireler Dergisi; 7(2): 100- 108
18. Bahar M,(2011) Yoğun bakımda monitorizasyondan yararlanma. Yoğun Bakım Derneği Dergisi, 9: 110-115.
19. Bakan İ, Büyükbeşe T,(2005) Katılımcı Karar Verme: Çalışanları Hangi Düzeylerde Kararlara Katılmak İsterler? Afyon Kocatepe Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi;2(VI I):23-47.
20. Balık T, Öztürk, H (2016)Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin hemşirelik personelinin güçlendirilmesine ilişkin görüşleri. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 3:3, 140-152.
21. Bayram Z, Alıcı G, Alagöz Demirbaş M , (2006)Temel Sağlık Bilgisi, 1.Baskı, Feza Gazetecilik, İstanbul,s:150-167.
22. Beğer T,(2004) Yoğun Bakımda Dekibüt Ülserleri: Risk Faktörleri ve Önlenmesi. YoğunBakım Dergisi 4(4), s:244- 253.
23. Birol L, (2004) Hemşirelik Süreci. (Genişletilmiş 6 baskı),Etki Matbaacılık, İzmir, s: 30-34.
24. Büyükyılmaz F, Özbasan A,(2017) Yoğun Bakım Ünitelerinde Koruyucu Hasta Pozisyonları, Egzersiz ve Mobilizasyon: Güvenli Uygulama Rehberi F.N. Hem. Derg, 25(2): 139-144.
25. Caraviello KAP, Nemeth LS, Dumas BP,(2010) Using the beach chair position in ICU patients. Crit Care Nurse, 30: 9-12.
26. Cresswell AB, Jassem W, Srinivasan P, et. al. (2012). The effect of body position on compartmental intra-abdominal pressure following liver transplantation. Annals of Intensive Care, 2(Suppl 1): 2-12.

27. Culpeper LS, Skaggs RL. (2008). The impact of continuous lateral rotation therapy in overall clinical and financial outcomes of critically ill patients. Crit Care Nurs, 31 (3): 270-279.
28. Çakırcalı E (2000) , Hasta Bakımı ve Tedavisinde Temel İlke ve Uygulamalar, 3. Baskı Güven&Nobel Kitapevleri, İzmir,s:184-197.
29. Çamcı E. (2006). Fonksiyonel Hemodinamik Monitörizasyon. Türk Yoğun Bakım Dergisi, 4(2): 41-48.
30. Çelik S, Aksoy G. (2006) Yoğun bakım hastalarında pozisyon değişimi ve sırt masajının arteriyel kan gazları, kalp hızı, kan basıncı üzerine etkileri. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 10(1-2): 7-13.
31. Çetinkaya A, Özbaşaran F,(2004)Üniversite Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin İş Doyumu Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi ;20(1):57-76.
32. Dağlı A, (2004) Problem çözme ve karar verme. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi; 3: 41-49.
33. Demir G, Bingöl N, Karagöz S ,(2007) ilk Yardım Kaynak Kitabı, Türk Hava Kurumu Matbaası, Ankara.
34. Davis K, Johannigman JA, Campel RS, et al. (2001),The acute effects of body position strategies and respiratory therapy in paralyzed patients with acute lung injury. Critical Care, 5:81-87.
35. Dede M, Çınar S , (2008) Dâhiliye Yoğun Bakım Hemşirelerinin Karşılaştıkları Güçlükler ve İş Doyumlarının Belirlenmesi Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 1(1) :15-20
36. Delaune SC, Ladner PK, (2011) Mobility. Fundamentals of Nursing Standars & Practice. Fourth Edition, Delmar.
37. Demirel M, Demiralp CÖ, Yormuk E, (2007) 2000- 2005 yılları arası bası yaraları: klinik deneyimler. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası;60(2):81-7.
38. Dewit SC. (2009). Lifting, Moving and Positioning Patients. Fundamental Concepts And Skills for Nursing. Third Edition, Saunders Elsevier.
39. Dinçer ve ark. (2013) Pron pozisyonda PEEP uygulamasının solunum mekaniği ve arteriyel oksijenizasyon üzerine etkileri Marmara Medical Journal; 26 S :146-150

40. Dirkes S, Dickinson S, Havey R, (2012) Prone positioning is it safe and effective?.Crit Care Nurs. 35 (1): 64-75.
 41. Drakulovic MB, Torres A, Bauer TT, et al, (1999) Supine body position as a risk factor for nosocomial pneumonia in mechanically ventilated patients: a randomized trial. Lancet, 354: 1851-58.
 42. Durna Z, (2013) İç Hastalıkları Hemşireliği, Akademi Basın, İstanbul,s:178-196.
 43. Durna Z,(2012) Kronik Hastalıklar ve Bakım, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul,s:520-558.
 44. Durmaz Ş, Kaçar Z, Can S, (2007) Çanakkale sağlık yüksekokulu öğrencilerinin problem çözme becerileri (PÇB) ve etkileyen bazı faktörler. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 10(4): 63-71.
 45. Durualp E, Arslan D, Çayıroğlu E, ve diğerleri , Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sosyal becerilerinin problem çözme üzerine etkisinin incelenmesi. I. Uluslararası Eğitim Bilimleri Kongresi, Türkiye: Çanakkale. <http://oc.eab.org.tr/egtconf/pdfkitap/pdf/338.pdf>. (erişim tarihi:3.8.2018).
 46. Eftelli EÜ, Güneş Ü , (2014) Basınç yarası gelişiminde perfüzyon değerlerinin etkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi;17 (3):140-4.
 47. Emhan A, (2007) Karar Verme Süreci ve Bu Süreçte Bilişim Sistemlerinin Kullanılması. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi;21(6):212-24.
 48. Enç, N,(1992) Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Kritik Durumlarda Hemen Karar Verme İşlevini Analizi. Yayınlanmış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 112.
-
49. Erdem Y, Erkal İ, (2010). Acil Bakım Hemşireliği Kurs Kitabı. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara. S: 318-372.
 50. Erol Ö, Enç N, (2009) Yoğun bakım alan hastaların uyku sorunları ve hemşirelik girişimleri. Türkiye Klinikleri J Nurs. Sci; 1(1): 24-31.
 51. Esen H, Öntürk ZK, Badır A,ve diğerleri , (2010) Entübe ve sedatize yoğun bakım hastalarının pozisyon verme ve aspirasyon sırasındaki ağrı davranışları. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1: 89-93.
 52. Eşer İ, Hakverdioğlu G, (2006) Fiziksel Tespit Uygulamaya Karar Verme. Cumhuriyet Üniversitesi HYO Dergisi ;10(1):37-42.

53. Eşer İ, Khorshid L, Demir Y , (2007) Yoğun Bakım Hemşirelerinde Eleştirel Düşünme Eğilimi Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 11(3) 18-26
54. Eroğlu A , (2006) Yoğun bakımda ısı monitorizasyonu. Türk Yoğun Bakım Dergisi, 4(2): 58 60.
55. Ertekin C, Çertuğ A, Atıcı A ,(2006) Temel Eğitim Kitabı, Onur Matbaacılık, Ankara,s:259-273.
56. Hovardaoğlu A, Şenocak L ,(2002) Meslek Esasları Teknikleri ders kitabı, Hatiboğlu Yayınları,İstanbul,s:226-271.
57. Fife C, Otto G, Capsuto EG, et al, (2002). Incidence of pressure ulcers in a neurologic intensive care unit. Crit Care Med, 29(2): 283-290.
58. Gencer ZE, Özkan Ö, (2015) Basınç ülserleri süveyans raporları. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi;13:26-30.
59. Grap M.J , Munro C , (2005) Quality improvement in backrest elevation: improving outcomes in critical care. *AACN Clinical Issues: Advanced Practice in Acute & Critical Care*. 16(2), 133-139.
60. Griffiths H, Galimore D, (2005) Positioning critically ill patients in hospital. Nursing Standard, 19(42): 56-64.
61. Gümüş A, Emsal T, Uğuz A, (2008) Meslek Esasları ve Tekniği, Palme Yayınevi, Ankara,s:103-125.
62. Gündoğdu Eİ, (2008) Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin hemodinamik monitorizasyonu bakımında kullanımı ve etkileyen faktörlerin saptanması. T.C. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı. Yüksek lisans tezi. Ankara.
63. Gül YG, Köprülü AŞ, Haspolat A, (2016) Braden risk değerlendirme skalası yoğun bakım ünitesinde tedavi gören 3. düzey hastalarda basınç ülseri oluşumu riskini değerlendirmekte güvenilir ve yeterli mi? JAREM;6: 98-104.
64. Hatipoğlu S , (2002) Cerrahi yoğun bakım hemşireliği ilkeleri. Gülhane Tıp Dergisi, 44 (4), 475 – 479.
65. Harkreader H, Hogan MA, Thobaben M , (2007) Activity-Exercise Pattern. Fundamentals of Nursing. Third Edition, Saunders Elsevier.

66. Hudack ME, (2013) Prone positioning for patients with ARDS. The Nurse Practitioner, 38(6): 10-12.
67. İraz R, (2004) Organizasyonlar da Karar Verme ve İletişim Sürecinin Etkinliği Bakımından Bilgi Teknolojilerinin Rolü. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi;11:407-22.
68. Karadağ A,(2003) Basınç ülserleri: değerlendirme, önleme ve tedavi C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7(2): 41-48.
69. Katran HB, (2015) Bir cerrahi yoğun bakım ünitesinde bası yarası görülme sıklığı ve bası yarası gelişimini etkileyen risk faktörlerinin irdelenmesi. G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN ;1(1):8-14.
70. Kaya H,(2000) Karar Verme Hemşirelik Eğitimi. Hemşirelik Bülten. 12(46), s: 75-80.
71. Kaya N, Turan N, (2012) Hareket ve egzersiz. Editör: Aştı T.A, Karadağ A. Hemşirelik Esasları. Hemşirelik Bilimi ve Sanatı, Akademi Basın Yayıncılık İstanbul, S:321-389.
72. Kaya N, Solmaz Ş,(2008) Kulak burun boğaz hemşirelerinin sosyotropi-otonomi düzeyleri ve diğer klinik hemşireleri ile karşılaştırılması. Hastane Yönetimi 2008; 12: 50-55.
73. Kaya N , Terzi B (2011) Yoğun bakım hastasında hemşirelik bakımı. Yoğun Bakım Derg, (1), 21-5.
74. Karadakovan A, Eti Aslan F, (2011) Dâhili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Nobel Kitapevi, Adana, s:68-97.
75. Kelebek G N, Kurhan E G, (2007) Bası yarası bakımı. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi;5(Özel sayı):11-13.
76. Kelleci M, Gölbaşı Z (2004) Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Problem Çözme Becerilerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.; 8(2): 1-8.
77. Kıraner E, Terzi B , Uzun E.A, (2016)Yoğun Bakım Ünitemizdeki Basınç Yarası İnsidansı ve Risk Faktörlerinin Belirlenmesi Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi;20(2): 78-83
78. Kıvanç MM , (2010) Yoğun Bakım Hemşireliği. Editör: Karadakovan A. , Aslan F.E. , Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Adana: Nobel Kitabevi S: 1429-1438.

79. Korhan A, Demiray A, Akça A, ve diğerleri (2015) Yoğun bakım ünitesinde hemşirelik tanılarının belirlenmesi ve NANDA tanılarına göre değerlendirilmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 5 (1), 16-21.
80. Korkut H, (2011) Vücut mekanikleri, taşıma ve pozisyon verme, Nobel Kitabevi. Adana, s: 487-533.
81. Kuyurtar F ,(2010) Hastalara verilen pozisyonun oksijenlenmeye etkisi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 5(14): 15-24.
82. Kuşuoğlu S,(2004) Acil Bakım. (Editör: Şelimen D.) Genişletilmiş 3. Baskı. Yüce Yayın. İstanbul,s:148-157.
83. Kuzgun Y,(1992) Karar Stratejileri Ölçeği: Geliştirilmesi ve Standardizasyonu. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Türk Psikologlar Derneği Yayını, Ankara, s:161-170.
84. Memiş D, Turan A, Karamanlıoğlu B, ve diğerleri, (2005) Sırtüstü ve Yüzüstü Pozisyonda Uygulanan Total İntravenöz Anestezi ve İnhalasyon Anestezisinin İntraabdominal Basınç Üzerine Etkisi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 22(1):11-15.
85. Mert ÖA,(2012) Yoğun bakımda yatan hastaların basınç yarası risklerinin saptanması ve hemşirelik bakım uygulamalarının belirlenmesi. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
86. Ortaç E. E, Öcal S, Öz A, (2013)Yoğun bakım hastalarında bası yarası gelişiminde rol oynayabilecek risk faktörlerinin değerlendirmesi. Yoğun Bakım Derg;4:9-12
87. Özata M, Aslan Ş, (2004)Klinik Karar Destek Sistemleri ve Örnek Uygulamalar. Kocatepe Tıp Dergisi;5:11-8.
88. Öz G, Polat H, Bayer A,(2007) Meslek Esasları ve Tekniği, 3.Baskı Songür Yayınevi.
89. Öztürk CH, Öner İÖ, Çelebi E, (2009)Üniversite öğrencilerinde eğitimin sorun çözme becerisine etkisinin incelenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi; 4(10): 35-58.
90. Pişkin A,(2012) Düünden Bugüne Yoğun Bakım Hemşireliği. Günümüzde Yoğun Bakım Hemşireliği Sempozyum (1-11). Yeditepe Üniversitesi, İstanbul

91. Pozisyonlar- Hemşirelik. (2012). T.C. Milli Eğitim Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri, Ankara.
92. Ulusoy F, Görgülü S,(2001) Hasta Bakımında Temel Koruyucu Pozisyonlar. Hemşirelik Esasları. Cilt 1, 5. Baskı, Ankara,s:128-174.
93. Rowe C. (2004). Development of clinical guidelines for prone positioning in critically ill adults. Nursing in Critical Care, 9(2): 50-57.
94. Sabuncu N, Akça A F,(2010) Klinik Beceriler: Sağlığın Değerlendirilmesi. 1.Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri,İstanbul, s: 356- 357.
95. Sağır C ,(2006) Karar Verme Sürecini Etkileyen Faktörler Ve Karar Verme Sürecinde Etiğin Önemi: Uygulamalı Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Edirne.
96. Sardoğan ME, Karahan TF, Kaygusuz C. (2006) Üniversite Öğrencilerinin Kullandıkları Kararsızlık Stratejilerinin Problem Çözme Becerisi, Cinsiyet, Sınıf Düzeyi ve Fakülte Türüne Göre İncelenmesi. Mersin Üniver sitesi Eğitim Fakültesi Dergisi ;1(2):78-97.
97. Sönmez D. D, Terzi B, Yakut T, (2014) Basınç yarasında ne durumdayız?: pediatri yoğun bakım ünitemizdeki son bir yıllık veri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi;17(4):239-244
98. Şahinoğlu AH,(2012) Yoğun bakımın doğuşu, gelişmesi ve genel ilkelerin Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavi İlkeleri. Şahinoğlu AH Ed. 1. Baskı, Ankara, Türkiye Klinikleri Yayınevi,p. 3-4
99. Şendir M, Büyükyılmaz F, Aktaş A ,(2012) Doku bütünlüğünün sağlanması ve yara bakımı, İstanbul, s:45-62
100. Tabak, R.S, Somyürek İ, (2008) Temel İlk Yardım ve Acil Bakım. Ankara: Palme Yayıncılık,Ankara,s:198-213
101. Taşçı S,(2005) Hemşirelikte Problem Çözme Süreci. Sağlık Bilimleri Dergisi Hemşirelik Özel Sayısı; 14:73-78.
102. Terzi B, Kaya N, (2011)Yoğun bakım hastasında hemşirelik bakımı. Yoğun Bakım Derg;2(1):21-5.
103. Tezel A, Arslan S, Topal M, (2009) Hemşirelik öğrencilerinin problem çözme becerileri ve depresyon düzeylerinin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(4): 1-10.

104. Tokgöz OS, Demir O,(2010)Nöroloji yoğun bakım ünitesinde bası yara insidansı ve risk faktörleri. Selçuk Üniv. Tıp Derg;26(3):95-8.
105. Tosun N,(2002) Sağlık Ekibinin Karar Verme Sürecinde Hemşirenin Rolü. Editörler: Koçar İH, Erikçi S,Baykal Y, İç Hastalıkların da Karar Verme. Gata Basımevi Ankara:,s:117-22.
106. Uçan Ö, Taşçı S, Ovayolu N,(2008) Eleştirel Düşünme ve Hemşirelik. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi.3(7): 17-27.
107. Ulusoy F, Görgülü S, (2001) Hasta Bakımında Temel Koruyucu Pozisyonlar. Hemşirelik Esasları. Cilt 1, 5. Baskı, Ankara,s:159-201.
108. Ulusoy MF, Görgülü RS, (2001) Hemşirelik Esasları, Temel, Kuram, Kavram, İlke ve Yöntemler. Ankara,s:94-123.
109. Uyar M, Korhan EA, (2011) Yoğun bakım hastalarında müzik terapinin ağrı ve anksiyete üzerine etkisi. Ağrı, 23(4): 139-146.
110. Vollman KM , (2004) The right position at the right time: mobility makes a difference. Intensive and Critical Care Nursing, 20(4): 179-182.
111. Yıldırım GÖ, Yavuz M,(2009) Yoğun bakımlarda hastalara verilen sırtüstü pozisyonların hemodinamik ve fizyolojik ölçümlere olan etkileri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2(2): 94-99.
112. Yıldırım B, (2010) Hemşirelikte Eleştirel Düşünme Uygulamalı Yaklaşım, Tuna Matbaacılık, Aydın, s:8-24.
113. Yıldırım F, Ulupınar S, (2010) Yoğun bakım hemşirelerinin sürekli eğitimlerden yararlanma durumları. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 14;2, 37-44.
114. Yıldırım G.Ö, Yavuz M,(2010). Kalp ameliyatı sonrası hasta pozisyonunun hemodinamik ölçümlere etkisi. Türkiye Klinikleri Journal of Cardiovascular Science, 22(1), 69-74.
115. Yıldırım Ö.B, (2011) Sağlık Profesyonellerinde Eleştirel Düşünme. Editör: Ay FA. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, s:106-115.
116. Yılmaz A, (2014) Kanser hastalarının Bakımına Yönelik Klinik Karar Destek Sisteminin Uygulanması ve Hemşirelerin Görüşleri, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara

117. Yılmaz E, Karaca F, Yılmaz E, (2009)Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin problem çözme becerilerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 12(1):38-48
118. Yurdalan U.S , (2011) Yoğun Bakım Ünitelerinde Güncel Fizyoterapi Yaklaşımları Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi Cilt: 1, Sayı: 3,
119. Winn ME (2005). Turning patients to the prone position. Liverpool Health Service İntensive Care Unit, 1-6.

7.EKLER

EK-1: Genel Bilgi Formu

Değerli katılımcı;

Bu araştırma, yoğun bakım hemşirelerinin karar verme becerilerinin pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulamalarına etkisinin değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır. Soruları eksiksiz şekilde doldurarak verdiğiniz katkidan dolayı teşekkür ederiz.

SORULAR

Hastane adı:..... Yoğun bakımın
adı:.....Yoğun bakım düzeyi:.....

Yaş:..... Cinsiyet:1.Kadın 2.Erkek

Öğrenim Durumu: 1.Lise (SML) 2.Yüksekokul (Önlisans-2yıl) 3.üniversite (Lisans-4yıl) 4:Lisansüstü

Meslekte Çalışma Süresi:.....Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışma Süresi:.....

Çalıştığınız birim ve çalışma süreniz:

1.Klinik(süre:....) 2.Acil servis(süre:.....) 3.Ameliyathane(süre:.....) 4.Poliklinik(süre:.....) 5.Diğer:

Ekonomik Durum : 1.Gelir giderden az 2.Gelir gidere denk 3.Gelir giderden çok

Medeni durum: 1 Evli 2.Bekar 3.diğer (ayrı yaşıyor vs.)

Evlilik süresi:..... Evlilik yaşı:.....Çocuk sayısı:..... Eşin
mesleği:.....

Daha önce hiç yoğun bakımda yattınız mı? 1. Evet (Neden?.....süre:.....)2.Hayır

Daha önce hiç yakınlarınızdan biri yoğun bakımda yattı mı? 1. Evet (Neden?.....süre:.....)2.Hayır

Daha önce hastaya pozisyon verme ile ilgili eğitim aldınız mı? 1.Evet 2. Hayır

Yoğun bakımda hastaya pozisyon vermek önemli midir? 1.Evet 2. Hayır

Yoğun bakımda hastanın pozisyon değişiminin yapılması gerekli midir? 1.Evet 2. Hayır

Hastaya pozisyon verme ve pozisyon değişimi ile ilgili kurum içi herhangi bir eğitim aldınız mı? 1.Evet 2. Hayır

Hastaya pozisyon verme ve pozisyon değişimi ile ilgili literatürü takip ediyor musunuz? 1.Evet 2. Hayır

Çalıştığınız yoğun bakımda pozisyon verme ilgili kullanabileceğiniz standart uygulama rehberi var mı? 1.Evet 2.
Hayır

Yoğun bakımda hastalara pozisyon veriyor musunuz? 1.Evet 2. Hayır

İfadeler	Evet	Hayır
Pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulamaları için doktor istemi gerekir.		
Yoğun bakım hemşiresinin hastalara pozisyon vermesi ve pozisyon değişimi yapması temel rol ve sorumlulukları arasındadır.		
Pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulamalarına hastaya bakım veren hemşire kendisi karar verebilir.		
Hastaya pozisyon vermeden ve pozisyon değişimi yapmadan önce doktor orderı olup olmadığını kontrol ederim.		
Yoğun bakımda hasta için kullanacağım pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulamalarına kendim karar verebilirim.		
Yoğun bakımda pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulamalarında hasta için gerekli zaman ve süreye karar verebilirim.		
Yoğun bakımda pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulamaları hasta için gerekli zaman ve süre ile yapabiliyorum.		
Hastaya verebilecek pozisyonları biliyorum.		
Pozisyon vermenin amaçlarını biliyorum.		
Pozisyon vermenin yararlarını biliyorum.		
Pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulamaları hasta için gerekli zaman ve sürede yapılmazsa hastanın durumunda ortaya çıkabilecek olumsuzlukları biliyorum.		

Pozisyon verme işlemi sırasında dikkat edilecek noktalar	Evet	Hayır
Bir organın yükü diğer organa bindirilmemeli		
Baş, boyun, bel, diz ve dirsek boşlukları desteklenmeli		
Sırt üstü, oturur, yarı oturur, pozisyonlarda ayak tabanları desteklemeli		
Sırt üstü ve lateral pozisyonlarda omurga ekseninin düzgünlüğünün bozulmaması sağlanmalı		
Avuç içleri rulo ile desteklenmeli		
Hastada var olan alçı, kateter, entübasyon tüpü ve ekleri, kabloların işleyişlerine zarar vermeden uygulama sağlanmalı		
İşlem sırasında IV set, monitör kablosu v.b deriye basınç uygulayabilecek ajanların hastadan uzak tutulmasına özen gösterilmeli		
Yatak takımlarının kırışksız, kuru, gergin olması sağlanmalı		
Hastanın mahremiyetine dikkat edilmeli		
Hastanın durumu değerlendirilerek pozisyon değişim sıklığı belirlenmeli		
Hasta yatak içinde dönebiliyorsa pozisyonu değiştirmek için cesaretlendirilmeli		
Hastanın tanısı, tedavisi ve cerrahi durumuna göre tanılama yapılmalı		
Hastanın giysilerinin bası yarasına kaynak oluşturması engellenmeli		
Pozisyon verilirken birey kaldırılmalı, sürüklenmemeli		
Pozisyon uygulanması sırasında hastanın basınç altında kalan noktaları gözlenmeli		
Hastanın verilen pozisyonu tolere edip edemediği değerlendirilmeli	.	
Pozisyon verme ve değişimi sırasında hastada ağrı varlığı değerlendirilmeli		

EK-2: Karar Verme Stratejileri Ölçeği

Açıklama Bu ölçek karar vermede benimsenen davranış biçimlerini ölçmek amacı ile hazırlanmıştır. Sizden istenen, soruları dikkatle okuyup size uygun olan seçeneğin altındaki aralığı karalamanızdır. Hiçbir soruyu atlamadan, içinizden geldiği gibi cevaplamaya çalışınız.

Sorular	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
1) Bir konuda karar verirken içinizden gelen sese göre davranır mısınız?					
2) Bir şey almak için pek çok mağazayı gezer, kaliteyi ve fiyatları karşılaştırır mısınız?					
3) Bir konuda karar vermeden önce durumu çok iyi inceler, seçenekleri inceden inceye araştırır mısınız?					
4) Beğenerek satın aldığınız bir şeyi başkaları sizin kadar beğenmezse aldığınızdan soğur musunuz?					
5) Her konuda güç karar veren bir kişi olarak tanınır mısınız?					
6) Bir konuda karar vermeniz gerektiğinde her sorunun olumlu ve olumsuz yanlarını uzun uzadıya araştırır mısınız?					
7) Bir konuda karar verdikten hemen sonra kararınızın doğruluğundan kuşku duyar, değiştirme isteği duyar mısınız?					
8) Bir geziye çıkacağınız sırada programınızı sık sık değiştirdiğiniz, yanınıza neleri almanız gerektiğine bir türlü karar veremediğiniz olur mu?					
9) Seçenekler hakkında etraflı bilgi toplamadan karar verme durumunda kaldığınızda rahatsızlık duyar mısınız?					
10) Sizin hakkınızda başkaları karar vermeye kalktığı zaman rahatsızlık duyar, tepki verir misiniz?					
11) Uzun kararsızlık döneminden sıkılır, hemen o an için uygun bulduğunuz bir seçeneği kabul eder, onunla mutlu olmaya bakar mısınız?					
12) Kendi başınıza karar vermek zorunda kaldığınızda kaygı ve sıkıntı yaşar mısınız?					
13) Mektuplarınızı postaya vermeden önce birkaç defa okuyup yazdıklarınızı değiştirir misiniz?					
14) Bir karar verirken, başkalarının size yol göstermesini, akıl vermesini ister misiniz?					
15) Bir konuda karar vermeden önce seçenekleri çok iyi incelemenin, her birinin istenen ve istenmeyen yönlerini tartmanın yorucu ve gereksiz bir işlem olduğunu düşünür müsünüz?					
16) Sınavlarda yanıtlarınızı sık sık değiştirdiğiniz için sınav süresinin bitiminde kâğıdınızı hala veremediğiniz olur mu?					
17) Sınavlardan çıktıktan sonra, hatalarınızı öğrenmekle canınızın sıkılacağını düşünerek, yanıtlarınızın doğru olup olmadığını araştırmaktan kaçınır mısınız?					
18) Seçenekleri inceden inceye araştırmanın vakit kaybı olduğunu, çok inceledikçe karar vermenin güçleşeceğini düşünür, ilk anda size çekici gelen seçeneğe yönelmeyi rahatlatıcı bulur musunuz?					
19) Kendi bildiğine giden bir kişi olarak tanınır mısınız?					
20) Güç karar veren bir insan olduğunuz için çok güzel fırsatları kaçırdığınız olur mu?					
21) İnsanın içinden gelen sesin onu doğruya götürdüğüne inanır mısınız?					

22) Kendi başınıza karar verir, başkaları kararınızın sakıncalarını söylediler de kararınızda ısrar eder misiniz?					
23) Karar vermeden önce seçenekler hakkında bilgi toplamaya kalktığınızda, birbiri ile çelişen bilgilerle karşılaşınca ne yapacağınızı şaşırır mısınız?					
Sorular	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
24) Karar verirken acele eder, ondan sonra da verdiğiniz kararı beğenmeyip değiştirmeye kalkar mısınız?					
25) Karar verirken başkalarının o konuda nasıl davrandığına bakar, ona göre davranır mısınız?					
26) Karar vermeden önce uzun araştırma döneminin yarattığı sıkıntıya hemen son vermek için o anda size çekici gelen seçeneğe yönelir misiniz?					
27) “İnsanın karar verirken ne istediğini çok iyi bilmesi gerekir” diye düşünür müsünüz?					
28) “Bir karar verme durumunda, bir seçeneğe yönelirken, kazanç ve kayıpları uzun uzadıya düşünmenin yararı yoktur, çünkü geleceğin ne getireceğini kimse bilemez. Bu nedenle o anda aklın yattığı seçeneğe yönelmek en doğrudur” diye düşünür müsünüz?					
29) Hakkında etraflı araştırma yapmadan bir kimseyle yakın arkadaşlık kurmayı sakıncalı bulur musunuz?					
30) Herkesi hoşnut edecek karar almak mümkün olmadığı için kararlarınızın öncelikle sizi hoşnut etmesinin yeterli olduğunu düşünür müsünüz?					
31) “İnsan kararlarını kendisi vermeli ve bunun sorumluluğunu da taşımalıdır” diye düşünür müsünüz?					
32) “Bir şeyi çok istersem güzel tesadüfler sonucu ona ulaşabilirim” diye düşünür ve karar verirken, gerçekleşme olasılığı diğer seçeneklere göre daha zayıf olsa da size çekici gelen seçeneğe yönelir misiniz?					
33) Hoşunuza giden bir seçeneğe yönelmeden önce neler kazanıp neler kaybedeceğinizi etraflıca değerlendirir misiniz?					
34) Gerçekleşme olasılığı zayıf olan seçenekler üzerinde durmaz, canınız çok çekmese de sizi kesin olarak sonuca götürecek seçeneği tercih eder misiniz?					
35) Karar verirken seçeneklerin gerçekleşme olasılıklarını dikkate almaz, sadece ne derece hoşunuza gittiğine bakar mısınız?					
36) Bir karar verdikten sonra seçtiğiniz yolun yararlarından çok sakıncalarını görmeye başlar ve değiştirme isteği duyar mısınız?					
37) Başkalarına danışmadan verdiğiniz kararlardan pişman olur musunuz?					
38) Bir karar verme durumunda, bir seçeneğe yönelirken neler kazanıp neler kaybedeceğinizi etraflıca düşünür müsünüz?					
39) Verdiğiniz kararı biraz sonra beğenmez “Acaba öbür yolu deneseydim” der misiniz?					
40) Karar vermeden önce çeşitli kaynaklardan aldığınız bilgiler arasında çelişki varsa nedenini araştırır mısınız?					

EK-3: ETİK KURUL ONAYI

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU									
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Yoğun bakım hemşirelerinin karar verme becerilerinin pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulamalarına etkisinin değerlendirilmesi							
KARAR BİLGİLERİ		Karar No : 2017-2/ 4		Tarih : 14 Şubat 2017					
		Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak değerlendirildi. 1-Araştırmanın yapılmasının uygun olduğuna, 2-Araştırmanın yürütülmesi sırasında Etik kurul kaşesi bulunan "Onam" formunun kullanılması ve bu formun çalışmaya katılan gönüllülere çalışma hakkında sözlü bilgi verilmesi sonrasında eksiksiz bir şekilde doldurulmasına, 3-Araştırmanın başlama tarihinin bildirilmesi ve araştırma tamamlandığında özet bir sonuç raporunun hazırlanarak kurulumuza iletilmesine, 4-Araştırma protokolünde ve başvuru formunda yapılacak tüm değişiklikler için Etik Kuruldan izin alınması gerektiğinin sorumlu araştırmacılara iletilmesine oybirliği ile karar verildi.							
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU									
ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu							
BAŞKANIN UNVANI/ADI SOYADI		Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU							
ÜYELER									
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi		Katılım *		İmza	
Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	U.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐		
Prof.Dr.Elif BAŞAĞAN MOĞOL Başkan Yardımcısı	Anesteziyoloji	U.Ü.T.F. Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐		
Prof.Dr.Mehmet CANSEV Üye	Farmakoloji	U.Ü.T.F. Tıbbi Farmakoloji AD	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐		
Doç.Dr.Alpaslan TÜRKKAN Üye	Halk Sağlığı	U.Ü.T.F. Halk Sağlığı AD	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐		
Doç.Dr.Pınar VURAL Üye	Pediyatri	U.Ü.T.F. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐		
Doç.Dr.Hilal ÖZKAN Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	U.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐		
Doç.Dr.Hasan ARI Üye	Kardiyoloji	Bursa Yüksek İhtisas EAH Kardiyoloji Kliniği	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐		
Yrd.Doç.Dr.Tuna GÜLTEN Üye	Tıbbi Genetik	U.Ü.T.F. Tıbbi Genetik AD	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐		
Yrd.Doç.Dr.Çiğdem Mine YILMAZ Üye	Hukuk	U.Ü.Hukuk Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐		
Yrd.Doç.Dr.Engin SAĞDİLEK Üye	Biyofizik	U.Ü.T.F. Biyofizik AD	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐		
Yrd.Doç.Dr.Sezer ERER KAFA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	U.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik AD	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐		
Uz.Dr.Kağan HUYSAL Üye	Biyokimya	Bursa Yüksek İhtisas EAH Biyokimya	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	Katılmadı	
Oğuzhan KUM Üye	Sağlık mesleği mensubu olmayan üye	Serbest Meslek	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐		

*:Toplamda Bulunma

Sayfa 2

8.TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde, değerli bilgilerini ve tecrübelerini her daim benimle paylaşan, saygınlığını ve bilgisini benden esirgemeyen, kullandığı her kelimenin hayatıma kattığı önemi ve değerini asla unutamayacağım saygıdeğer danışman hocam Doç. Dr. Hicran YILDIZ'a, lisans eğitiminden beri katkı ve önerilerini esirgemeyen ve beni her zaman destekleyen Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı hocalarıma, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan ve çalışmam boyunca benden desteklerini esirgemeyen değerli çalışma arkadaşlarıma, Bursa Kamu Hastaneler Birliği bünyesindeki meslektaşlarıma ve her zaman yanımda olan, bu çalışmanın her anında bana destek olan kıymetli eşime, kızıma ve aileme sonsuz teşekkürler...

9.ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Seyfettin DÖNMEZ
Doğum tarihi	: 28.12.1987
Doğum yeri	: Muş
Medeni hali	: Evli
Uyruğu	: T.C
Adres	: Bağlaraltı Mah.,Cebel Cad.,Klas Park Evleri , B-Blok, Daire:19, Yıldırım\BURSA
Tel	: 05385759022
E-mail	: seyfettin49@windowlive.com
EĞİTİM	
Lise	: Muş Anadolu Lisesi
Lisans	: Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu (2008-2012)
Yüksek Lisans	: Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı (2015 – halen)