

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

**GASTROSTOMİ BAKIMINDA KANITA DAYALI HEMŞİRELİK
BAKIM PAKETİNİN GELİŞTİRİLMESİ ve HEMŞİRELERİN
UYUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Rana Elçin SEZER CEREN

**Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı
DOKTORA TEZİ**

ANKARA

2024

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

**GASTROSTOMİ BAKIMINDA KANITA DAYALI HEMŞİRELİK
BAKIM PAKETİNİN GELİŞTİRİLMESİ ve HEMŞİRELERİN
UYUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Rana Elçin SEZER CEREN

**Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı
DOKTORA TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Melek Serpil TALAS**

ANKARA

2024

**Gastrostomi Bakımında Kanıta Dayalı Hemşirelik Bakım Paketinin Geliştirilmesi ve
Hemşirelerin Uyumunun Değerlendirilmesi**

Öğrenci: Rana Elçin SEZER CEREN

Danışman: Doç. Dr. Melek Serpil TALAS

Bu tez çalışması 05.01.2024 tarihinde jürimiz tarafından "Cerrahi Hastalıkları
Hemşireliği Programı" nda doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: *Prof. Dr. Emine İYİĞÜN*
(Sağlık Bilimleri Üniversitesi)

Üye: *Prof. Dr. Azize KARAHAN*
(Başkent Üniversitesi)

Üye: *Prof. Dr. Hatice AYHAN*
(Sağlık Bilimleri Üniversitesi)

Üye: *Doç. Dr. Bediye ÖZTAŞ*
(Sağlık Bilimleri Üniversitesi)

Üye: *Dr. Öğr. Üyesi Burcu KELLEÇİ ÇAKIR*
(Hacettepe Üniversitesi)

Bu tez, Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin
ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

18 Ocak 2024

Prof. Dr. Müge YEMİŞCİ ÖZKAN

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan “**Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge**” kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 6 ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

05/01/2024

Rana Elçin SEZER CEREN

¹“*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*”

(1) *Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.*

(2) *Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.*

(3) *Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.*

Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

** Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.*

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Doç. Dr. Melek Serpil TALAS danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Rana Elçin SEZER CEREN

TEŞEKKÜR

Tez danışmanım olarak tezimin aşamalarındaki katkılarından dolayı hocam sayın Doç. Dr. Melek Serpil TALAS’a,

Tez izlem komitesinde yer alarak görüş ve önerileri ile tezimin gelişmesinde ve yürütülmesinde önemli katkıları bulunan hocalarım sayın Prof. Dr. Emine İYİĞÜN ve sayın Prof. Dr. Hatice AYHAN’a,

Tezimin yürütülmesine izin veren Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığı’na,

Tezimin oluşturulması, yürütülmesi ve tamamlanması sürecindeki desteklerini ve önemli katkılarını esirgemeyen Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Klinik Nutrisyon Ekibine, kariyerime yön vermemde ve nutrisyon ekibine dahil olmamda önemli destekleri ve emekleri olan ekip üyesi sayın Uzm. Hem. Kezban AKÇAY ve ekip üyesi hocam sayın Prof. Dr. Meltem HALİL’e,

Tezimin ortaya çıkmasında büyük katkı ve emekleri olan Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahi Yoğun Bakım hemşirelerine ve yoğun bakım sorumlu hemşiresi sayın Fatma BAŞAR’a,

Eğitimim ve çalışma hayatım boyunca akademik tecrübeleri ve destekleri ile yanımda olan bilimselliği, hoş görüyü ve anlayışı hiçbir zaman elden bırakmayan Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı hocalarıma ve çalışma arkadaşlarıma,

Lisans ve lisansüstü eğitimim boyunca akademik ve kişisel anlamda bana rol model olan, bilgi ve birikimlerini benimle paylaşıp ufkumu aydınlatan, kendimi geliştirmemde ve kariyerimde büyük emeği olan, öğrencisi olmaktan ve yanında yetişmekten gurur duyduğum hocam sayın Doç. Dr. Zeliha ÖZDEMİR KÖKEN’e,

Akademik bilgi ve tecrübesiyle her zaman yanımda olan, lisans ve yüksek lisans eğitimimde engin bilgi ve tecrübeleri ile bana yol gösterip kariyerime yön veren, üzerimde büyük emeği olan hocam sayın Prof. Dr. Sevilay ŞENOL ÇELİK’e

Bilimsel konulardaki yardımlarını ve manevi desteklerini esirgemeyen tüm çalışma arkadaşlarıma, moral ve motivasyonumu yükselten, desteklerini esirgemeyen sevgili arkadaşlarım Arş. Gör. Özlem ARIBURNU, Arş. Gör. İrem AYVAT ve Hem. Özge POLAT ARPACI’ya

Hayatımın her aşamasında yer alan, en zor zamanlarımda yanımda olan, dostluğunu iyi ve kötü günde her daim en içten hissettiğim, sevgili arkadaşım Arş. Gör. Hafize SAVAŞ’a,

Her zaman yanımda olan beni her konuda destekleyen ve yalnız bırakmayan sevgili annem, babam ve kardeşime,

Tüm telaşlarımı ve stresimi alıp göğsünde yumuşatan, bilgisini ve deneyimini benden hiçbir konuda esirgemeyen kıymetli eşime,

Teşekkür ederim.

ÖZET

Sezer Ceren, R.E., Gastrostomi Bakımında Kanıta Dayalı Hemşirelik Bakım Paketinin Geliştirilmesi ve Hemşirelerin Uyumunun Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı Doktora Tezi, Ankara, 2024. Bu araştırma gastrostomi bakımında kanıta dayalı hemşirelik bakım paketinin geliştirilmesi ve hemşirelerin uyumunun değerlendirilmesi amacıyla karma desen araştırma olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırma Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Aralık 2021-Haziran 2022 tarihleri arasında 10 hemşire ile, altı hastada toplam 75 uygulama ile yürütülmüştür. Araştırma verileri “Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Gastrostomi Bakımı Soru Formu”, “Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği”, “Gastrostomi Bakım Paketi Formu”, “Gastrostomi Bakım Paketi Uyum Değerlendirme Kontrol Formu” ve “Gastrostomi Bakım Paketi Kullanımına Yönelik Yarı-Yapılandırılmış Görüşme Formu” ile toplanmıştır. Nicel verilerin değerlendirilmesinde Wilcoxon test ve Friedman test kullanılmıştır. Gastrostomi Bakım Paketine uyumun değerlendirilmesinde en az %95 uyum şartı aranmıştır. Nitel verilerin analizinde kalitatif içerik analizi uygulanmıştır. Araştırmada Gastrostomi Bakım Paketi, Sağlık Hizmetlerinde Kalite İyileştirme Enstitüsü önerileri doğrultusunda geliştirilmiştir. Geliştirilen bakım paketi “peristomal alan bakımı”, “tüple besleme” ve “tüpten ilaç uygulama” olmak üzere 3 parametre ve 14 elementi içermektedir. Bakım paketinin geliştirilme sürecinden sonra hemşirelere gastrostomi bakım paketi eğitimleri verilmiş, eğitim öncesi ve sonrasında veri toplama formları uygulanmıştır. Gastrostomi Bakım Paketi hemşireler tarafından altı ay süre ile kullanılmıştır. Altıncı ayın sonunda hemşireler ile gastrostomi bakım paketi kullanımına yönelik nitel görüşme gerçekleştirilmiş, “Gastrostomi Bakımı Soru Formu” ve “Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği” tekrar uygulanmıştır. Araştırmada hemşirelerin “peristomal alan bakımı” parametresine uyum oranı %100, “tüple besleme” ve “tüpten ilaç uygulama” parametrelerine uyum oranı %98,66 bulunmuştur. Hemşirelerin gastrostomi bakımı bilgi puanlarında ön test, son test ve 6.ayda istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeğinin eğitim öncesi ve 6. ay puanlarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Araştırmanın nitel aşamasında “Gastrostomi Bakım Paketini Kullanmanın Hemşirelik Bakımına Yansıması” ve “Gastrostomi Bakım Paketinin Benimsenmesi” olmak üzere 2 tema ve 6 alt tema ortaya çıkmıştır. Hemşireler gastrostomi bakım paketini kullanmanın profesyonelliği sağladığını, uygulamalarını görünür kıldığını, ekip içerisinde anlaşılabilirliği artırdığını, öğretici olduğunu ve bakım paketinin kullanımından sonra bakım paketine karşı düşündükleri iş yükünü artıracak düşüncesinin aksi yönde değiştiğini ifade etmiştir. Araştırma sonucunda Gastrostomi Bakım Paketinin tüm parametrelerine uyum oranı %95’in üzerinde olup, tüm parametrelere hemşirelerin uyumlu olduğu saptanmıştır. Gastrostomi bakımının standardize edilmesi ve bakımda kalitenin artırılması için kanıta dayalı hemşirelik bakım paketinin gastrostomi ile beslenen tüm hastaların bakımında kullanılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Gastrostomi, bakım paketi, enteral beslenme, kanıta dayalı hemşirelik

ABSTRACT

Sezer Ceren, R.E., Development of Evidence-Based Nursing Care Bundle in Gastrostomy Care and Evaluation of Nurses' Compliance. Hacettepe University Graduate School of Health Sciences, Surgical Nursing Programme Doctor of Philosophy Thesis, Ankara, 2024. This study was conducted as a mixed method design study to developing an evidence-based nursing care bundle in gastrostomy care and evaluating the compliance of nurses. The study was carried out with 10 nurses and total 75 implementations on six patients Hacettepe University Adult Hospital Neurosurgery Intensive Care Unit between December 2021 and June 2022. Data were collected with the "Nurse Introductory Information Form", "Gastrostomy Care Questionnaire", "Evidence-Based Nursing Attitude Questionnaire", "Gastrostomy Care Bundle Form", "Gastrostomy Care Bundle Compliance Evaluation Control Form" and "Semi-structured Interview Form for the Use of Gastrostomy Care Bundle". Wilcoxon test and Friedman test were used to evaluate the quantitative data. At least 95% compliance was required in the evaluation of compliance with the Gastrostomy Care Bundle. Qualitative data were analyzed with qualitative content analysis. Gastrostomy Care Bundle was developed in line with the recommendations of the Institute for Healthcare Improvement. The developed care bundle consists 3 parameters including "peristomal area care", "tube feeding" and "medication administration through feeding tube" and 14 elements. After the development of the care bundle, nurses were trained on the gastrostomy care bundle and data collection forms were applied before and after the training. The Gastrostomy Care Bundle was used by nurses six months. At the end of the sixth months, a qualitative interview was conducted with the nurses regarding the use of the gastrostomy care bundle, and the "Gastrostomy Care Questionnaire" and the "Evidence-Based Nursing Attitude Questionnaire" were applied again. In the study, the compliance rate of the nurses with the "peristomal area care" parameter of the bundle was 100%, and the compliance rate with the "tube feeding" and "medication administration through feeding tube" parameters were 98.66%. A statistically significant difference was found in nurses' gastrostomy care knowledge scores at pretest, posttest and 6th month ($p < 0.05$). A statistically significant difference was found in the pre-training and 6th month scores of the Evidence-Based Nursing Attitude Questionnaire ($p < 0.05$). In the qualitative phase of the study, 2 themes as "Reflection of Using Gastrostomy Care Bundle on Nursing Care" and "Adopting the Gastrostomy Care Bundle" and 6 sub-themes emerged. The nurses stated that using the gastrostomy care bundle provided professionalism, made their practices visible, increased understanding within the team, was instructive, and that after the use of the care bundle, the thought that the care bundle would increase the workload changed in the opposite direction. As a result of the study, the rate of compliance with all parameters of the Gastrostomy Care Bundle was above 95% and nurses were evaluated as compliant with all parameters of the care bundle. In order to standardize gastrostomy care and improve the quality of care, it is recommended that the evidence-based nursing care bundle be used in the care of all patients with gastrostomy.

Keywords: Gastrostomy, care bundle, enteral nutrition, evidence-based nursing

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER ve KISALTMALAR	xii
ŞEKİLLER	xiii
TABLolar	xiv
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırma Hipotezleri	3
1.4. Araştırma Sorusu	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Enteral Nutrisyon	5
2.2. Gastrostomi ile Besleme	7
2.3. Gastrostomi Komplikasyonları ve Bakımın Önemi	8
2.4. Gastrostomi Bakımında Standardizasyonun Sağlanması	10
2.4.1. Bakım Paketi	12
2.4.2. Bakım Paketinin Geliştirilmesi	13
2.4.3. Bakım Paketinin Uygulanması ve Bakım Paketine Uyumun Değerlendirilmesi	19
2.4.4. Bakım Paketlerinin Kullanıldığı Çalışmalar	21
3. GEREÇ ve YÖNTEM	26
3.1. Araştırmanın Şekli	26
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	26
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	27
3.4. Veri Toplama Araçları	28
3.4.1. Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu	28

3.4.2. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği	29
3.4.3. Gastrostomi Bakım Paketi Formu	29
3.4.4. Gastrostomi Bakım Paketi Uyum Değerlendirme Kontrol Formu	30
3.4.5. Gastrostomi Bakımı Soru Formu	30
3.4.6. Gastrostomi Bakım Paketi Kullanımına Yönelik Yarı-Yapılandırılmış Görüşme Formu	30
3.4.7. Gastrostomi Bakım Paketi Eğitim Materyali	31
3.5. Araştırmanın Uygulanması	31
3.5.1. Birinci Aşama: Geliştirme	31
3.5.2. İkinci Aşama: Eğitim	35
3.5.3. Üçüncü Aşama: Uygulama	36
3.6. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi	38
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu	39
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	40
4. BULGULAR	41
4.1. Gastrostomi Bakım Paketinin Geliştirme Aşamasına Yönelik Bulgular	41
4.1.1. Peristomal Alan Bakımı Literatür Taraması	41
4.1.2. Tüple Besleme Literatür Taraması	42
4.1.3. Tüpten İlaç Uygulama Literatür Taraması	44
4.2. Gastrostomi Bakım Paketinin Eğitim Aşamasına Yönelik Bulgular	52
4.3. Gastrostomi Bakım Paketinin Uygulama Aşamasına Yönelik Bulgular	54
4.3.1. Parametrelere Uyum Oranları	54
4.3.2. Nitel Aşamaya Yönelik Bulgular	61
5. TARTIŞMA	68
5.1. Gastrostomi Bakım Paketinin Geliştirme Aşaması	68
5.2. Gastrostomi Bakım Paketinin Eğitim Aşaması	70
5.3. Gastrostomi Bakım Paketinin Uygulama Aşaması	71
5.3.1. Hemşirelerin Bakım Paketine Uyum	71
5.3.2. Gastrostomi Bakım Paketinin Kullanımına Yönelik Hemşirelerin Görüşleri	75
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	79
6.1. Sonuçlar	79

6.2. Öneriler	80
7. KAYNAKLAR	81
8. EKLER	101
EK-1. Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu	
EK-2: Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği	
EK-3: Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği Kullanım İzni	
EK-4: Gastrostomi Bakım Paketi	
EK-5: Gastrostomi Bakım Paketi Uyum Değerlendirme Kontrol Formu	
EK-6: Gastrostomi Bakımı Soru Formu	
EK-7: Gastrostomi Bakım Paketi Kullanımına Yönelik Yarı-Yapılandırılmış Görüşme Formu	
EK-8: Gastrostomi Bakım Paketi Eğitim Materyali	
EK-9: Uzman Görüşüne Sunulan Taslak Gastrostomi Bakım Paketi Parametre ve Elementleri	
EK-10: Gastrostomi Bakım Paketi Poster ve Posterin Yoğun Bakım Ünitesinde Yerleştirildiği Alanların Fotoğrafları	
EK-11: Gastrostomi Bakım Paketinin Yer Aldığı Dosya	
EK-12: Etik Kurul İzin Yazısı	
EK-13: Uygulama İzin Yazısı	
EK-14: Aydınlatılmış Onam Formları	
EK-15: Gastrostomi Bakım Paketinin Geliştirilmesinde Kullanılan Rehberler	
EK-16: Literatür Taraması Sonucu Değerlendirilen Makaleler	
EK-17: Orjinallik Ekran Çıktısı	
EK-18: Dijital Makbuz	
9. ÖZGEÇMİŞ	144

SİMGELER ve KISALTMALAR

AoN	: Ya Hep Ya Hiç (All-or-None)
ASPEN	: Amerika Parenteral ve Enteral Nütrisyon Derneği (American Society for Parenteral and Enteral Nutrition)
CG	: Cerrahi Gastrostomi
EN	: Enteral Nütrisyon
ESPEN	: Avrupa Klinik Nütrisyon ve Metabolizma Derneği (The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism)
IHI	: Amerika Sağlık Bakımını İyileştirme Enstitüsü (Institute for Healthcare Improvement)
KDHYTÖ	: Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği
KGİ	: Kapsam Geçerlik İndeksi
KGO	: Kapsam Geçerlik Oranı
KİKDE	: Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonu
KİÜSE	: Kateter İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonu
PEG	: Perkütan Endoskopik Gastrostomi
PRG	: Perkütan Radyolojik Gastrostomi
VIP	: Ventilatör İlişkili Pnömoni
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi

ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
2.1. Sağlık hizmetlerinde kalite iyileştirme enstitüsü bakım paketi geliştirme adımları	14
2.2. Bakım paketi elementlerinin oluşturulmasında kullanılması önerilen adımlar	17
3.1. Araştırmanın aşamaları	32
3.2. Gastrostomi bakım paketinin geliştirilmesinde kullanılan adımlar	32
4.1. Peristomal alan bakımı literatür taraması süreci	42
4.2. Tüple besleme literatür taraması süreci	43
4.3. Tüpten ilaç uygulama literatür taraması süreci	45
4.4. İçerik analizi sonucu ortaya çıkan tema ve alt temalar	62

TABLOLAR

Tablo	Sayfa
2.1. Bakım paketi uygulama çizelgesi	21
4.1. Hemşirelere ait tanıtıcı özellikler	52
4.2. Gastrostomi bakımı bilgi puanlarının dağılımı	53
4.3. Kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği puanları	53
4.4. Gastrostomi bakımlarında gastrostomi bakım paketi kullanılan hastaların tanıtıcı özellikleri	54
4.5. Peristomal alan bakımı parametresine ait elementlerin uygulanma durumları	56
4.6. Tüple besleme parametresine ait elementlerin uygulanma durumları	58
4.7. Tüpten ilaç uygulama parametresine ait elementlerin uygulanma durumları	60
4.8. Gastrostomi bakım paketinin tüm parametrelerine uyum oranlarını gösteren uygulama çizelgesi	61

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Enteral nütrisyon (EN), gastrointestinal sistem fonksiyonlarının işlevsel olduğu durumlarda besinlerin nazogastrik, jejunostomi veya gastrostomi yoluyla hastaya verilmesidir. Enteral nütrisyon yöntemlerinden biri olan, gastrostomi ile beslenme, enteral nütrisyonun 4 haftadan uzun süreceği durumlarda uygulanan bir nütrisyon tedavisidir (1). Gastrostomi ile beslenme, perkütan endoskopik gastrostomi (PEG), perkütan radyolojik gastrostomi (PRG) veya cerrahi gastrostomi (CG) olarak uygulanabilir (2). Perkütan endoskopik gastrostomi, üst gastrointestinal sistem endoskopisi kullanılarak mideye beslenme tüpünün yerleştirilmesidir. Kranial travma, intrakranial tümörler, baş, boyun ve üst gastrointestinal sistem tümörleri, yutma bozuklukları, serebrovasküler inme, demans, amiyotrofik lateral skleroz PEG'in endikasyonları arasındadır (3). Endoskopinin kontrendike olduğu üst gastrointestinal sistemin neoplastik lezyonları, zenker divertikülü, özofagus stenozu gibi durumlarda, mide ve karın duvarının enflamatuvar veya infiltratif hastalıklarında ise cerrahi yöntemle mideye gastrostomi tüpünün yerleştirildiği CG ya da ultrasonografi-floroskopi gibi görüntüleme eşliğinde uygulanan PRG kullanılır (3).

Gastrostomi ile beslenme vücuda yeterli enerjiyi ve gerekli besin öğelerini sağlamakla birlikte, aynı zamanda parenteral nütrisyona göre daha düşük enfeksiyon riski taşır, vücudun bağışıklığını artırır ve hastaların prognozunu iyileştirir. (4). Ancak gastrostomi bakımının uygun ve yeterli yapılmadığı durumlarda ise majör ve minör komplikasyonlar ortaya çıkabilir. Peristomal sızıntı ve ağrı, tüpün tıkanması, hipergranülasyon dokusu ve peristomal alanda enfeksiyon minör komplikasyonları; kanama, iç organ yaralanmaları, aspirasyon pnömonisi, nekrotizan fasiitis, peritonit ve gömülü tampon sendromu ise majör komplikasyonları oluşturur (5-7). Bu komplikasyonların önlenmesi ve gastrostomili hastaların bakımının uygun ve doğru yöntemler ile yapılmasında multidisipliner ekip içerisinde yer alan hemşirelerin önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Bu nedenle, hemşirelerin gastrostomi bakımına yönelik kanıta dayalı uygulamaları bilmesi ve bu kanıtları kullanarak hemşirelik bakımını uygulamaları önemlidir (8).

Kanıtı dayalı uygulamayı klinik ortamlara aktarmanın en önemli yollarından biri klinik uygulama rehberleri olup, rehberler tedavi ve bakım süreçlerinde sağlık profesyonellerine yol gösterici olmaktadır. Klinik uygulama rehberlerinin kullanılması ile mortalite ve morbidite oranları azalmakta, maliyet etkin tedavi sağlanmakta, bakımda ve sağlık profesyoneller arasında tutarlılık oluşmaktadır (9, 10). Fakat bakımda standardizasyonu sağlamak amacıyla geliştirilen rehberlere sağlık profesyonelleri tarafından çoğu zaman tam olarak uyulmadığı, rehberlerin takip edilmediği, kullanımının düşük olduğu ve bu rehberlerin klinik uygulamada kullanımında aksaklıklar olduğu belirlenmiştir (11, 12). Klinik nütrisyon alanında kullanılan birçok kanıtı dayalı klinik uygulama rehberi vardır (2, 8, 13-25). Literatür, nütrisyon uygulamalarına ilişkin kanıtı dayalı klinik uygulama rehberlerinin önerdikleri ile bakımda yapılan uygulamalar arasında farklılıklar olduğunu göstermektedir (26-28). Yapılan çalışmalarda hemşirelerin; klinik uygulama rehberlerini takip etmedikleri, enteral beslenen hastaların beslenme gereksinimlerini saptamada yeterli olmadıkları, gastrostomi bakımında bilgi eksikliklerinin olduğu, hastalara yeterli ve uygun bakım veremedikleri, eğitim talebinde bulundukları ve çalıştıkları birimde standart bir bakım protokolünün olmadığı bildirilmektedir (26, 27, 29-31). Hemşirelerin enteral nütrisyon ile ilgili bilgi düzeylerinin ve yetkinliklerinin incelendiği çalışmalarda, hemşirelerin sadece %2,6'sının kendilerini enteral nütrisyon süreci ile ilgili yetkin olarak tanımladığı, hemşirelerin %46,7'sinin ilaçları tüpten yanlış uyguladığı, %45'inin tüp tıkanıklığına yönelik uygun hemşirelik bakımını sağlayamadığı ayrıca enteral nütrisyon ürünlerini saklama yeri, süresi ve enteral nütrisyon tüpleri aracılığıyla ilaç uygulamalarına ilişkin bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu belirtilmiştir (32, 33).

Klinik uygulama rehberlerinin takip edilmemesi, hasta tedavi ve bakımında etkin kullanılmaması ve sağlık profesyonellerinin bakım süreçlerindeki bilgi eksiklikleri bakım paketlerinin geliştirilmesini ve hasta bakımında kullanılmasını gündeme getirmiştir. Bakım paketi kavramı; hasta bakımında istenilen sonuçlara ulaşmak, komplikasyonları azaltmak, standart olarak uygulanması gereken işlemlere uyumu artırmak, hasta güvenliği ve bakım kalitesini geliştirmek amacıyla güvenli bir şekilde en iyi bakımın verilmesi için Amerika Sağlık Bakımını İyileştirme Enstitüsü (Institute for Healthcare Improvement-IHI) tarafından 2001 yılında geliştirilmiştir.

Bakım paketinin temel amacı, kanıta dayalı uygulamaların ve bu uygulamaları içeren rehberlerin ve çalışma sonuçlarının sağlık profesyonelleri tarafından uygulanması ve böylece hasta bakımında standart sağlanmasıdır (34-36).

Yoğun bakım hemşireleri ile yapılan bir çalışmada, hemşireler bakım paketlerinin yoğun bakım ünitelerinde tedavi gören hastalar için en iyi bakımın sunulmasını sağladığını, hasta sonuçlarının iyileştirilmesinde kullanılan etkin bir yol olduğunu ve güvenli sağlık hizmetinin multidisipliner bir yaklaşımla sunulması için önemli bir fırsat olduğunu belirtmişlerdir (37). Bakım paketi kullanımının hasta sonuçlarına etkisinin incelendiği çalışmalarda bakım paketinin hasta sonuçlarını iyileştirmede etkili bir strateji olduğu ve bakımda kalitenin arttığı bildirilmiştir (38-41). VIP bakım paketinin kullanımı ile ilgili yapılan sistematik derleme çalışmasında VIP azalma oranlarının bakım paketinin kullanımı ile %13 ve %100 arasında değiştiği (39), basınç yarası bakım paketinin uygulanması ile basınç yarası gelişme insidansının 8.08'den 2.97'ye düştüğü ve bakım maliyetinin ortalama 2,6 milyon Euro azaldığı bildirilmiştir (41).

Amerika Parenteral ve Enteral Nutrisyon Derneği (American Society for Parenteral and Enteral Nutrition-ASPEN) kritik hastalarda beslenmenin sağlanması ve değerlendirilmesine ilişkin rehberinde nutrisyon desteği alan hastaların bakımında, bakım paketi kullanımını özellikle de hemşire yönetimli protokollerin kullanımını önermektedir (17). Uluslararası ve ulusal literatürde gastrostomi bakımına yönelik hemşirelik bakım paketinin geliştirildiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Gastrostomi bakımında hemşirelik bakımının standardize edilmesi, kanıtların uygulamaya aktarılması ve hemşirelik bakımında kalitenin artırılması amacıyla, gastrostomi bakımında kanıta dayalı bir hemşirelik bakım paketinin geliştirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı gastrostomi bakımında kanıta dayalı hemşirelik bakım paketinin geliştirilmesi ve hemşirelerin uyumunun değerlendirilmesidir.

1.3. Araştırma Hipotezleri

Nicel Araştırma Tasarımı için Hipotezler

Hipotez 1

H₀: Gastrostomi bakım paketine yönelik hemşirelere verilen eğitimin hemşirelerin bilgi düzeylerine etkisi yoktur.

H₁: Gastrostomi bakım paketine yönelik hemşirelere verilen eğitimin hemşirelerin bilgi düzeylerine etkisi vardır.

Hipotez 2

H₀: Gastrostomi bakım paketine yönelik hemşirelere verilen eğitimin hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarına etkisi yoktur.

H₁: Gastrostomi bakım paketine yönelik hemşirelere verilen eğitimin hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarına etkisi vardır.

1.4. Araştırma Sorusu

1. Hemşireler gastrostomi bakım paketinin kullanımına uyumlu mudur?
2. Gastrostomi bakım paketini kullanan hemşirelerin gastrostomi bakım paketine yönelik görüşleri nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Enteral Nütrisyon

Enteral nütrisyon, işlevsel bir gastrointestinal sisteme sahip hastalarda özel tıbbi beslenme ürünlerinin oral yol, tüp veya ostomi ile gastrointestinal sisteme verilmesidir (1, 14). Enteral nütrisyonunda sağlık profesyonellerine sıklıkla rehber olan slogan “*bağırsak çalışıyorsa, onu kullan*” olup, enteral nütrisyon gastrointestinal bütünlüğü sürdürmesi, mukozal atrofiyi önlemesi, bakteriyel translokasyonu azaltması, immün yetmezliği ve normal bağırsak florasını koruması nedeniyle sıklıkla tercih edilir (42). Amerika Birleşik Devletleri’nde her yıl 250.000 hasta hastanede enteral nütrisyon tedavisi almaktadır (8).

Enteral nütrisyon endikasyonları; yutma bozuklukları, orofaringeal veya özofageal bozukluklar, üst gastrointestinal sistem kanal neoplazmları, yanık, baş-boyun tümörleri, onkolojik hastalıklar, kardiyak hastalıklar, mental bozukluklar, çoklu travmalar, nörolojik hastalıklar (serebrovasküler inme, serebral tümör, parkinson hastalığı) ve kritik hastalıklar (yoğun bakım, mekanik ventilatöre bağımlılık, vb.)’dır. (14, 42). Enteral nütrisyon kontraendikasyonları arasında; intestinal obstrüksiyon, inatçı ishal, şiddetli kusma, kısa bağırsak sendromu, gastrointestinal kanama, ileus, hemodinamik instabilite yer alır (43).

Enteral nütrisyona, hastaların nütrisyonel değerlendirmelerinin ardından başlanır. Bu değerlendirmeleri tıbbi öykü, fizik muayene, besin tüketim öyküsü, iştah, sıvı dengesi, antropometrik ölçümler (vücut ağırlığı, vücut kitle indeksi (VKİ), üst kol çevresi, triceps deri kıvrım kalınlığı), gelişmiş fonksiyonel ölçümler (direkt kas stimülasyonu, solunum fonksiyonu, immün fonksiyon), laboratuvar testleri (serum albümin konsantrasyonu, protein, transferrin, lenfosit, kreatinin, azot dengesi, karaciğer enzim testleri, kalsiyum, fosfat, magnezyum, çinko, selenyum, demir, C—reaktif protein) oluşturur (15, 44). Bu değerlendirmelerin yanı sıra nütrisyonel riski değerlendirmek için;

- Malnütrisyon Evrensel Tarama Aracı (MUST-Malnutrition Universal Screening Tool),
- Mini Nütrisyonel Değerlendirme (MNA-Mini Nutritional Assessment),
- Mini Nütrisyonel Değerlendirme- Kısa Form (MNA-Short form),

- Kısa Nütrisyonel Değerlendirme Anketi (SNAQ- Short Nutritional Assessment Questionnaire),
- Nutriskor Testi (NUTRISCORE Test),
- Nütrisyonel Risk Taraması-2002 (NRS 2002-Nutrition Risk Secreening 2002),
- Subjektif Global Değerlendirme (SGA- Subjective Global Assesmnet),
- Hasta Odaklı Subjektif Global Değerlendirme (PG-SGA Patient-Generated Subjective Global Assessment) gibi tarama araçlarının kullanımı rehberler tarafından önerilmektedir (45-52).

Son literatürde bu tarama araçlarının yanı sıra malnütrisyon tanısının uluslararası standardizasyonun sağlanabilmesi ve uygun nütrisyonel müdahalelerin gecikmesinin önlenmesi amacıyla “Küresel Beslenme Üzerine Liderlik (GLIM-Global Leadership Initiative on Malnutrition) kriterleri geliştirilmiştir. Bu tarama aracına göre; ilk olarak geçerliği ve güvenilirliği kanıtlanmış bir tarama aracı ile riskli hastalar tespit edildikten sonra malnütrisyonun derecesini belirlemek amacıyla hastaların kilo kayıpları, VKİ düzeyleri, kas kütleleri, besin tüketim durumları, akut hastalık şiddetleri değerlendirilmelidir (53). Bu tarama aracının Türkçe validasyon çalışması Balcı ve ark. (54) tarafından yapılmıştır.

Nütrisyonel değerlendirmelerin ardından enteral nütrisyon yönteminde tercih edilecek ilk yaklaşım oral yol olmalıdır. Hastalarda oral yol ile mikro- makro besinlerin alımı yetersiz olduğunda veya hastaların en az 7 gün normal beslenemediği durumlarda oral nütrisyonel suplemanların kullanılması gerekir. Oral nütrisyonel suplemanların kullanıldığı hastalar ile yapılan çalışmalarda supleman kullanımının malnütrisyonun önlenmesinde, kas gücünün artmasında, postoperatif komplikasyon insidansının azalmasında ve hastaların yaşam kalitesinde pozitif yönde etkileri olduğu bildirilmiştir (55-58). Fakat bu suplemanların kullanımı hastanın yutma yeteneğine ve obstrüksiyon olmaması durumuna bağlıdır (1). Bunun mümkün olmadığı durumlarda ise enteral nütrisyon oral veya nazal yol ile yerleştirilen enteral tüpler ve endoskopik, radyolojik veya cerrahi tekniklerle yerleştirilen gastrostomi ve jejunostomi tüpleri ile sağlanır. Amerika Parenteral ve Enteral Nütrisyon Derneği (American Society for Parenteral and Enteral Nutrition-ASPEN) dört haftadan, Avrupa Klinik Nütrisyon ve Metabolizma Derneği (The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism -

ESPEN) iki-üç haftadan fazla süre ile beslenmesi öngörülen hastalarda nazal tüpler yerine gastrostomi veya jejunostomi ile beslenmenin sürdürülmesini önermektedir (14, 16).

2.2. Gastrostomi ile Besleme

Gastrostomi, uzun süreli enteral nütrisyonun sağlanması amacı ile karın duvarından mideye yapay bir açıklık sağlanarak tüp yerleştirilmesidir (59). Guillain-Barre sendromu, akut inme, kafa içi travma, anoreksiya nervoza, hiperemesis gravidarum, ciddi yanıklar, yüz travması, özofagus hastalığı, özellikle transplantasyon öncesi malnütrisyon riski olan hastalar ve baş-boyun tümörleri gastrostominin endikasyonları arasındadır. Ayrıca hastalarda yaşam kalitesini artırmak amacıyla multipl skleroz ve amiyotrofik lateral skleroz gibi nörolojik hastalıklarda, orofaringeal malformasyonlarda, ilerlemiş özofageal veya gastrik malignitede, skleroderma, kistik fibroz ve amiloidoz gibi özofagus disfonksiyonlarında gastrostomi ile beslenme sağlanmaktadır (59, 60). Gastrointestinal kanama, hemodinamik instabilite, asit, peritoneal karsinomatosis ve anatomik değişiklikler, aktif peritonit, düzeltilemeyen koagülopati ve barsak iskemisi, gastrointestinal yolun mekanik obstrüksiyonu gastrostominin kontraendikasyonları arasındadır. Gastrostomi, endoskopik, cerrahi veya radyolojik yöntemlerle yerleştirilebilir (61).

Perkütan endoskopik gastrostomi: Üst gastrointestinal sistem endoskopisi kullanılarak mideye beslenme tüpünün yerleştirilmesidir. İlk PEG uygulaması 1980'de Gauderer tarafından gerçekleştirilmiştir (62). Uzun süreli enteral nütrisyonu ihtiyaç duyan hastalarda gastrointestinal erişim sağlamak için ilk tercih edilen yöntemdir. Cerrahi gastrostomiye göre daha az maliyetli olup, daha az ağrı ve daha az komplikasyon ortaya çıkmasını sağlar. Bu işlem genel anestezi yerine sedasyonla gerçekleştirilir (63).

Perkütan radyolojik gastrostomi: Endoskopinin kontrendike olduğu durumlarda uygulanır. Ultrasonografi ya da floroskopi eşliğinde midenin görüntülenerek perkütan olarak gastrostomi açılmasıdır (64).

Cerrahi gastrostomi: Cerrahi gastrostomi ilk olarak 1837'de Norveçli cerrah Egeberg tarafından önerilmiş ve ilk başarılı gastrostomi yaklaşık 40 yıl sonra, 1876'da Verneuil tarafından gerçekleştirilmiştir (60). Cerrahi gastrostomi, PEG'in mümkün

olmadığı durumlarda uygulanır. Uygulama sırasında abdominal organlarda perforasyon ve laserasyon riskini en aza indirmesi avantajları arasındadır. Fakat; mortalite oranlarının daha yüksek olması ve genel anestezi altında uygulanması bu yolun tercih edilmesini kısıtlamaktadır (60, 65).

Perkütan endoskopik gastrostomi ve perkütan radyolojik gastrostomi, genellikle uzun süreli beslenme desteği gerektiren baş veya boyun kanseri, özofagus kanseri, nörolojik veya kas bozukluklarında (örn. inme, akalazya, multipl skleroz, parkinson hastalığı), crohn hastalığı, skleroderma ve radyasyon enteriti gibi bazı sistemik hastalıklarda endikedir. Ayrıca mide çıkış obstrüksiyonu olan bireylerde beslenme desteğinin yanı sıra dekompresyon yöntemi olarak da kullanılabilir (64). PEG endoskopinin mümkün olmadığı üst gastrointestinal sistemin neoplastik lezyonları, büyük Zenker divertikülü ve ciddi özofagus stenozunda ve karın duvarının optimal transillüminasyonu engelleyen, yüksek subkostal mide veya obezitesi olan kişilerde, mide ve karın duvarının enflamatuvar veya infiltratif hastalıklarında kontrendikedir. PRG'nin kontrendikasyonları PEG'e göre daha azdır. Özellikle gastrik varisler ve portal hipertansiyon PRG'nin kontrendikasyonları arasındadır. Cerrahi gastrostomi endoskopinin uygulanamadığı özafagial atrezi, obstrüksiyon, nöromusküler hastalığa bağlı gelişen disfajide endikedir. Kontrendikasyonları primer mide hastalığı, anormal mide ve duodenum boşalması, belirgin özofageal reflüdür (64, 66). Bu üç yöntemin karşılaştırıldığı çalışmalar incelendiğinde; Strijbos ve ark. (67)'nin sistematik derlemesinde tüp ilişkili komplikasyonların PEG'e kıyasla PRG grubunda daha fazla olduğu, Kohli ve ark. (68)'nin ve Ahmed ve ark. (69)'nin meta analiz çalışmasında PRG'ye kıyasla PEG'in 30 günlük mortalite, peritonit, tüp çevresinden sızıntı ve tüpün yerinden çıkma oranlarının daha düşük olduğu, Bravo ve ark. (60)'nin sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında cerrahi gastrostomiye kıyasla PEG prosedüründe daha az minör komplikasyon ortaya çıktığı, üç tekniğin karşılaştırıldığı çalışmada ise PEG prosedüründe komplikasyon, mortalite ve hastaneye geri yatış oranlarının daha az olduğu bildirilmiştir (70).

2.3. Gastrostomi Komplikasyonları ve Bakımın Önemi

Gastrostomi komplikasyonları majör ve minör komplikasyonlar olarak sınıflandırılır. Majör komplikasyonlar %0,4- %22,5 minör komplikasyonlar ise %13-

%43 oranında görülür (71-77). Aspirasyon pnömonisi, hemoraji, gömülü tampon sendromu, tüpün yerinden çıkması, ileus, peritonit, nekrotizan fasiit majör komplikasyonları, peristomal enfeksiyon, hipergranülasyon dokusu, tüp kenarından sızıntı, tüp tıkanıklığı minör komplikasyonları oluşturur (71, 72, 78-80).

Majör ve minör komplikasyonlar ortaya çıkma zamanına göre erken ve geç komplikasyonlar olarak ikiye ayrılır. Gastrostomi prosedüründen sonra ilk yedi gün ortaya çıkan komplikasyonlar erken, yedinci günden sonra ortaya çıkan komplikasyonlar geç komplikasyonlar olarak sınıflandırılır. Aspirasyon pnömonisi, ileus, peristomal enfeksiyon, kanama erken komplikasyonları, gömülü tampon sendromu, tüp yerinden çıkması, tüp tıkanıklığı, tüp kenarından sızıntı, peritonit, nekrotizan fasiit, hipergranülasyon dokusu geç komplikasyonları oluşturur (81).

Gastrostomi uygulanmasına bağlı mortalite oranları az sayıda raporlanmış olup, %0-2 aralığında değişmektedir (82, 83). Otuz günlük mortalite oranları ise %6,7 ile %26 arasında değişmekte olup bu oranların hastaların eşlik eden diğer hastalıklarına bağlı olduğu bildirilmiştir (78, 84). Literatür incelendiğinde, Vujasunovic ve ark. (85)'nin 495 PEG'li hasta ile yaptıkları çalışmada; hastaların %37,5'inde peristomal alanda kızarıklık, hassasiyet ve sızıntı, %1,2'sinde kanama, %0,6'sında gömülü tampon sendromu, Chua ve ark. (86)'nın 278 gastrostomili hasta ile yaptıkları çalışmada; hastaların %21'inde enfeksiyöz komplikasyonlar, Gutierrez ve ark. (87)'nin 330 PRG'li hasta ile yaptıkları çalışmada; hastaların %17,8'inde gastrostomi giriş yerinde eksuda, %12,1'inde granüloma, Park ve ark. (7)'nin çalışmasında; 324 PEG'li hastada %12,3 majör, %16,4 minör, 94 PRG'li hastada ise %14,9 majör, %19,1 minör komplikasyon ortaya çıkmıştır. Tüm gastrostomi yöntemlerinden sonra ortaya çıkan bu komplikasyonlar hastaların yaşam kalitesini etkilemekte, beslenme sürecinde kesintilere sebep olmakta, sağlık bakım maliyetlerini artırmakta, hastanede kalış sürelerini uzatmaktadır (72).

Komplikasyonların önlenmesinde, gastrostomili hastaların bakımının uygun ve doğru yöntemler ile yapılmasında multidisipliner ekip içerisinde yer alan hemşirelerin önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Hemşirelerin gastrostomi bakımına yönelik kanıta dayalı uygulamaları bilmesi ve bu kanıtları temel alarak hemşirelik bakımını doğru ve uluslararası standartlarda uygulamaları gastrostomi bakımında ortaya

çıkacak problemlerin gelişmesini en aza indirecek ve bakımda standart oluşmasını sağlayacaktır (8).

2.4. Gastrostomi Bakımında Standardizasyonun Sağlanması

Kanıt dayalı uygulama, elde edilen en iyi araştırma kanıtlarının klinik deneyim ve hasta değerleri ile entegrasyonudur (9). Bakım ve tedavi süreçlerindeki maliyetlerin fazlalığı ve hastaların çoğunluğunun güncel verilere yönelik kanıt dayalı bakımı alamaması, hasta tedavi ve bakım süreçlerinde kanıt dayalı uygulamaların gerekliliğini ön plana çıkarmıştır. Klinik uygulama rehberleri kanıt dayalı uygulamaların sistematik olarak sunulduğu bilimsel araçlar olup, kanıt dayalı bakım ve tedavinin sağlanması, bakım ve tedaviye yönelik standartların oluşturulması, en iyi kanıtın uygulamada kullanılabilmesi ve sağlık profesyonellerinin kanıt dayalı klinik kararlar almasına yardımcı olması amacıyla geliştirilmektedir (9, 88).

Klinik uygulama rehberlerinin kullanımı, kanıt dayalı uygulamayı klinik ortamlara aktarmanın en önemli yollarından biridir (89). Bu süreçte sistematik literatür taraması yapılmakta, yüksek kalitede araştırmalar incelenmekte, sentezlenmekte ve tedavi ve bakım süreçlerinde sağlık profesyonellerine yol gösterici olmaktadır (10). Ayrıca klinik uygulama rehberlerinin kullanılması ile mortalite ve morbidite oranları azalmakta, maliyet etkin tedavi, bakım ve profesyoneller arasında tutarlılık sağlanmaktadır (9, 88, 89).

Klinik uygulama rehberleri ile ilgili çalışmalar incelendiğinde; sağlık profesyonelleri tarafından anstabil anjina ile ilgili klinik uygulama rehberlerinin kullanılması ile bir yıllık sağ kalım oranının iyileştiği (90), yoğun bakım hastalarında basınç yaralanmasını önlemede kullanılan klinik uygulama rehberinin basınç yarası gelişme oranında azalma sağladığı (91), kardiyak cerrahide hasta kan yönetimi rehberlerinin kullanılmasından sonra hastalara transfüzyon yapılma oranlarının ve hastanede kalış sürelerinin azaldığı (92) bildirilmektedir. Bu avantajlarına rağmen, bakımın kalitesini artırmak, bakımda standardizasyonu sağlamak amacıyla geliştirilen rehberlere sağlık profesyonelleri tarafından çoğu zaman tam olarak uyulmadığı, rehberlerin takip edilmediği, kullanımının düşük olduğu, rehberlere yönelik farkındalığın olmadığı ve rehberlerin geniş kapsamlı olması nedeniyle incelenmediği ve böylece bu rehberlerin klinik uygulamada kullanımında aksaklıklar olduğu

belirlenmiştir (11, 12, 36, 93, 94) . Leone ve ark. (11)'ı yoğun bakım ünitelerinde klinik uygulama rehberlerinin kullanımını değerlendirmiş ve klinik uygulama rehberlerinin yalnızca yaklaşık %24'ünün sağlık profesyonelleri tarafından yoğun bakım ünitesinde kullanıldığını bildirmişlerdir. Hastanelerde el hijyeni kılavuzunun kullanımını inceleyen bir sistematik derlemede ise, sağlık profesyonellerinin yalnızca % 40'ının rehberlere uyum gösterdiği belirtilmiştir (95). Hemşirelerin santral venöz kateter rehberlerine uyumsuzluğun nedenleri olarak kurumsal yapılanma, personel, malzeme ve ekipman eksikliği (96), yoğun bakım hemşirelerinin ventilatör ilişkili pnömoni önlem rehberine uyumsuzluğun nedenleri olarak zaman eksikliği, yetersiz kaynak, rehberleri gereksiz görme, personel eksikliği ve rehberleri bilmeme bildirilmiştir (97). İnme ünitesinde çalışan hemşirelerin klinik uygulama rehberlerini kullanmalarının önündeki bariyerlerin değerlendirildiği çalışmada hemşireler, rehberleri bilmediklerini ya da sınırlı bilgi sahibi olduklarını bildirmişlerdir (98). Hemşirelerin genel olarak klinik uygulama rehberlerini kullanmamalarının nedenlerinin araştırıldığı çalışmada ise hemşireler klinik uygulama rehberlerini kullanmanın zaman alacağını, iş yüklerinin fazla olduğunu ve bununla ilgili eğitimlerinin olmadığını bildirmişlerdir (99).

Klinik nütrisyon alanında kullanılan birçok kanıta dayalı klinik uygulama rehberi vardır (2, 8, 13-25). Gastrostomi ile beslenmede özellikle yoğun bakım hastalarında beslenmenin başlatılması, sürdürülmesi, peristomal alanın bakımı, ilaçların doğru şekilde uygulanması ve komplikasyonların önlenmesinde hemşireler kilit rol oynamaktadır (100). Literatür, nütrisyon uygulamalarına ilişkin kanıta dayalı klinik uygulama rehberlerinin önerdikleri ile bakımda yapılan uygulamalar arasında farklılıklar olduğunu göstermektedir (26-31). Bu farklılıkların önüne geçmek için enteral nütrisyon ile ilgili klinik uygulama rehberlerinin kullanılması teşvik edilmiş fakat hasta çıktıları istenilen ölçüde iyileşmemiştir. Bunun nedenlerine bakıldığında ise klinik uygulama rehberlerinin uygulanmasında sistematik bir yaklaşım kullanılmadığı, ayrıca klinik uygulama rehberlerinin kullanılmamasının önündeki diğer engellerin belirlenmesi gerektiği bildirilmiştir (100-103). Bu engeller araştırıldığında ise, klinik uygulama rehberlerine ihtiyaç halinde hemen ulaşılamadığı, okuma kolaylığının olmadığı, rehberlerin bilinmediği, rehberleri kullanmanın farkında olunmadığı sonuçları ortaya çıkmıştır (26, 29, 104, 105). Klinik uygulama

rehberlerinin takip edilmemesi, hasta tedavi ve bakımında etkin kullanılmaması bakım paketlerinin geliştirilmesini ve hasta bakımında kullanılmasını gündeme getirmiştir. Amerika Parenteral ve Enteral Nütrisyon Derneği kritik hastalarda beslenmenin sağlanması ve değerlendirilmesine ilişkin rehberinde nütrisyon desteği alan hastaların bakımında, bakım paketi kullanımını özellikle de hemşire yönetimli bakım protokollerinin kullanımını önermektedir (17). Böylece gastrostomi bakımında geliştirilecek bakım paketi ile etkin ve doğru bakım uygulanacak ve gastrostomi bakımında standart sağlanabilecektir.

2.4.1. Bakım Paketi

Bakım paketi, hasta bakımında standart oluşturmak, bakımda uygulanması gereken işlemlere uyumu artırmak ve güvenli bir şekilde en iyi bakımın verilmesini sağlamak amacıyla IHI tarafından 2001 yılında geliştirilen ve belirli bir hasta grubu veya bakım alanına özel olan uygulamalar bütünüdür (34). Bakım paketinin temel amacı, klinik uygulama rehberlerinin önerdiği kanıta dayalı uygulamaların tüm sağlık profesyonelleri tarafından kliniklerde uygulanmasının sağlanması ve rehberlerin uygulamaya aktarılmasıdır (106).

Bakım paketinin önemi ile ilgili ilk girişimler Amerika Birleşik Devletleri Johns Hopkins Üniversitesi'nde Berenholtz ve ark. (107)'ı tarafından gündeme getirilmiştir. Yaptıkları sistematik derlemede 1995-2000 yılları arasında yayınlanan çalışmaları incelemişler ve yoğun bakımda mortalite ve morbidite oranlarını azaltan kanıta dayalı uygulamaları değerlendirmişlerdir. Çalışma sonucunda yoğun bakımlarda uygulanan sadece altı kanıta dayalı uygulama olduğunu görmüşlerdir. Bu altı uygulamayı ise; ağrının değerlendirilmesi, uygun kan transfüzyonu, ventilatörle ilişkili pnömoninin önlenmesi, uygun sedasyon, uygun peptik ülser profilaksisi ve uygun derin ven trombozu profilaksisi şeklinde belirtilmişlerdir. Ayrıca hasta sonuçlarının iyileştirilerek, mortalite ve morbiditenin önlenmesine yönelik kanıta dayalı uygulamaları içeren bir bakım paketinin kullanılmasının önemi üzerinde durmuşlardır (107).

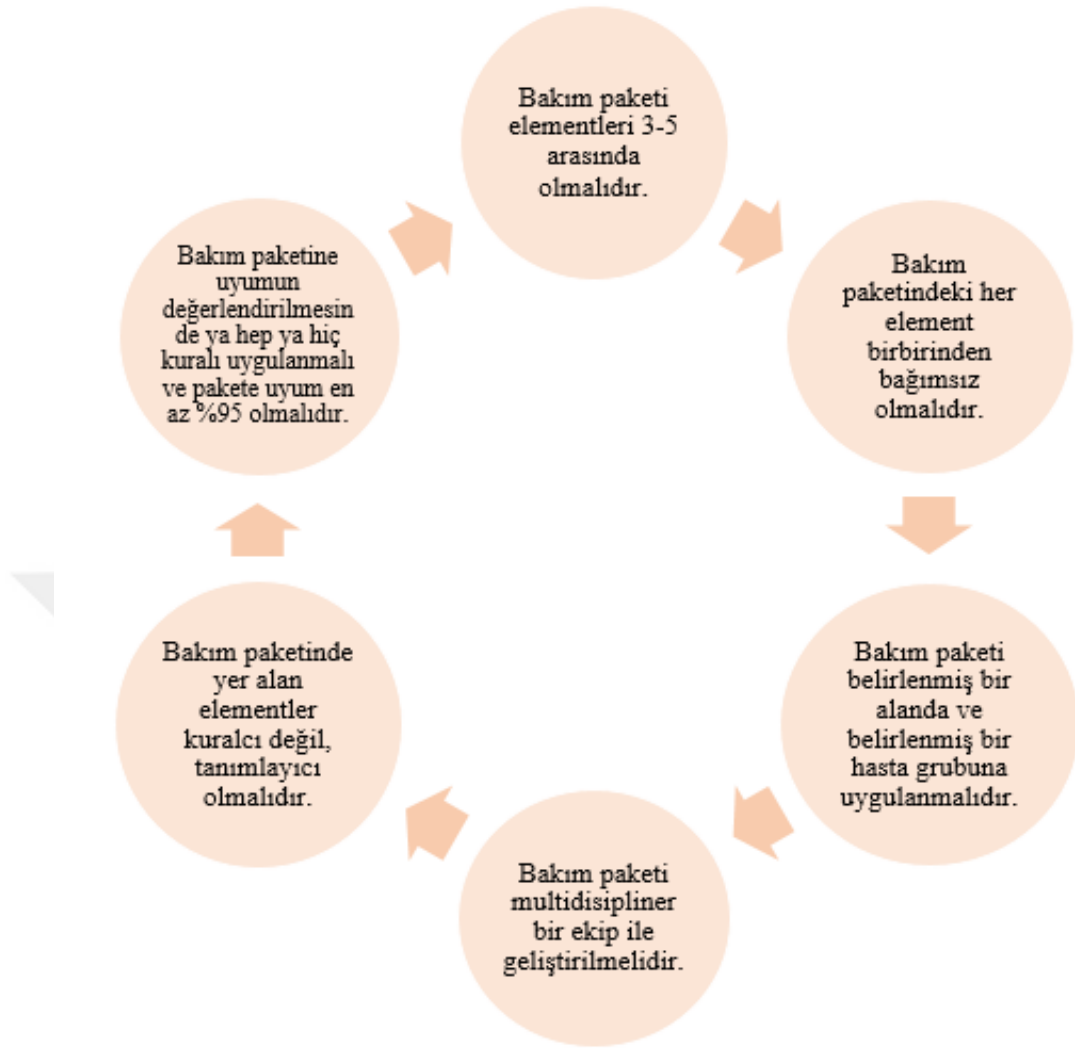
2001 yılında ise “Gönüllü Hastaneler Birliği” (Voluntary Hospital Association) ve Sağlık Bakımı İyileştirme Enstitüsü, “Yoğun Bakım Ünitelerinin İdeal Dizaynı” hakkında yoğun bakımlarda güncel olarak sağlanan bakım hizmetleri ve yoğun

bakımların fiziki yapılarının değerlendirilmesi ve bakımın kalitesinin artırılması, hasta sonuçlarının iyileşmesini sağlayacak girişimlerin oluşturulması, ekipler arasında doğru iletişimin sağlanması hakkında iş birliği yapmışlardır (34). Bu iş birliği sonucunda ve Berenholtz ve ark.'nın da önerileri sonrasında yoğun bakımlarda uygulanabilecek iki bakım paketi üzerinde çalışmalara başlanmıştır. Ventilator İlişkili Pnömoni (VIP) Önlem Bakım Paketi (108) ve Kateter İlişkili Kan Dolaşım Enfeksiyonu (KİKDE) Önlem Bakım Paketi (109) ilk geliştirilen bakım paketleri olmuştur. Bu iki paketin etkinliğinin kanıtlanması da Sepsis Bakım Paketi (110), Obstruktif Yan Etkiler Bakım Paketi (111), İnme Bakım Paketi (112), Kateter İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonu (KİÜSE) Bakım Paketi (113) gibi diğer bakım paketlerinin geliştirilmesine olanak sağlamıştır. Hastalık ya da spesifik bakım gerektiren durumlarda hemşirelik bakımının kanıta dayalı olarak sürdürülmesi, standardize edilmesi ve bakımın kalitesinin artırılması amacıyla hemşirelik bakımı ile ilgili son yıllarda bakım paketleri geliştirilmeye ve kullanılmaya başlanmıştır (114).

2.4.2. Bakım Paketinin Geliştirilmesi

Bakım paketlerinin geliştirilme ve uygulanma süreçleri nedeniyle diğer bakım yöntemlerinden veya kontrol listelerinden ayrılan özellikleri vardır (36, 115). Bakım paketinde yer alan tüm uygulamalar klinik uygulama rehberlerinin önerilerini içeren, kanıta dayalı ve tutarlı verilerden oluşan uygulamalardır (34). Bakım paketleri alan ile ilgili multidisipliner ekiplerin birlikte çalışması ile hastaya özel değil, ihtiyaç duyulan bakım gereksinimine yani tıbbi duruma ya da hastalığa göre hazırlanmaktadır (106).

Sağlık Hizmetlerinde Kalite İyileştirme Enstitüsü bakım paketlerinin geliştirilmesinde kullanılacak geliştirme adımları önermektedir (Şekil 2.1.) (34).



Şekil 2.1. Sağlık hizmetlerinde kalite iyileştirme enstitüsü bakım paketi geliştirme adımları (34).

1. Bakım paketi elementleri 3-5 arasında olmalıdır.

Bakım paketi yaklaşımının temel amacı, paketin uygulanacağı hasta grubuna ya da bakım alanına özel, alan ile ilgili kanıta dayalı rehberlerde önerilen tedavi ve bakım girişimlerinin (elementlerinin) kullanımını sağlamaktır. Bu noktada paketin tüm elementlerinin, uygulanması amaçlanan tüm hasta grubuna uygun olması, tüm profesyoneller tarafından uygulanabilir olması ve pakete uyum gösterilmesi önemlidir. Ayrıca pakette yer alan element sayısının artması pakete gösterilen uyumu zorlaştırmakta ve uyum oranının azalmasına neden olabilmektedir (34).

2. Bakım paketindeki her element birbirinden bağımsız olmalıdır.

Bakım paketi, pakette yer alan elementlerden birinin uygulanamaması durumunda diğer elementlerin uygulanıp uygulanamayacağını etkilemeyecek şekilde tasarlanmalıdır. Bu durumda pakette yer alan her bir element birbirinden bağımsız olmalıdır. Örneğin 5 elementten oluşan bir *Santral Katater Bakım Paketi*'nde yer alan "klorheksidin ile cilt temizliği yapılır" elementi uygulanmasa dahi paketteki diğer elementler uygulanmaya devam edilecek şekilde tasarlanmıştır (34).

3. Bakım paketi belirlenmiş bir alanda ve belirlenmiş bir hasta grubuna uygulanmalıdır.

Bakım paketi uygulama alanı belli olan ve bu alanda bulunan belirli bir hasta grubuna uygulanacak şekilde tasarlanmalıdır. Aynı uygulama alanında birlikte çalışan sağlık profesyonelleri ile aynı hasta grubuna bakım paketini uygulamak pakete uyumu kolaylaştırmakta ve uyum oranını artırmaktadır, IHI tarafından bir paketin birden fazla birimde uygulandığı durumlarda pakete uyum oranının azaldığı bildirilmektedir. Örneğin IHI'nın geliştirdiği "*Cerrahi Alan Enfeksiyonu Bakım Paketi*" tüm perioperatif süreci içeren bir bakım paketidir. Paket farklı birimlerde çalışan sağlık profesyonelleri tarafından uygulanmaktadır. Birbirinden farklı birimlerde çalışan sağlık profesyonellerinin kendi sorumlulukları ile ilgili elementleri uyguladıkları fakat genel olarak pakete uyumun az olduğu bildirilmiştir. Bu noktada IHI bir paketin birden fazla farklı birimde uygulanması gerektiğinde her bir birim için ayrı bir bakım paketinin tasarlanması gerektiğini önermektedir (34).

4. Bakım paketi multidisipliner bir ekip ile geliştirilmelidir.

Bakım paketinin tasarlanması ve uygulanması farklı disiplinlerden profesyonellerin yer aldığı bir ekip çalışmasını gerekli kılmaktadır. Ekipte yer alan tüm profesyonellerin görüşlerinin alınması, düzenli toplantılar yapılması bakım paketinin kalitesine ve uygulanma sürecine katkı sağlamaktadır (34).

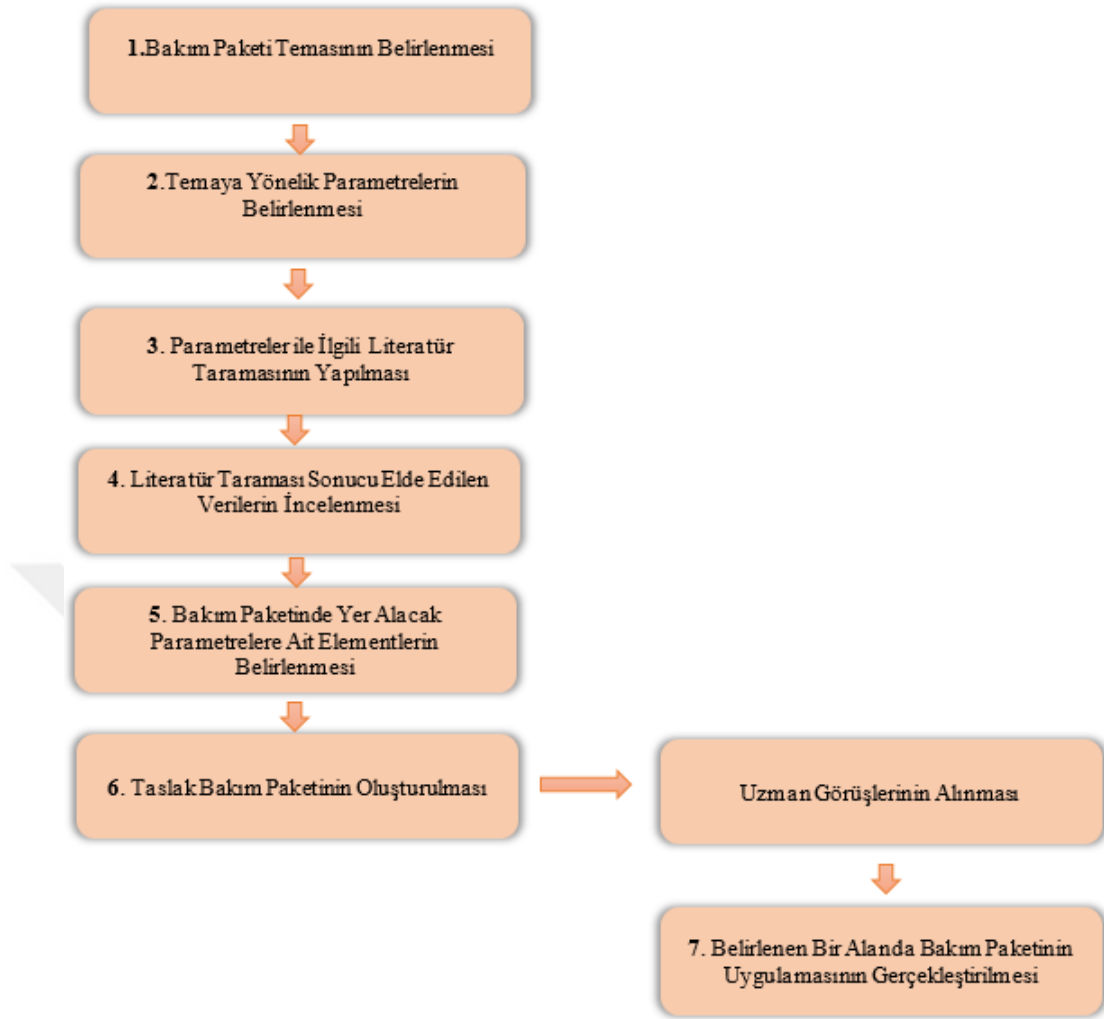
5. Bakım paketinde yer alan elementler kuralcı değil, tanımlayıcı olmalıdır.

Bakım paketinin başarıya ulaşmasında ekip iş birliği ve fikir birliğinin olması ve bakım paketini uygulayanların aynı uygulamaları gerçekleştirmesi önemlidir. Paketlerdeki bazı elementlerin uygulanmasında farklı uygulama yöntemleri kullanılabilir. Örneğin “*Ventilatör İlişkili Pnömoni Bakım Paketinde*” yer alan “*Peptik Ülser Profilaksisi*” elementinde uygulanması gereken profilaksinin türü kesin bir kural olarak verilmez, bu noktada önemli olan bu elementin atlanmadan, kliniğin prosedüründe hangi profilaksi uygulanıyor ise o şekilde uygulanmasıdır. Bu nedenle paketteki her bir elementin tanımı yapılmalı, sınırları belirlenmelidir. IHI, bakım paketinin uygulanabilmesi için uygulama alanına uygun bir forma getirilmesini, tüm elementlerin uygulanıp uygulanmadıklarının forma kaydedilebilecek bir yapıda olması gerekliliğini önermektedir (34).

6. Bakım paketine uyumun değerlendirilmesinde ya hep ya hiç yaklaşımı uygulanmalı ve pakete uyum en az %95 olmalıdır.

IHI bakım paketine uyumun hesaplanmasında “*ya hep ya hiç*” (All-or-None, AoN) yaklaşımını önermektedir. Paketteki elementlerin uygulanıp uygulanmadıkları “evet-uygulandı” ya da “hayır-uygulanmadı” şeklindeki yanıtlar ile değerlendirilmektedir. Paketteki elementlerin tamamının uygulanması durumunda paket hasta için uygulanmış ve tamamlanmış kabul edilmektedir. Paketteki elementlerin hasta için kontrendike olduğu durumlarda element hastaya uygulanmamakta fakat paket tam olarak uygulandı olarak kabul edilmektedir. Ancak herhangi bir kontrendikasyon olmadan bir elementin uygulanmadığı durumda “paket uygulanmadı” olarak kabul edilmektedir. Pakete uyum oranının %95’in altında olduğu durumlarda bakım paketi başarısız olarak değerlendirilmektedir (34, 115, 116).

Sağlık Hizmetlerinde Kalite İyileştirme Enstitüsü bu altı adımın, bakım paketi geliştirirken temel olarak kullanılmasını önermekte ve bir bakım paketinde olması gereken özellikler olarak yer alması gerektiğini bildirmektedir (34). Bu altı adıma ek olarak bakım paketinin elementlerinin oluşturulmasında kullanılması önerilen yedi basamaklı geliştirme adımlarına aşağıda yer verilmiştir (Şekil 2.2.) (36, 106).



Şekil 2.2. Bakım paketi elementlerinin oluşturulmasında kullanılması önerilen adımlar (36, 106).

1. Bakım Paketi Temasının Belirlenmesi

Bakım paketinin elementlerinin geliştirme sürecinde öncelikle pakete uygun tema belirlenmelidir. Bu aşama paketin içeriğine yönelik sorunlar, bakım ile ilgili problemler ve riskler ortaya çıkarılarak tanımlanmalıdır.

2. Temaya Yönelik Parametrelerin Belirlenmesi

Bakım paketi teması oluşturulup, temaya yönelik tanımlanan problemler ya da riskler açıkça belirlendikten sonra temanın içeriğine ve bakım paketinin konusuna uygun ilgili parametreler belirlenmelidir.

3. Parametreler ile İlgili Literatür Taramasının Yapılması

Belirlenen bakım paketi parametreleri ile ilgili kapsamlı bir literatür taraması yapılmalı, alan ile ilgili oluşturulmuş klinik uygulama rehberlerinden ve uzman görüşlerinden yararlanılmalıdır.

4. Literatür Taraması Sonucu Elde Edilen Verilerin İncelenmesi

İlgili literatür taraması yapıldıktan sonra belirlenen tüm veriler dikkatlice incelenmeli, ilişkili ve uygulanabilir olanlar seçilerek, ilgili kaynakların kalite değerlendirilmesi yapılmalıdır.

5. Bakım Paketinde Yer Alacak Parametrelere Ait Elementlerin Belirlenmesi

İlgili literatür taraması ve kalite değerlendirilmesi yapıldıktan sonra bakım paketinde yer alacak elementlere paketin geliştirme aşamasında belirlenen çalışma ekibi ile karar verilmelidir.

6. Taslak Bakım Paketinin Oluşturulması

Çalışma ekibi tarafından bakım paketinde yer alacak parametrelerin ve elementlerin kategorize edilerek, bakım paketinde yer alacak her bir parametrenin element sayısının üç ve beş arasında olması sağlanmalıdır. Elementler belirlenirken IHI'nın önerdiği aşağıdaki adımlar dikkate alınmalıdır:

- Oluşturulacak her bir element birbirinden bağımsız olmalı,
- Oluşturulacak her bir element kesin, açık ve anlaşılır olmalı,
- Oluşturulacak her bir elemente ait “evet” ve “hayır” cevaplarının oluşturularak, evet elementin uygulandığını, hayır ise uygulanmadığını göstermelidir.

Önerilen adımlara göre oluşturulan bakım paketi için uzman görüşleri alınmalıdır.

7. Belirlenen Bir Alanda Bakım Paketinin Uygulamasının Gerçekleştirilmesi

Bakım paketinde yer alan tüm parametre ve elementlere, uzman görüşleri doğrultusunda yapılan değişiklikler sonrası son hali verilmeli, bakım paketi uygulama ve kontrol yönergeleri hazırlanmalı, bakım paketinin uygulanabilir ve etkili olup olmadığının belirlenebilmesi için belirlenen bir uygulama alanında bakım paketinin uygulaması gerçekleştirilmelidir.

2.4.3. Bakım Paketinin Uygulanması ve Bakım Paketine Uyumun Değerlendirilmesi

Bir bakım paketinin geliştirilmesine ve belirlenen bir klinik alana uygulanmasına karar verilmeden önce ve sonrasında bakım paketinin uygulanacağı klinikteki ekip ve bakım paketini geliştirecek multidisipliner ekiplerin bir araya gelip tartışması, fikir alışverişinde bulunması ve iş birliği içinde hareket etmesi gerekmektedir (106). Bu şekilde bir ekip çalışması ile bakım paketinin geliştirilmesi ve uygulanması süreci daha profesyonel ilerlemekte ve paketin başarısı artmaktadır.

Ekip iş birliği ile geliştirilen bakım paketini belirlenen klinik alanda uygulamaya başlamadan önce, klinikte paketi uygulayacak sağlık profesyonelleri için bir eğitim programı gerçekleştirilmelidir. Eğitim içeriği bakım paketinin amacı, uygulama nedenleri ve geliştirilen paketin klinikte nasıl uygulanacağı ile ilgili olmalıdır. Paketin uygulanma başarısı, profesyonellerin uyumu ve hasta sonuçları düşünüldüğünde paketi uygulayacak tüm profesyonellerin eğitimlere katılması gerekmektedir. Bu noktada tüm profesyonellere aynı anda eğitim verilmesi mümkün olmayacağı için kliniklerin çalışma düzenine göre eğitimler ayarlanmalıdır (106). Bakım paketine uyumun değerlendirilmesi, bakım paketinin etkinliğinin kısa vadede değerlendirilmesinde kullanılan ana ölçümdür (106).

Bakım paketine uyumun değerlendirilmesinde kullanılmak üzere literatürde önerilen yaklaşım “*ya hep ya hiç*” “All-or-None (AoN)” yaklaşımıdır (117). Bu yaklaşımda paketteki elementlerin tamamının hasta için uygulanması beklenir, bu elementlerden birinin bile uygulanmadığı durumda paket hasta için uygulanmamış kabul edilir. Bu yaklaşımdaki istisna ise, paketteki bir elementin hasta için kontraendike olduğu durumda, o element uygulanamıyor ise uyumun tam olarak

değerlendirilmesidir (34, 117, 118). Ya hep ya hiç yaklaşımı bakım paketinin istenilen düzeyde uygulanmasına ve kaliteli bakımın verilmesine olanak sağlayan bir kilometre taşıdır. Bu yaklaşımda paketteki her bir element birbirinden bağımsız olmasına rağmen, birinin bile uygulanmaması paketin tamamını etkilemekte ve hasta bakımında sonuca ulaşmada yetersiz olmaktadır. Örneğin, ameliyatta steril tekniğin tek bir adımının ihlali, diğer tüm adımların doğru şekilde uygulanmasının faydalarını geçersiz kılabilir yani ameliyat önlüğü giyilirken steril tekniğin bozulması, daha öncesinde pakete uygun gerçekleştirilen uygun el yıkama prosedürünü de etkisiz kılar. Ameliyatta profilaktik antibiyotik doğru seçilse bile, ilacın zamanında verilmemesi hastaya fayda sağlamayabilir. Ya hep ya hiç yaklaşımı bu nedenle bakımda kaliteyi artıran, tüm elementlerin hasta için uygulanmasını sağlayan bir yaklaşımdır. Aynı zamanda bu yaklaşım paketin tüm elementlerine bir bütün olarak bakmayı ele alır (117). Pakete uyum oranının %95'in üzerinde olduğu durumlarda bakım paketi başarılı olarak değerlendirilmektedir. Pakete uyum oranı aşağıdaki formül ile hesaplanmaktadır (34, 115, 116).

$$\frac{\text{Uygulanan girişim sayısı}}{\text{Uygulanması gereken girişim sayısı}} \times 100$$

Bakım paketine günlük bazda uyumun değerlendirilmesinde ve uyumun gösterilmesinde uygulama çizelgeleri kullanılmakta ve uygulama çizelgelerinin uyumu değerlendirmenin önemli bir bileşeni olduğu bildirilmektedir (106). Örneğin, dört yataklı bir uygulama alanında kullanılan VIP önlem bakım paketine uyumun değerlendirilmesinde ve gösterilmesinde aşağıda yer alan uygulama çizelgesinin kullanımı önerilmektedir (Tablo 2.1.) (106, 119).

Tablo 2.1. Bakım paketi uygulama çizelgesi (106, 119).

	Element															
	DVT profilaksisi				Sedasyon				GU profilaksisi				Baş pozisyonu			
Hasta Sırası	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Gün 1	E	E	E	E	H	H	H	H	H	H	E	E	E	H	E	E
Gün 2	E	E	E	E	H	H	H	H	H	H	E	E	E	H	E	E
Gün 3	E	H	E	E	H	H	H	H	E	E	E	E	E	E	E	E
Gün 4	E	E	E	E	E	E	H	H	H	H	E	E	E	E	H	H
Gün 5	E	H	E	E	E	E	H	H	E	E	E	E	E	E	E	E
Gün 6	E	E	E	H	E	H	H	H	H	H	E	E	E	E	E	E
Gün 7	E	E	E	E	E	H	E	H	E	E	E	E	E	E	E	H
Gün 8	E	E	E	E	E	H	E	H	E	E	E	E	E	E	E	E

DVT: Derin Ven Trombozu, GU: Gastrik Ülserasyon, E: Evet, H: Hayır

Literatürde bakım paketinin uygulanabilirliğinin değerlendirilmesinde nitel verilerin de göz önünde bulundurulması önerilmektedir. Örneğin bakım paketini kullanan sağlık profesyonellerinin paket ile ilgili deneyimleri veya bakım paketinde aktif rol alan hastaların pakete yönelik ifadeleri ve deneyimleri, bakım paketinin uygulanabilirliğinin değerlendirilmesinde önemli bir veri kaynağı oluşturmaktadır (106, 120).

2.4.4. Bakım Paketlerinin Kullanıldığı Çalışmalar

Kanıt dayalı klinik uygulama rehberlerine uyumu artırmak, rehber önerilerinin sağlık profesyonelleri tarafından uygulanmasını sağlamak ve bakımda kaliteyi artırmak için geliştirilen bakım paketleri ile bakımda standardizasyon sağlanmakta, bakım paketini kullanan sağlık profesyonelleri arasında ortak bir dil oluşmakta, bakımda yapılan farklı uygulamalar ortadan kalkmaktadır (115). Literatürde IHI tarafından geliştirilmiş ve etkinlikleri değerlendirilmiş bakım paketleri bulunmaktadır (108, 109, 111). Bu bakım paketlerinin hasta sonuçlarını iyileştirmesi, memnuniyeti artırması ve sağlık profesyonellerinin paketlerin kullanımına uyum göstermeleri, araştırmacılar tarafından farklı bakım paketlerinin geliştirilmesine olanak sağlamıştır. Aşağıda IHI ve araştırmacılar tarafından geliştirilmiş ve etkinlikleri değerlendirilmiş bakım paketlerine yönelik çalışma örneklerine yer verilmiştir.

Ventilatör İlişkili Pnömoni Önlem Bakım Paketi: VIP yoğun bakım hastalarında sıklıkla ortaya çıkan önlenabilir sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonlardan biridir. Bu doğrultuda VIP'in önlenmesine yönelik IHI tarafından VIP önlem bakım paketi geliştirilmiştir (108). Bakım paketinin elementlerini “*hastanın yatak başının 30-45 derece yükseltilmesi*”, “*günlük sedasyona ara verilmesi ve ekstübasyona hazırlığının değerlendirilmesi*”, “*peptik ülser profilaksisinin uygulanması*” ve “*derin ven trombozu profilaksisinin uygulanması*” oluşturmuştur. 2010 yılında ise IHI tarafından yapılan güncelleme ile bakım paketine “*klorheksidin glukonat ile günlük ağız bakımı verilmesi*” elementi eklenmiştir. VIP bakım paketi kullanıldıktan sonra VIP oranının Shaban ve ark. (121)'nin çalışmasında %62'den %26'ya düştüğü, Fortelaza ve ark. (122)'nin yaptığı çalışmada %36'dan %12'düştüğü bildirilmiştir. VIP bakım paketinin kullanımı ile ilgili yapılan sistematik derleme çalışmasında VIP azalma oranlarının bakım paketinin kullanımı ile %13 ve %100 arasında değiştiği, aynı zamanda VIP bakım paketinin kullanımı ile ilgili sağlık profesyonellerinin eğitiminin VIP oranının azalmasında etkili olduğu bildirilmiştir (123).

Katater İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonu Önlem Bakım Paketi: Katater ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu morbidite ve mortaliteyi artıran sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonlardan biridir. KİKDE'nin önlenmesine yönelik IHI tarafından KİKDE önlem bakım paketi geliştirilmiştir (109). Bakım paketinin elementlerini “*el hijyeninin sağlanması*”, “*maksimum bariyer önlemlerinin uygulanması*”, “*klorheksidin ile cilt temizliğinin yapılması*”, “*uygun kateter yerinin seçilmesi ve günlük kateter ihtiyacının değerlendirilmesi*” oluşturmuştur. Vikas ve ark. (124)'nin çalışmasında yoğun bakımda KİKDE önlem bakım paketinin uygulanması ile birlikte 1000 kateter gününde enfeksiyon oranının 3.6'dan 0.7'ye düştüğü, Khodare ve ark. (125)'nin çalışmasında 1000 kateter gününde 11,78'den 3,99'a düştüğü bildirilmiştir. Ista ve ark. (39)'ı meta analiz çalışmalarında KİKDE bakım paketinin kullanılmasının KİKDE oranlarında %60 oranında azalma olduğunu bildirmişlerdir.

Katater İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonu Önlem Bakım Paketi: KIÜSE önlenmesine yönelik IHI tarafından KIÜSE önlem bakım paketi geliştirilmiştir. Bakım paketinin elementlerini “*el hijyeninin sağlanması*”, “*kataterin sabitlenmesi*”, “*idrar torbasının mesane seviyesinin altında tutulması ve zemine temas etmemesi*”,

“idrar torbasın 2/3’ünün dolmadan boşaltılması”, “kapalı drenaj sisteminin sürdürülmesi ve katater gereksiniminin günlük olarak değerlendirilmesi” oluşturmuştur. Frödin ve ark. (40) çalışmalarında üriner katater bakım paketi kullanımının enfeksiyon oranını %18,5’tan %4,2’ye düşürdüğünü, Soundaram ve ark. (126) çalışmalarında 1000 katater gününde KİÜSE insidansının 10.7’den 4.5’e düşüğünü bildirmişlerdir. KİÜSE önlem bakım paketinin etkinliğinin değerlendirildiği bir sistematik derleme çalışmasında ise bakım paketi kullanımının önemli derecede KİÜSE enfeksiyonunu azalttığı, ayrıca bakım paketine yönelik eğitimlerin ve hemşirelerin uygulamalarının değerlendirilerek geri bildirim sağlanmasının bu azalmaya katkı sağlayacağı bildirilmiştir (127).

Basınç Yarası Önlem Bakım Paketi: Literatürde araştırmacılar tarafından geliştirilen ve kurumlara özgü kullanılan çeşitli basınç yarası önlem bakım paketleri bulunmaktadır. Araştırmacılar bu süreçte çoğunlukla basınç yarası ile ilgili alan rehberlerinin kanıta dayalı önerilerini kullanarak bakım paketlerini geliştirmişlerdir. Basınç yarası önlem bakım paketleri genellikle “risk değerlendirme”, “deri değerlendirme”, “deri bakımı”, “pozisyon verme”, “destek yüzeyler” ve “beslenme ve sıvı alımı” olmak üzere 6 parametre ve bu parametrelerin altında yer alan ilgili elementlerden oluşmaktadır (128-130). Richardson ve ark. (41)’nın çalışmasında bakım paketinin uygulanması ile basınç yarası gelişme insidansının 8.08’den 2.97’ye düştüğü ve bakım maliyetinin ortalama 2,6 milyon Euro azaldığı, Mayhob ve ark. (131)’nin çalışmasında bakım paketini immobil hastalarda kullandıkları grupta, kullanılmayan gruba göre daha az basınç yarası geliştiğini bildirmişlerdir. Basınç yarası önlem bakım paketlerinin yoğun bakımda kullanımı ve etkinliğinin değerlendirildiği sistematik derleme çalışmasında ise bakım paketi kullanımı ile basınç yarası insidansının gelişmiş ülkelerde %4,3-%32,6 oranında, gelişmekte olan ülkelerde ise %4,16-%25,72 oranında azaldığı bildirilmiştir (132).

Sepsis Bakım Paketi: Sepsis bakım paketi, 2004 yılında ilk defa sepsis kampanyası doğrultusunda geliştirilmiştir. Sepsis bakım paketinin elementlerini, *“laktat seviyesinin ölçülmesi”, “antibiyotik uygulamadan önce kan kültürünün alınması”, “geniş spektrumlu antibiyotiklerin yönetimi”, “hipotansiyon veya laktat $\geq$ 4 mmol/L olduğu durumda 30 ml/kg kristaloid uygulanması”, “sıvı resüsitasyonu sırasında veya sonrasında hasta hipotansif ise vazopresör uygulanması”*

oluşturmaktadır (133). Raj ve ark. (134)'nın çalışmasında sepsis bakım paketinin kullanımı ile sepsis ilişkili mortalite oranının %50'den %32'ye düştüğü, Na ve ark. (135)'nin çalışmasında sepsis bakım paketinin kullanımı ile sepsis ilişkili mortalite oranının %32'den %24,5'e düştüğü her iki çalışmada da bu düşüşlerin anlamlı olduğu bildirilmiştir. Sepsis bakım paketinin sepsis ilişkili mortaliteye etkisinin değerlendirildiği sistematik derleme çalışmasında, sepsis bakım paketi kullanımının mortalite oranlarını %22,6 oranında azalttığı belirlenmiştir (136).

Perioperatif Bakım Paketi: Literatürde cerrahi alan enfeksiyonlarının önlenmesine yönelik araştırmacılar tarafından ilgili alan rehberleri doğrultusunda geliştirilen ve kurumlara özgü kullanılan çeşitli perioperatif bakım paketleri bulunmakta ve kalp damar, nöroşirurji, kolorektal, ortopedi gibi birçok cerrahi alanda uygulanmaktadır (137-140). Davidson ve ark. (141)'ı perioperatif bakım paketinin uygulanması ile cerrahi alan enfeksiyonlarının öncesine göre %221 azaldığını, Hodge ve ark. (142)'ı bakım paketi kullanımı ile cerrahi alan enfeksiyonunun 100 vakada 1,9'dan 0,3'e düştüğünü bildirmişlerdir. Perioperatif bakım paketinin cerrahi alan enfeksiyonlarına etkisinin değerlendirildiği meta-analiz çalışmasında, bakım paketi kullanımının cerrahi alan enfeksiyonunu önemli ölçüde azalttığı bildirilmiştir (143).

ASPEN yetişkin yoğun bakım hastalarında enteral nütrisyonun sağlanması ve sürdürülmesi rehberinde bakım paketinin kullanımını önermektedir (17). Bakım paketinin kullanıldığı çalışma sonuçları da göz önüne alındığında iyi dizayn edilmiş bir enteral nütrisyon bakım prosedürü, hastaların hastanede kalış süresinin kısılmasına morbidite ve mortalite oranlarının azalmasına ve ayrıca sağlık hizmetleriyle ilişkili enfeksiyonlar ve bunların komplikasyonlarının azalmasına katkıda bulunacaktır. Ruffolo ve ark. (144) kurumlarında postoperatif dönemde yüksek oranda olan gastrostomi tüpünün yerinden çıkması ile ilgili bir kalite iyileştirme çalışması yapmıştır. Bu noktada multidisipliner ekip ile birlikte bakımı standardize etmek ve bakım vericinin çocuklarda tüp yönetimi konusundaki bilgisini artırmak için, uygulama öncesi-sonrası ve taburculuk sonrası tüpün yerinden çıkmasının temel faktörlerine odaklanan bütüncül bir yaklaşım benimsenerek bakım paketi oluşturmuşlardır. Kapsamlı bakım paketinin uygulanması ile tüpün yerinden çıkma oranının yatan ve taburcu olan hastalarda total olarak %43'den %19'a düştüğü, ayrı

olarak incelendiğinde yatan hastalarda %14'ten %1,5'e, taburcu olan hastalarda ise %29'dan %18'e düştüğü bildirilmiştir.



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma gastrostomi bakımında kanıta dayalı hemşirelik bakım paketinin geliştirilmesi ve hemşirelerin uyumunun değerlendirilmesi amacıyla nicel ve nitel araştırma yöntemlerinin birlikte kullanıldığı karma desen araştırmadır.

Araştırmanın nicel tasarımı; gastrostomi bakım paketinin geliştirilmesi, paketi kullanacak hemşirelere gastrostomi bakım paketi eğitimlerinin verilmesi ve hemşireler tarafından gastrostomi bakım paketinin uygulanması aşamalarından oluşmaktadır.

Araştırmanın nitel tasarımı; beyin ve sinir cerrahi yoğun bakım ünitesinde gastrostomi bakım paketini kullanan hemşireler ile bakım paketi kullanımına yönelik deneyimleri hakkında nitel görüşme aşamasından oluşmaktadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Hacettepe Üniversitesi Beyin ve Sinir Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Aralık 2021-Haziran 2022 tarihleri arasında yürütülmüştür. Beyin ve Sinir Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi, Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye yerleşkesinde yer alan Erişkin Hastanesinin zemin kat 5. blok girişinde bulunmaktadır. Yoğun bakım ünitesi 2'si negatif basınçlı oda olmak üzere toplam 11 yatak kapasitelidir. Yoğun bakımda 1 sorumlu hemşire ile birlikte toplam 12 hemşire çalışmaktadır. Yoğun bakım çalışma vardiyası 08-16, 08-20, 20-08 ve 08-16,16-08 olmak üzere değişkenlik göstermektedir. Her vardiyada sorumlu hemşire dışında üç hemşire çalışmaktadır. Beyin ve Sinir Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde, cerrahi müdahale gerekebilen, beyin ve sinir cerrahisi sonrası yoğun bakım takibi gereken tümör cerrahisi, damar hastalıkları, spinal cerrahi, travma cerrahisi ve streotaktik cerrahi geçiren hastaların takibi yapılmaktadır. Yoğun bakıma kabulü yapılan hastalar monitörize edilerek, ilk vital bulguları ve Glaskow Koma Skoru hemşire tarafından tespit edilmekte ve "Yoğun Bakım İzlem Formu"na kaydedilmektedir. Hastaların el, ayak, yüz, ağız, perine bakımı, saç ve vücut banyosu, trakeostomi bakımı, pnömotik kompresyon takibi, el-ayak elevasyonu, mobilizasyonu, basınç yarası önleme ve tedavilerine yönelik bakımları gerçekleştirilmektedir. Beslenme tedavisi planlanan hastaların süreci Beslenme Destek Birimine danışılmakta ve birimin önerilerine göre yapılmaktadır.

Buna göre, pansuman gastrostomi açıldıktan 24 saat sonra %0,9'luk sodyum klorür solüsyonu ile yapılmakta, gastrostomi giriş yeri kanama ve hematoma, sızıntı, açısından takip edilmekte, beslenme şekli sürekli veya aralıklı yöntemle gerçekleştirilmekte, beslenme bittikten sonra ve 2-4 saat aralıklar ile gastrostomi tüpü yıkanmaktadır. Gastrostomi bakımı ile ilgili yapılan uygulamalar Yoğun Bakım İzlem formuna kaydedilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Nicel araştırma tasarımı için;

Araştırmanın hemşire evrenini, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde çalışan 11 hemşire oluşturmuştur. Yoğun bakım ünitesinde çalışan ve dahil edilme kriterlerini sağlayan hemşirelerin tamamı örnekleme dahil edilmiştir. Bir hemşire araştırmanın üçüncü aşamasının uygulandığı tarihlerde izinli olması sebebi ile araştırmadan çıkarılmıştır.

Bakım paketlerinin belirlenen alanda yaklaşık altı ay uygulanması önerilmektedir (38, 106). Bu nedenle araştırmanın hasta evrenini Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Aralık 2021-Haziran 2022 tarihleri arasında gastrostomi ile beslenen hastalar oluşturmuştur. Belirlenen tarihler arasında Beyin ve Sinir Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde beslenme desteği alan altı hasta bulunmuş, bu hastaların tümünde gastrostomi bakım paketi kullanılmış ve toplam 75 uygulama yapılmıştır.

Nitel araştırma tasarımı için;

İncelenen olgunun doğrudan bir tanımını sağlamak, belirli bir mekân ve zamanda, olguyu deneyimleyen katılımcıların bakış açısını ve yorumunu değerlendirmeyi sağlayan tanımlayıcı nitel araştırmanın örneklemini, niteliksel verilerin toplandığı amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt örnekleme oluşturmuştur (145). Amaçlı örnekleme ile araştırmacılar katılımcıları çalışmanın amacına göre belirler. Ölçüt örneklemede araştırmacı önceden belirlediği ölçütler doğrultusunda örneklemini oluşturur. Nitel araştırmalarda, araştırma sorularına tekrarlayan yanıtlar geldiğinde veri doygunluğuna ulaşıldığı ve örnekleme alınan kişilerin sonlandırılması gerektiği bildirilmekle birlikte (146), Polkinghorne (147) araştırmacıların görüşmelerini, 5- 25 kişi ile yapmalarını önermiştir. Bu araştırmada evrene dahil edilen

11 hemşire ile görüşme yapılması hedeflenmiş olup bir hemşirenin görüşmelerin yapıldığı tarihte izninde olması nedeni ile 10 hemşire ile görüşme gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar aşağıda belirtilen kriterlere göre örnekleme dahil edilmiştir:

Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri:

Hasta için;

- Belirlenen tarih aralığında beyin ve sinir cerrahi yoğun bakımda beslenme desteği alan 18 yaş ve üzeri gastrostomili hastalar,
- Kendisi ya da yasal temsilcisi araştırmaya katılmaya onam veren hastalar,

Hemşire için;

- Belirlenen tarih aralığında beyin ve sinir cerrahi yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşireler,
- Araştırmaya katılmaya onam veren hemşireler,

Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri:

Hasta için;

- Beyin ve sinir cerrahi yoğun bakım ünitesinde tedavi gören fakat gastrostomisi olmayan hastalar,
- 18 yaş altı hastalar,

Hemşire için;

- Araştırma süreci tamamlanmadan beyin ve sinir cerrahi yoğun bakım ünitesinden ayrılmış olma,
- Çalışmayı sürdürmek istememe

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında “Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Kanıtla Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği”, “Gastrostomi Bakım Paketi Formu”, “Gastrostomi Bakım Paketi Uyum Değerlendirme Kontrol Formu”, “Gastrostomi Bakımı Soru Formu” ve “Gastrostomi Bakım Paketi Kullanımına Yönelik Yarı-Yapılandırılmış Görüşme Formu” kullanılmıştır.

3.4.1. Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu

Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu hemşirelerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslekte çalışma yılı, beyin ve sinir cerrahi yoğun bakım ünitesinde çalışma süresi ve

gastrostomi bakımına yönelik bilimsel aktivitelere katılma durumunu değerlendiren soruları içermektedir (Ek-1).

3.4.2. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği

Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği (KDHYTÖ) Ruzafa-Martinez ve arkadaşları tarafından 2011 yılında geliştirilmiş (148) ve Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Ayhan ve ark. tarafından 2015 yılında yapılmıştır (149) (Ek-2). Hemşirelerin kanıta dayalı uygulama konusunda tutumlarını ölçen KDHYTÖ 15 maddeli beşli likert tipindedir (5-Tamamen katılıyorum, 4- Katılıyorum, 3-Biraz Katılıyorum 2-Katılmıyorum, 1-Hiç Katılmıyorum). Ölçeğin “kanıta dayalı hemşireliğe yönelik inanç ve beklentiler” (7 madde), “uygulama niyeti” (4 madde) ve “duygular” (4 madde) olmak üzere üç alt boyutu vardır. Ölçek, sekiz olumlu ve yedi olumsuz ifade içeren toplam 15 maddeden oluşmaktadır. Olumsuz ifade içeren maddeler ters çevrilerek kodlanmaktadır. Ölçekten en az 15, en fazla 75 puan alınmaktadır. İnanç ve beklentiler alt boyutu puanı 7-35, uygulama niyeti ve duygular alt boyutları puanı 4-20 aralığındadır. Ölçeğin kesme noktası yoktur, ölçekten yüksek puan alınması kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumun olumlu olduğunu göstermektedir. Ölçeğin cronbach α değeri.90’dır. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach α güvenirlik katsayıları sırasıyla .86, .69 ve.71’dir. Ölçeğin uygulama süresi yaklaşık 10 dakikadır. Ölçeğin kullanımı için yazarlardan e-mail yolu ile izin alınmıştır (Ek-3).

3.4.3. Gastrostomi Bakım Paketi Formu

Gastrostomi Bakım Paketi Formu “Peristomal Alan Bakımı”, “Tüple Besleme” ve “Tüpten İlaç Uygulama” olmak üzere üç parametreden oluşmaktadır. Peristomal alan bakımı parametresi ve tüple besleme parametresi altında beş element, tüpten ilaç uygulama parametresi altında dört element yer almaktadır (Ek-4). Gastrostomi Bakım Paketi formu gastrostomisi olan her hastanın hemşire gözlem formuna yerleştirilmiş ve bakım paketi formu Beyin ve Sinir Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde çalışan hemşireler tarafından gastrostomi bakımında bir standart oluşturmak amacıyla kullanılmıştır. Formda bakım paketi elementleri, uygulama tarihi, saati ve elementlerin uygulanıp uygulanmama durumlarının işaretlendiği alanlar bulunmaktadır. Uygulanan elementler kontrol listesine (+), uygulanmayanlar ise (-)

olarak işaretlenmiştir. Gastrostomi Bakım Paketinin geliştirilmesi aşaması “Araştırmanın Uygulanması” başlığı altında ayrıntılı anlatılmıştır.

3.4.4. Gastrostomi Bakım Paketi Uyum Değerlendirme Kontrol Formu

Gastrostomi Bakım Paketi Uyum Değerlendirme Kontrol Formu gastrostomi bakım paketinin yoğun bakımda uygulanabilirliğini kontrol etmek ve hemşirelerin bakım paketine uyumunu değerlendirmek amacıyla oluşturulmuştur. Formda, hastanın yaşı, cinsiyeti, tanısı, ek hastalıkları, gastrostomi açılma tarihi ve gastrostomi bakım paketindeki elementlerin her biri yer almaktadır (Ek-5).

3.4.5. Gastrostomi Bakımı Soru Formu

Gastrostomi Bakımı Soru Formu, yoğun bakımda çalışan hemşirelerin gastrostomi bakımı ile ilgili bilgi düzeylerini ölçmek için gastrostomi bakım paketinin geliştirilme süreci ile eş zamanlı olarak araştırmacılar tarafından literatür taraması (2, 8, 13-25) ve araştırma ekibi toplantıları gerçekleştirilerek oluşturulmuştur. Soru formu peristomal alan bakımı, tüple besleme ve tüpten ilaç uygulama ile ilgili “doğru”, “yanlış” ve “bilmiyorum” seçeneklerini içeren 25 sorudan oluşmaktadır. Form, kapsam geçerliliğinin değerlendirmesi için 7 hemşire, bir hekim, bir eczacı ve bir diyetisyen olmak üzere toplam 10 alan uzmanına gönderilmiştir. Uzman görüşleri Lawshe tekniği ile analiz edilmiştir. Uzmanlardan her bir maddeyi, “uygun değil”, “uygun ancak değişiklik gerekiyor”, “uygun” şeklinde değerlendirmeleri ve maddeleri uygun bulmama gerekçeleri-değişiklik önerileri istenmiştir. Soru formu maddelerine uygun görüş bildiren uzman sayısı toplam uzman sayısının yarısına bölünerek bir eksiği alınmış ve kapsam geçerlik oranları (KGO) hesaplanmıştır. Kapsam geçerlik indeksleri (KGİ) ise, tüm KGO’ların toplamının madde sayısına oranı şeklinde hesaplanmıştır ($KGİ=0,98$)(150). Uzmanların önerileri doğrultusunda yapılan düzenlemeler ile birlikte soru formuna son şekli verilmiştir (Ek-6).

3.4.6. Gastrostomi Bakım Paketi Kullanımına Yönelik Yarı-Yapılandırılmış Görüşme Formu

Gastrostomi Bakım Paketi Kullanımına Yönelik Yarı-Yapılandırılmış Görüşme Formu araştırmanın nitel tasarım aşamasında kullanılmıştır. Görüşme

yöntemi, araştırılan konu hakkında bireyin yaşamışlıkları, tutumları, düşünceleri, niyetleri ve tepkileri gibi gözlenemeyen bilgilere ulaşılmasını sağlar. Görüşmenin amacı, katılımcıların iç dünyalarına erişerek onların özgün bakış açılarının belirlenmesidir (151, 152). Görüşme yöntemi, yapılandırılmış, yarı yapılandırılmış ve yapılandırılmamış olmak üzere üçe ayrılmaktadır (153). Nitel araştırma verileri beyin ve sinir cerrahi yoğun bakım ünitesinde çalışan ve bakım paketini kullanan hemşirelerin görüşlerini, her bir hemşirenin deneyimlerini paylaşımlarını ve örnekler vermelerini sağlayacak nitelikte açık uçlu beş soruyu içeren yarı yapılandırılmış görüşme formu ile elde edilmiştir (Ek-7).

3.4.7. Gastrostomi Bakım Paketi Eğitim Materyali

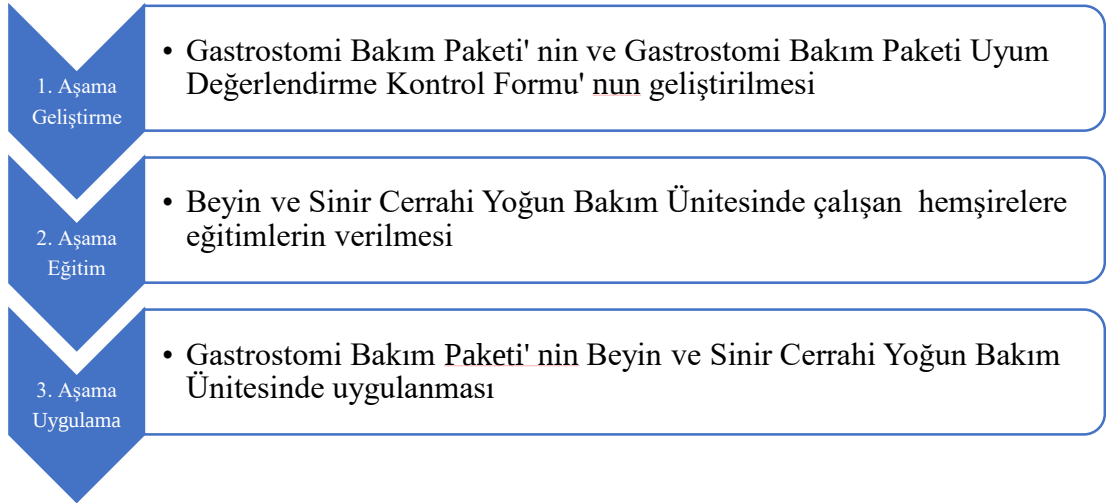
Eğitim materyali beyin ve sinir cerrahi yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin eğitiminde kullanmak üzere araştırmacılar tarafından ilgili literatür ve araştırma ekibi toplantıları gerçekleştirilerek hazırlanmıştır (2, 13-25). Eğitim materyali “Kanıt Dayalı Uygulama”, “Gastrostomi Bakımı”, “Gastrostomi Bakım Paketi” olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. Hazırlanan eğitimin içeriği ve anlaşılabilirliği alanında uzman toplam 3 hemşire, bir hekim ve bir eczacı tarafından değerlendirilmiş ve geri bildirimler doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapılmıştır (Ek-8).

3.5. Araştırmanın Uygulanması

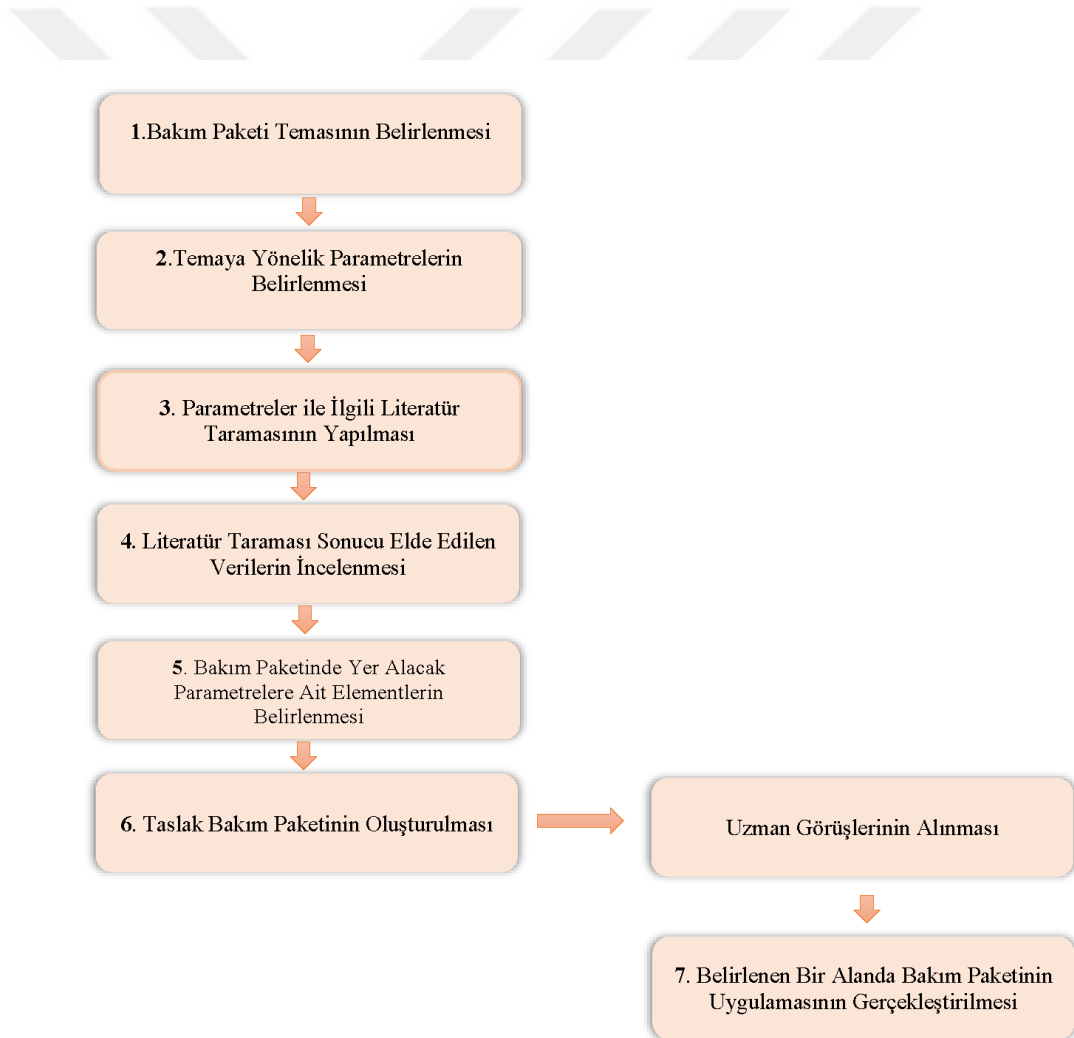
Bu araştırmanın uygulanması *geliştirme, eğitim ve uygulama* olmak üzere üç aşamada gerçekleştirilmiştir (Şekil 3.1.).

3.5.1. Birinci Aşama: Geliştirme

Araştırmanın birinci aşamasında “*Gastrostomi Bakım Paketi*” ve “*Gastrostomi Bakım Paketi Uyum Değerlendirme Kontrol Formu*” geliştirilmiştir. Gastrostomi bakım paketi, IHI önerileri doğrultusunda ve bakım paketinin elementlerinin oluşturulmasında kullanılması önerilen yedi basamaklı geliştirme adımları temel alınarak geliştirilmiştir (34, 36, 106). Bu adımlar şu şekildedir (Şekil 3.2.):



Şekil 3.1. Araştırmanın aşamaları.



Şekil 3.2. Gastrostomi bakım paketinin geliştirilmesinde kullanılan adımlar (36, 106).

Birinci Adım: Bakım Paketi Temasının Belirlenmesi

Literatürde gastrostomili hastaların bakımlarına yönelik mevcut rehberler bulunmakla birlikte (2, 8, 13-25), gastrostomi bakımının sağlık profesyonelleri arasında farklılık gösterdiği ve belli bir standardizasyonun sağlanamadığı bilinmektedir (26, 28, 29, 32, 33). Bu doğrultuda bakım paketinin teması, araştırma ekibi (iki akademisyen hemşire, bir nütrisyon hemşiresi, bir yoğun bakım hemşiresi ve bir klinik nütrisyon alanında uzman doktor) tarafından belirlenen gastrostomili hastaların kanıta dayalı hemşirelik bakımındır.

İkinci Adım: Temaya Yönelik Parametrelerin Belirlenmesi

Bu adımda, araştırmanın temasına uygun olarak araştırma kapsamında değerlendirilen rehberler sonucunda (2, 8, 13-25) araştırma ekibi tarafından 3 ana parametre belirlenmiştir. Bu parametreler “peristomal alan bakımı”, “tüple besleme” ve “tüpten ilaç uygulamadır.”

Üçüncü Adım: Parametreler ile İlgili Literatür Taramasının Yapılması

Bakım paketi geliştirme önerilerinde, belirlenen parametrelere ait elementler için klinik uygulama rehberlerinin kanıta dayalı önerilerini kullanmak önerilmektedir (34, 36, 106, 115). Kanıta dayalı rehberlerin önerilerine yer vermek yeterli olmakla birlikte, bu çalışmanın kalitesini güçlendirmek için kapsamlı bir literatür taraması yapılmıştır.

Dördüncü Adım: Literatür Taraması Sonucu Elde Edilen Verilerin İncelenmesi

Üç parametre ile ilgili verileri elde etmek için araştırmaya dahil edilen rehberlerin ilgili parametreler hakkındaki önerileri değerlendirilmiştir. Ayrıca rehberler dışında değerlendirilen çalışmaların sonuçları da incelenmiştir. Bu aşamada randomize kontrollü çalışmalar ve sistematik derlemelerin kalitesini değerlendirmede Joanna Briggs Enstitüsü (JBI) Kalite Değerlendirme Araçları, gözlemsel araştırmaların kalitesini değerlendirmede New Castle – Ottawa Kalite Değerlendirme

Aracı (NOS) ve alan rehberlerinin kalitesini değerlendirmede Tanı ve Tedavi Rehberlerini İnceleme ve Değerlendirme Ölçeği II (AGREE2) kullanılmıştır.

Beşinci adım: Bakım Paketinde Yer Alacak Parametrelere Ait Elementlerin Belirlenmesi

Araştırma ekibi tarafından bakım paketinin temasına uygun olan veriler belirlenen 3 parametre olan “peristomal alan bakımı”, “tüple besleme” ve “tüpten ilaç uygulama” alanlarının elementlerini oluşturmuştur. Bu elementler araştırma ekibi ile birlikte analiz edilip tartışılmış ve yapılan çoklu toplantılar sonucu elementlere karar verilmiştir.

Altıncı adım: Taslak Bakım Paketinin Oluşturulması

Araştırma ekibi ile birlikte yapılan çoklu toplantılarda taslak bakım paketinin geliştirilmesinde aşağıda yer alan kriterler dikkate alınmıştır:

- Element sayısının üç ve beş arasında olması sağlanacak,
- Her bir element kesin, açık ve anlaşılır olacak,
- Her bir element birbirinden bağımsız olacak (bir elementin uygulanmaması durumunda diğer elementler etkilenmeyecek),
- Her bir elemente ait “evet” ve “hayır” cevapları oluşturulacak, evet uygulamanın gerçekleştirildiğini, hayır ise gerçekleştirilmediğini gösterecek.

Araştırma ekibi tarafından ilgili literatür ve alan rehberlerinden elde edilen veriler kullanılarak geliştirilen “Taslak Gastrostomi Bakım Paketi” (Ek-9) kapsam geçerliğinin değerlendirilmesi için hemşire, diyetisyen, eczacı ve hekim olmak üzere toplam 14 alan uzmanına gönderilmiştir. Uzman görüşleri araştırmacı tarafından derlenerek gelen öneriler araştırma ekibi ile çoklu toplantılar ile tartışılmıştır. Uzman görüşleri Lawshe tekniği ile analiz edilmiştir. Uzmanlardan her bir maddeyi, “uygun değil”, “uygun ancak değişiklik gerekiyor”, “uygun” şeklinde değerlendirmeleri ve maddeleri uygun bulmama gerekçeleri-değişiklik önerileri istenmiştir. Bakım paketinin maddelerine uygun görüş bildiren uzman sayısı toplam uzman sayısının yarısına bölünerek bir eksiği alınmış ve kapsam geçerlik oranları (KGO) hesaplanmıştır. Kapsam geçerlik indeksleri (KGİ) ise, tüm KGO’ların toplamının madde sayısına oranı şeklinde hesaplanmıştır (KGİ=0,93) (150). Özellikle taslak

bakım paketinin fiziksel özelliği (yatay vs. dikey format, günlük vs. aylık kullanım) araştırmada yer alan ve araştırmanın uygulanacağı yoğun bakım sorumlu hemşiresi ile en anlaşılır ve uygulanabilir olması açısından tartışılmış ve bakım paketini kullanacak yoğun bakım hemşireleri ile yapılan toplantılar sonucu paketin fiziksel özellikleri ile ilgili görüşleri alınmıştır. Paket içeriğine gelen uzman görüşleri ve formun fiziksel yapısı araştırma ekibi ile değerlendirilip ve tartışıldıktan sonra öneriler uygulanarak alan uzmanlarına değerlendirmeleri açısından tekrar gönderilmiş, yazım ve dil bilgisi kuralları açısından bir Türk Dili uzmanından görüş alınmış ve forma son şekli verilmiştir (Ek-4). Gastrostomi Bakım Paketi'ne son şekli verildikten sonra, gastrostomi bakım paketinin yoğun bakımda uygulanabilirliğini kontrol etmek ve hemşirelerin bakım paketine uyumunu değerlendirmek amacıyla Gastrostomi Bakım Paketi Uyum Değerlendirme Kontrol Formu oluşturulmuştur (Ek-5).

Yedinci adım: Belirlenen bir alanda Bakım Paketinin Uygulamasının Gerçekleştirilmesi

Gastrostomi Bakım Paketinde yer alan tüm parametre ve elementlere, uzman görüşleri doğrultusunda yapılan değişiklikler sonrası son şekli verilmiş, bakım paketi uygulama ve kontrol formları hazırlanmış ve bakım paketinin uygulanabilir olup olmadığının belirlenebilmesi için belirlenen bir uygulama alanında (beyin ve sinir cerrahi yoğun bakım ünitesi) bakım paketinin uygulaması gerçekleştirilmiştir.

3.5.2. İkinci Aşama: Eğitim

Araştırmanın ikinci aşamasını Beyin ve Sinir Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde çalışan hemşirelere yönelik, kanıta dayalı uygulama, gastrostomi bakımı ve gastrostomi bakım paketi ile ilgili eğitimlerin verilmesi oluşturmuştur. Araştırmaya katılmayı kabul eden hemşireler için eğitim takvimi beyin ve sinir cerrahi yoğun bakım sorumlu hemşiresi tarafından uygun tarih ve saat ayarlamaları yapılarak yoğun bakımın çalışma düzeni etkilenmeyecek şekilde oluşturulmuştur. Eğitimler 21-23-24 Aralık 2021 tarihlerinde Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Beslenme Destek Birimi toplantı salonunda beyin ve sinir cerrahi yoğun bakım ünitesinde çalışan toplam 11 hemşireye 3 ayrı grup olacak şekilde 3 farklı günde verilmiştir. Hemşirelere eğitimden önce araştırma hakkında bilgilendirme yapılmış ve sözel-yazılı onamları

alınmıştır. Eğitim başlamadan önce hemşireler “*Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu*”, “*Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği*” ve “*Gastrostomi Bakımı Soru Formu*” (ön-test)” doldurmuşlardır. Eğitimler araştırma ekibinde yer alan nütrisyon hemşiresi ve araştırmacı tarafından power point gösterim ile anlatım ve soru-cevap tekniği ile verilmiştir. Eğitimler yaklaşık 60 dakika sürmüştür. Eğitimin sürekliliğini ve kalıcılığını sağlamak için eğitim materyali hemşirelere basılı olarak verilmiş ve beyin ve sinir cerrahi yoğun bakım ünitesinde bulunan bilgisayara kaydedilmiştir. Eğitim sonrasında hemşireler “*Gastrostomi Bakımı Soru Formu*” (son-test)” tekrar doldurmuşlardır. Hemşirelerden, beyin ve sinir cerrahi yoğun bakım ünitesinde beslenme desteği alan gastrostomili hastaların gastrostomi bakımlarını bakım paketi elementleri doğrultusunda yapmaları ve gastrostomi bakımının uygulanacağı her bakımda bakım paketinin kullanılması gerekliliği belirtilmiştir. Gastrostomili hastaların dosyasına bakım veren hemşire tarafından bakım paketi formu yerleştirileceği, hastaya bakım verilen süre boyunca kullanılacağı, pakette yer alan tüm elementlere yönelik yapılanların “evet” (+) ve yapılmayanların “hayır” (-) şeklinde işaretleneceği belirtilmiştir. Bakım paketi formu yeterli sayıda çoğaltılmış ve beyin ve sinir cerrahi yoğun bakım ünitesine teslim edilmiştir. Uygulamaların etkili ve akılda kalıcı olabilmesi için literatürde hatırlatıcı materyallerin kullanılması gerekliliği belirtilmektedir (154). Bu nedenle Gastrostomi Bakım Paketi Posterleri hazırlanıp yoğun bakım içerisinde hemşirelerin gastrostomi bakım paketine uyumlarını artırmak için uygun yerlere asılmıştır. A5 boyutunda el broşürleri ise yine yoğun bakım içerisinde uygun alanlara yerleştirilmiştir (Ek-10). Ayrıca Gastrostomi Bakım Paketinin presli şekli yoğun bakımda kullanılan diğer formların yer aldığı dosya içerisine yerleştirilmiştir (Ek-11).

3.5.3. Üçüncü Aşama: Uygulama

Araştırmanın üçüncü aşamasını 28 Aralık 2021-28 Haziran 2022 tarihleri arasında beyin ve sinir cerrahi yoğun bakım ünitesinde beslenme desteği alan gastrostomili hastaların bakımında Gastrostomi Bakım Paketi’nin uygulanması oluşturmuştur. Gastrostomili hastaların dosyasına bakım veren hemşire tarafından bakım paketi formu yerleştirilmiş ve hastaya bakım verilen süre boyunca kullanılmıştır. Hemşire, hastaya bakım verilen süreçte bakım paketi elementini

uyguladı ise, uyguladığına dair evet anlamına gelen (+) işaretini, eğer bakım paketi elementini uygulamadı ise hayır anlamına gelen (-) işaretini koymuştur. Yanlılığı önlemek için hemşirelere, bakım paketine uyumun bakılacağı saatler hakkında bilgi verilmemiştir. Araştırmacı, yoğun bakım ünitesini her gün farklı saatlerde olmak üzere ziyaret ederek “Gastrostomi bakım paketi uyum değerlendirme kontrol formu” ile, bakım alan hastaların tanıtıcı özelliklerini doldurmuş ve araştırma ekibinde yer alan yoğun bakım sorumlu hemşiresi ile hemşireler tarafından bakım paketi elementlerinin uygulanma durumunu, uygulamaların gastrostomi bakım paketi formuna işaretlenip işaretlenmediğini değerlendirmiştir. Araştırmacılar bakım paketi elementleri uygulanmış ve işaretlenmiş ise uyum değerlendirme formunun “uygulandı” kısmına gelen kutucuğu, uygulanmadıysa “uygulanmadı” kısmına gelen kutucuğu, işaretlenmediyse “doldurulmadı” kısmına gelen kutucuğu işaretlemiştir. Değerlendirmelerin yapılacağı hemşirelere iletilmiş fakat saatleri hakkında bilgi verilmemiştir. Araştırmada hemşirelerin bakım paketini kullanım uyumları bu değerlendirmelerden elde edilmiştir. Hemşirelerin bakım paketi kullanımlarına uyumlarını artırmak ve olası hataları önleyebilmek için araştırma ekibinde yer alan yoğun bakım sorumlu hemşiresi tarafından da paketin uygulanma durumu kontrol edilmiştir. Araştırmacılar tarafından uygulama sürecinde hemşirelere ihtiyaç halinde gerekli bilgilendirmeler yapılmıştır. Değerlendirme süresi farklılık göstermekle birlikte ortalama 30-45 dk. sürmüştür. Değerlendirme sürecinde “ya hep ya hiç” yaklaşımı (34, 117, 118) baz alınarak bakım paketinin tüm elementlerine tam uyum şartı aranmıştır. Bu elementlerden herhangi birinin eksik uygulanması durumunda paketin diğer elementleri de uygulanmamış kabul edilmiştir.

Bakım paketinin yoğun bakımda altı aylık kullanımı sonrasında araştırmaya katılan hemşireler ile çalışma takvimine uygun saat ayarlaması yapılarak tekrar görüşülmüştür. Bu görüşmede hemşireler “*Gastrostomi Bakımı Soru Formu (izlem-test)*” ve “*Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği*”ni tekrar doldurmuşlardır. Hemşirelerin bakım paketini uygulamaya yönelik görüşlerini değerlendirmek amacıyla hemşireler ile yoğun bakım hemşire odasında “*Gastrostomi Bakım Paketi Kullanımına Yönelik Yarı-Yapılandırılmış Görüşme Formu*” kullanılarak nitel görüşme gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler yaklaşık 30 dakika sürmüştür.

3.6. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Çalışmanın nicel aşamasında; istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 20 (Statistical Package for the Social Sciences) analiz programı kullanılmıştır. Sayısal veriler için ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler, sayısal olmayan veriler için sayı (n) ve yüzde (%) değerleri hesaplanmıştır. Grup içi karşılaştırmalarda Wilcoxon test ve Friedman testi kullanılmıştır. Hemşirelerin bakım paketi kullanımına yönelik uyumları, IHI'nın önerdiği “ya hep ya hiç” yaklaşımı (34, 117, 118) baz alınarak aşağıdaki formüle göre hesaplanmıştır.

$$\frac{\text{Uygulanan girişim sayısı}}{\text{Uygulanması gereken girişim sayısı}} \times 100$$

Çalışmanın nitel aşamasında; Ses kayıt cihazına kaydedilen yarı yapılandırılmış derinlemesine bireysel görüşmeler, araştırmacı tarafından bilgisayar ortamında yazıya dökülerek transkript haline getirilmiştir. Herhangi bir hatanın oluşmasını önlemek için transkript oluşturulduktan sonra bir dinleme daha yapılmış ve veriler tekrar gözden geçirilmiştir. Nitel verilerin analizi Graneheim ve Lundman'ın kalitatif içerik analiz metoduna göre yapılmış olup, verilerin analizinde nitel veri analiz programı kullanılmamıştır (155). Graneheim ve Lundman'ın kalitatif içerik analizine göre ilk olarak, katılımcıların deneyimlerinin yer aldığı her bir transkripsiyon önce araştırmacı tarafından yazıya dökülmüş ve daha sonra gastrostomi bakım paketini kullanan hemşirelerinin deneyimlerine ilişkin genel bir anlayış elde etmek için her bir transkripsiyon iki araştırmacı tarafından bağımsız olarak birkaç kez gözden geçirilmiştir. İkinci olarak, her iki araştırmacı da her transkriptten içerikle ilgili önemli ifadeleri (katılımcıların ifadelerinden çıkarılan cümleler veya paragraflar) çıkarmıştır. Bu ifadeler, temaları belirlemek için araştırmacılar tarafından gruplandırılmıştır. Gruplanan ifadeleri iki araştırmacı birbirinden bağımsız olarak alt temalara ayırmıştır. Tartışma ve fikir alışverişinden sonra alt temalar benzerlik ve farklılıklarına göre temalar halinde gruplandırılmıştır. Son olarak temalar ve alt temalar gözden geçirilmiş, gereksiz veya yanlış tanımlamalar genel yapıdan çıkarılmıştır. Katılımcıların kimliklerini gizlemek adına görüşme 1'den görüşme 10'a

kadar numaralar verilmiştir. Katılımcıların ifadelerinin yanında hangi katılımcı olduğu, kaç yaşında olduğu ve cinsiyetleri de kodlanarak belirtilmiştir. Örneğin, katılımcı 1, 27 yaşında ve kadın ise (K1, K, 27Y) olarak ifade edilmiştir.

Nitel araştırmanın geçerlik ve güvenirliği, Lincoln ve Guba (156) tarafından önerilen inanırlık, aktarılabirlik, güvenirlik ve onaylanabilirlik kriterleri uygulanarak sağlanmıştır. İnanırlık kriteri için araştırmacı, araştırmanın yapıldığı süre içinde yoğun bakım ünitesinde bulunmuş, hemşirelerin bakım paketini uygulama süreçlerini gözlemlemiştir. Bu, görüşmeler sırasında toplanan verilerin geçerliğini artırmayı sağlamıştır. Aktarılabirlik kriteri, nicel araştırmadaki genellenebilirlik kriterini karşılamaktadır. Fakat nitel araştırmalarda genellenebilirlik amaçlanmamaktadır. Görüşmeler bireylerin deneyimlerini anlamaya odaklanmaktadır. Bu noktada katılımcıların yaşadıkları deneyimlerin ayrıntılı tanımlanması önemli olmaktadır. Aktarılabirlik kriterinin sağlanması için örneklem seçimi, katılımcıların özellikleri, araştırmanın yapıldığı ortam açıkça belirtilmelidir. Bu nedenle araştırmanın gereç-yöntem bölümünde nitel araştırma tasarımına yönelik, yöntem, örnekleme, veri toplama ve analiz süreçleri detaylandırılmıştır. İnanırlık ve aktarılabirlik iç-dış geçerlik yöntemlerini oluşturmuştur. Güvenirlik kriteri için ise; elde edilen veriler direkt olarak araştırma raporunda sunulmuş, birden fazla araştırmacı ile araştırmanın bakış açısı ve eleştirel yönü güçlendirilmiş, araştırma verilerinin analizi araştırmacılar tarafından ayrı ayrı yapılarak ortak temalar ortaya çıkarılmıştır. Ayrıca nitel araştırmanın raporlanmasında Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) kontrol listesi kullanılmıştır (157). Onaylanabilirlik kriterinin sağlanması için üçgenleme yönteminin kullanılması önerilmektedir. Bu araştırmada da nitel-nicel araştırma yöntemleri birlikte kullanılmış, hemşirelerin bakım paketini uygulama durumları, uyumları nicel yöntem ile değerlendirilmiş, bakım paketi hakkındaki görüşlerinin değerlendirilmesinde ise nitel yöntem kullanılmıştır. Ayrıca bu kriterin sağlanması için transkripsiyonlardan elde edilen ifadeler araştırmacılar tarafından yorum yapılmadan rapor edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın etik uygunluğu Hacettepe Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan KA2021/11-09 karar numarası ile onaylanmıştır (Ek-12). Araştırmanın

uygulanabilmesi için Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığı'ndan yazılı izin alınmıştır (Ek-13). Araştırmaya katılan hemşirelerden ve hastaların yasal temsilcilerinden yazılı aydınlatılmış onam alınmıştır (Ek-14).

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma belirlenen bir uygulama alanında sınırlı sayıda gastrostomili hasta ile yapılabilmektedir. Araştırmada kapsamlı bir literatür taraması yapılmış olmasına rağmen bazı araştırma sonuçlarına ulaşamamış olabilir.



4. BULGULAR

Gastrostomi bakımında kanıta dayalı hemşirelik bakım paketinin geliştirilmesi ve hemşirelerin uyumunun değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen bulgular aşağıda verilen başlıklar altında sunulmuştur.

1. Gastrostomi Bakım Paketinin Geliştirme Aşamasına Yönelik Bulgular
2. Gastrostomi Bakım Paketinin Eğitim Aşamasına Yönelik Bulgular
3. Gastrostomi Bakım Paketinin Uygulama Aşamasına Yönelik Bulgular

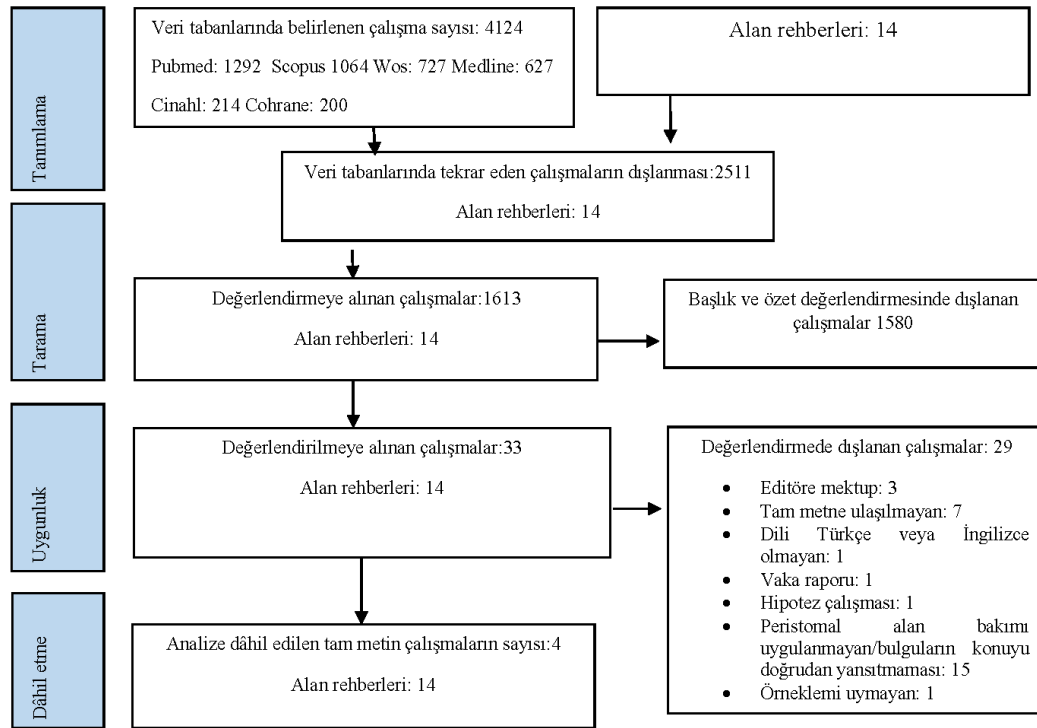
4.1. Gastrostomi Bakım Paketinin Geliştirme Aşamasına Yönelik Bulgular

Sağlık Hizmetlerinde Kalite İyileştirme Enstitüsü önerileri ve bakım paketinin elementlerinin oluşturulmasında kullanılması önerilen yedi basamaklı geliştirme adımları (34, 36, 106) doğrultusunda yürütülen araştırmanın “*Parametreler ile İlgili Literatür Taramasının Yapılması*” adımına yönelik elde edilen bulgular aşağıda sunulmuştur.

4.1.1. Peristomal Alan Bakımı Literatür Taraması

Peristomal alan bakımı literatür taraması Core Collections ve Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Cochrane, Medline, Pubmed, Scopus ve Web of Science (WoS) veri tabanlarında “*gastrostomy, stoma, stoma care, stoma complications, enteral nutrition, stoma problems, wound infections, peristomal infections, peristomal care*” anahtar kelime kombinasyonları ile 1940-2021 yılları arasında yayımlanan çalışmalar dahil edilerek gerçekleştirilmiştir. Değerlendirmeye erişkin gastrostomili hastaların peristomal alan bakımları ile ilgili, Türkçe ve İngilizce olarak yayımlanan, kesitsel, deneysel/yarı-deneysel, kohort desenindeki araştırma makaleleri, meta analiz-sistemik derlemeler ve alan ile ilgili rehberler dahil edilmiştir. Olgu sunumları, tam metin olmayan makaleler, olgu serileri, derleme çalışmaları, sempozyum-kongre bildirileri, editöre mektuplar, Türkçe ve İngilizce dışında bir dilde yazılmış makaleler, örnekleme çocuk hasta olan araştırma makaleleri ve sistemik derlemeler ve çocuk hastalar ile ilgili alan rehberleri değerlendirme kapsamına alınmamıştır. Belirlenen veri tabanlarının taranması sonucu

4124 makaleye ulaşılmıştır. 4124 makaleye ek olarak 14 alan rehberi de değerlendirme kapsamına alınmıştır. Ulaşılan makaleler, “EndNote X8” referans yönetim sistemi yazılımı kullanılarak bir araya getirilmiş ve tekrar eden 2511 makale çıkarılmıştır. Kalan 1613 makalenin başlık ve özet bölümleri değerlendirilmiş ve 1580 makale elenmiştir. 33 makale dâhil etme kriterleri doğrultusunda incelenmiş, üç tane editöre mektup, bir tane vaka raporu, bir tane hipotez çalışması, bir tane örneklemi uymayan, bir tane dili Türkçe veya İngilizce olmayan ve on beş tane bulguları konuyu doğrudan yansıtmayan toplam 29 makale dışlanmış, 4 makale ve 14 alan rehberi değerlendirmeye alınmıştır (Şekil 4.1.).

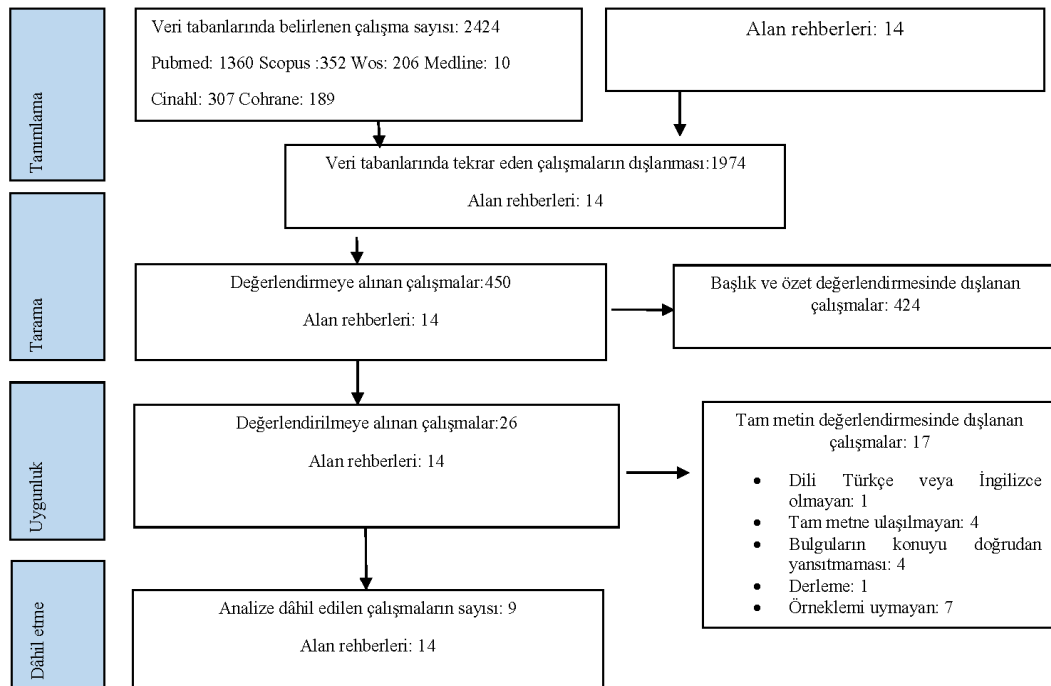


Şekil 4.1. Peristomal alan bakımı literatür taraması süreci

4.1.2. Tüple Besleme Literatür Taraması

Tüple besleme literatür taraması Core Collections ve Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Cochrane, Medline, Pubmed, Scopus ve Web of Science (WoS) veri tabanları üzerinden “*enteral nutrition, handling, formula safety, gastrostomy*” anahtar kelime kombinasyonları ile 1940-2021 yılları arasında yayımlanan çalışmalar dahil edilerek gerçekleştirilmiştir. Değerlendirmeye erişkin gastrostomili hastalarda tüple besleme ile ilgili, Türkçe ve İngilizce olarak

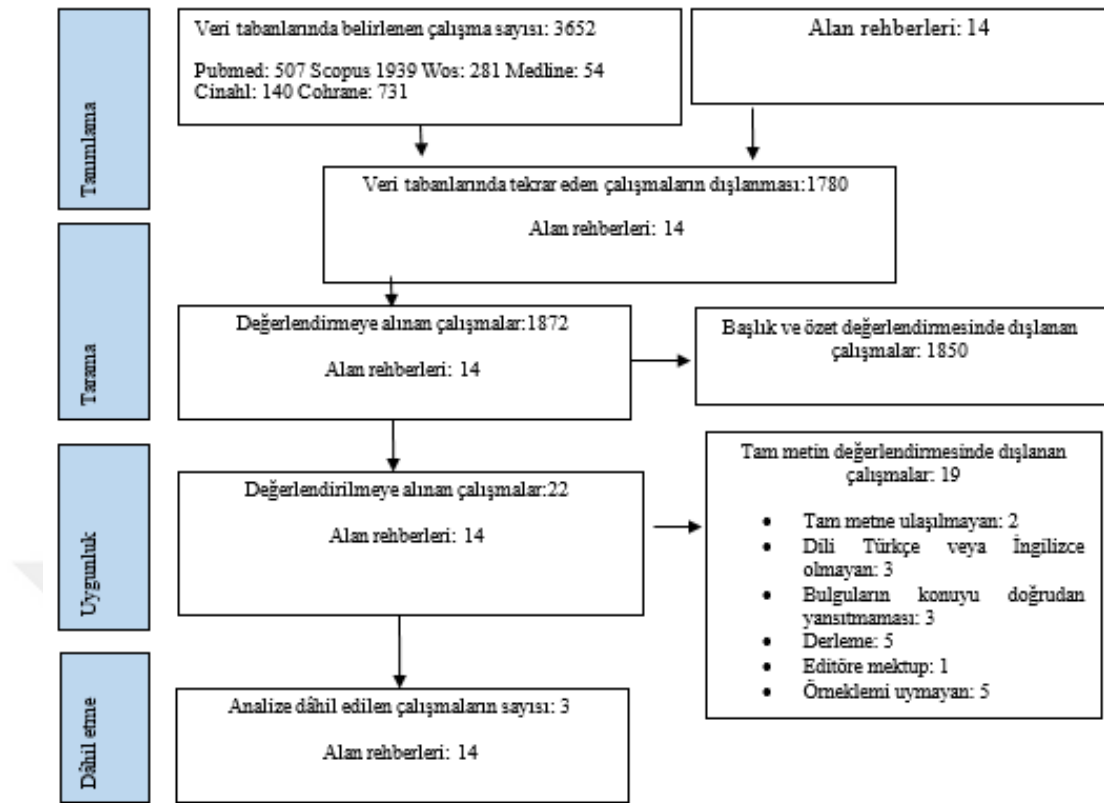
yayımlanan, kesitsel, deneysel/yarı-deneysel, kohort, desenindeki araştırma makaleleri, meta analiz-sistemik derlemeler ve alan ile ilgili rehberler dahil edilmiştir. Olgu sunumları, tam metin olmayan makaleler, derleme çalışmalar, sempozyum-kongre bildirileri, editöre mektuplar, Türkçe ve İngilizce dışında bir dilde yazılmış makaleler, örneklemi çocuk hasta olan araştırma makaleleri ve sistemik derlemeler ve çocuk hastalar ile ilgili alan rehberleri değerlendirme kapsamına alınmamıştır. Belirlenen veri tabanlarının taranması sonucu 2424 makaleye ulaşılmıştır. 2424 makaleye ek olarak 14 alan rehberi de değerlendirme kapsamına alınmıştır. Ulaşılan makaleler, “EndNote X8” referans yönetim sistemi yazılımı kullanılarak bir araya getirilmiş ve tekrar eden 1974 makale çıkarılmıştır. Kalan 450 makalenin başlık ve özet bölümleri değerlendirilmiş ve 424 makale elenmiştir. 26 makale dâhil etme kriterleri doğrultusunda incelenmiş, bir tane derleme, yedi tane örneklemi uymayan, bir tane dili Türkçe veya İngilizce olmayan, dört tane tam metnine ulaşılmayan ve dört tane bulguları konuyu doğrudan yansıtmayan toplam 17 makale dışlanmış 9 makale ve 14 alan rehberi değerlendirmeye alınmıştır (Şekil 4.2.).



Şekil 4.2. Tüple besleme literatür taraması süreci

4.1.3. Tüpten İlaç Uygulama Literatür Taraması

Tüpten ilaç uygulama literatür taraması Core Collections ve Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Cochrane, Medline, Pubmed, Scopus ve Web of Science (WoS) veri tabanları üzerinden “*gastrostomy, medication administration, enteral nutrition, drug administration*” anahtar kelime kombinasyonları ile 1940-2021 yılları arasında yayımlanan çalışmalar dahil edilerek gerçekleştirilmiştir. Değerlendirmeye erişkin gastrostomili hastalarda tüpten ilaç uygulama ile ilgili, Türkçe ve İngilizce olarak yayımlanan, kesitsel, deneysel/yarı-deneysel, kohort desenindeki araştırma makaleleri, meta analiz- sistematik derlemeler ve alan ile ilgili rehberler dahil edilmiştir. Olgu sunumları, tam metin olmayan makaleler, derleme çalışmalar, sempozyum-kongre bildirileri, editöre mektuplar, Türkçe ve İngilizce dışında bir dilde yazılmış makaleler, örneklemi çocuk hasta olan araştırma makaleleri ve sistematik derlemeler ve çocuk hastalar ile ilgili alan rehberleri değerlendirme kapsamına alınmamıştır. Belirlenen veri tabanlarının taranması sonucu 3652 makaleye ulaşılmıştır. 3652 makaleye ek olarak 14 alan rehberi de değerlendirme kapsamına alınmıştır. Ulaşılan makaleler, “EndNote X8” referans yönetim sistemi yazılımı kullanılarak bir araya getirilmiş ve tekrar eden 1780 makale çıkarılmıştır. Kalan 1872 makalenin başlık ve özet bölümleri değerlendirilmiş ve 1850 makale elenmiştir. 22 makale dâhil etme kriterleri doğrultusunda incelenmiş, beş tane derleme, bir tane editöre mektup, beş tane örneklemi uymayan, üç tane dili Türkçe veya İngilizce olmayan, iki tane tam metnine ulaşılmayan ve üç tane bulguları konuyu doğrudan yansıtmayan toplam 19 makale dışlanmış 3 makale ve 14 alan rehberi değerlendirmeye alınmıştır (Şekil 4.3.).



Şekil 4.3. Tüpten ilaç uygulama literatür taraması süreci

Tam metni incelenerek araştırmaya dahil edilen çalışmaların sonuçları ve alan ile ilgili rehberlerin önerilerine Ek-15 ve Ek-16’da yer verilmiştir. Araştırmada gastrostomi bakım paketinin 3 parametresi altında yer alan elementlerin gerekçelerine aşağıda yer verilmiştir.

Peristomal Alan Bakımı Parametresi

Gastrostomi bakım paketinin ilk parametresi peristomal alan bakımıdır. Uygun yapılmayan peristomal alan bakımı, doku bütünlüğünün bozulmasına, doku nekrozuna, sepsise, nekrotizan fasiit gibi majör komplikasyonlara neden olmakta, antibiyotik kullanımını gerektirmekte, hastaların hastanede kalış süresini uzatmakta ve sağlık bakım maliyetlerini artırmaktadır (72, 158). Gastrostomi açıldıktan sonra bakımdaki ilk amaçlardan biri peristomal enfeksiyonları önlemektir. Peristomal enfeksiyonların görülme sıklığı %4-30 arasında değişmekle birlikte en sık görülen minör komplikasyonlardan biridir (72, 78, 79, 159). Peristomal enfeksiyon

gastrostomi açıldıktan sonra peristomal alanda eritem, hassasiyet, ağrı, sertlik, koku, ateş ve akıntı ile karakterize ortaya çıkan bir komplikasyondur. Enfeksiyona yaygın olarak sebep olan mikroorganizmalar ise Staphylococcus aureus, Candida türleri, Klebsiella türleri ve Pseudomonas aeruginosa'dır. Bu mikroorganizmalar gastrostomi tüplerine kolaylıkla tutunarak tüpün yapısını bozmakta, stoma kanalı boyunca ilerleyerek tünel enfeksiyonuna veya apseye neden olmaktadır (72, 159). Hastaya ilişkin faktörler, yerleştirme tekniği, antibiyotik profilaksisinin uygulanmaması, gastrostomi açılma prosedürü ve gastrostomi bakımındaki farklılıklar peristomal enfeksiyona sebep olmaktadır (79, 160, 161). Peristomal alan bakımının, alan ile ilgili rehberlerin önerilerine uygun yapılması önemlidir. Tüpün abdominal duvara daha iyi adaptasyon sağlaması için ilk pansuman gastrostomi açıldıktan 24 saat sonra yapılmalıdır. Pansumanın, yara iyileşmesi gerçekleşene kadar (yaklaşık 7-10 gün) her gün, yara iyileşmesi gerçekleştikten sonra haftada 2-3 kez yapılması yeterlidir. Kirli pansuman eldiven ile çıkarılmalı, peristomal alan kanama, hassasiyet, akıntı, kızarıklık, sertlik yönünden gözlemlenmeli, yeni bir eldiven giyilerek pansumana devam edilmelidir. Peristomal alan %0,9 serum fizyolojik veya uygun bir antiseptik solüsyon ile temizlenmeli ve makasla kesilmemiş, ipliksiz steril spanç ile kapatılmalıdır (13, 16, 21-23, 25). Bu öneriler doğrultusunda gastrostomi bakım paketinin ilk parametresi olan peristomal alan bakımının ilk üç elementini;

- *“Pansumanı uygun sıklıkta yapınız”.*
 - İlk pansumanı gastrostomi açıldıktan 24 saat sonra yapınız.
 - Yara iyileşmesi tamamlanana kadar (ilk 7-10 gün) günlük pansuman yapınız.
 - Yara iyileşmesi tamamlandıktan sonra haftada 2-3 kez pansuman yapınız.
- *“Pansumanı aseptik tekniğe uygun yapınız”.*
 - Kirli pansumanı açtıktan sonra eldiven değiştiriniz.
 - Peristomal alanı uygun bir solüsyon ile temizleyiniz.
 - Peristomal alanı makasla kesilmemiş, ipliksiz steril spanç ile kapatınız.
- *“Peristomal alanı kanama, hassasiyet, akıntı, kızarıklık, sertlik yönünden gözlemleyiniz”* oluşturmuştur.

Peristomal alanda aşırı nem, sürtünme ve akıntı, ağrılı ve kırmızı renkli bir doku oluşumu olan hipergranülasyon dokusunun oluşmasına sebep olabilir. Bu doku yumuşak, nemli ve kolaylıkla kanama eğiliminde olup peristomal enfeksiyona da

sebeep olabilmektedir. Nemli bir yara ortamına neden olabileceği ve ciltte maserasyona yol açabileceği için alanın kuruması beklenmeli ve tıkayıcı pansumanlardan kaçınmalı, dış sabitleyici buton ve cilt arasında en az 0,5 cm hareket alanı bırakılmalıdır (13, 16, 21-23). Gömülü tampon sendromu, gastrostomi tüpünün iç sabitleyici butonunun mide duvarına doğru yer değiştirmesi olup, %1-8 sıklığında görülen majör bir komplikasyondur (5, 78, 79). Beslenme sırasında dirençle karşılaşılması, tıkalı olmayan bir tüpe rağmen pompa alarmı ve tüpün hareket ettirilememesi durumunda gömülü tampon sendromundan şüphelenilmelidir (5, 6). Gömülü tampon sendromu tüp giriş yerinde ağrıya ve sertliğe, peristomal alan enfeksiyonuna, kanamaya, peritonite, mide duvarında perforasyona neden olabileceğinden önleme yöntemleri bilinmeli ve bakımda dikkatlice uygulanmalıdır (5). Gömülü tampon sendromunu önlemek için peristomal alan iyileştikten sonra (yaklaşık 7-10 gün) haftada bir kez dış sabitleyici buton serbestleştirilerek tüp sağa-sola 3600 döndürülmeli ve en az 2 cm mide içine itip geri çekilmelidir. Cerrahi ve radyolojik yerleştirilen gastrostomilerde tüp karın duvarına dikişler ile sabitlenmektedir. Bu uygulama sadece perkütan endoskopik gastrostomi tüplerinde yapılmalıdır. Pansuman kapatılırken dış sabitleyici buton ve cilt arasında en az 0,5 cm hareket alanı bırakılmalıdır (13, 16, 21-23). Bu öneriler doğrultusunda gastrostomi bakım paketinin ilk parametresi olan peristomal alan bakımının dördüncü ve beşinci elementini;

- *“Pansumanı kapatırken dış sabitleyici buton ve cilt arasında en az 0,5 cm hareket alanı bırakınız”,*
- *“Sadece perkütan endoskopik gastrostomi tüplerinde peristomal alan iyileştikten sonra haftada bir kez dış sabitleyici butonu serbestleştirerek tüpü sağa-sola 360° döndürünüz ve en az 2 cm mide içine itip geri çekiniz”* oluşturmuştur.

Tüple Besleme Parametresi

Gastrostomi bakım paketinin ikinci parametresi tüple beslemedir. Tüple beslemede, enteral ürünlerin uygulanması ve setlerin kullanılması patojenik mikroorganizmalara maruziyete neden olabilir. Kontamine enteral beslenme sistemleri hastalarda diyare etiyolojisine katkıda bulunabilir (14, 162-164). Kohn ve ark. (165)’ı

çalışmalarında enteral beslenme setlerinin %24'ünde 24 saatte ≥ 105 CFU/mL bakteri içerdiğini bildirmiş ve bu nedenle enteral beslenme setlerinin en az 24 saatte bir değiştirilmesi gerektiğini önermişlerdir. Mathus ve ark. (166, 167)'ı enteral beslenme setlerinin bakteriyel kontaminasyonunu incelemişler ve setlerin 24 saatlik bekleme süresinden sonra kabul edilemez derecede kontamine olduğunu tespit etmişlerdir. Manso ve ark. (168)'ı enteral beslenme setlerinin 24 saatlik kullanımının, 72 ve 96 saatlik kullanımına göre kontaminasyona bağlı daha az diyare ile sonuçlandığını bildirmişlerdir. Enteral beslenme ürünü veya beslenme setlerinin kontaminasyonu beslenme sürecinin herhangi bir aşamasında meydana gelebilir. Bu nedenle, beslenme ürünlerinin ortam koşullarında ne kadar süreyle güvenli bir şekilde asılı kalabileceği önemlidir. Konu ile ilgili çalışma sonuçlarında enteral ürünlerin 8 saat içinde verilmesi gerektiği bildirilmiştir (169-171). Alan ile ilgili rehber önerilerinde de enteral formül hazırlığında, setlerin kullanımında aseptik tekniklerin uygulanması, beslenme setlerinin 24 saatte bir değiştirilmesi, beslenme ürünlerinin 8 saatten fazla asılı bırakılmaması gerektiği bildirilmiştir (8, 14, 23). Bu öneriler doğrultusunda gastrostomi bakım paketinin ikinci parametresi olan tüple beslemenin birinci ve ikinci elementini;

- “Beslenme torbasındaki ürünü hastaya en fazla 8 saat içinde veriniz”,
- “Beslenme setlerini 24 saatte bir değiştiriniz” oluşturmuştur.

Enteral nütrisyon ile ilişkili aspirasyon pnömonisi insidansı %1-4 arasında değişmekle beraber aspirasyon pnömonisi çok ciddi, yaşamı tehdit eden majör komplikasyonlardan biridir ve mortaliteye sebep olabilmektedir. Sürekli supine pozisyonunun gastroözofageal reflüyü ve aspirasyon olasılığını artırdığı bilinmektedir (172-174). Enteral beslenen hastalar ile yapılan çalışmalarda, ortalama baş boyun yüksekliği 30^0 altında olan hastaların daha yüksek mide içeriği aspirasyonu insidansına sahip olduğu bildirilmiştir (175, 176). Metheny ve ark. (177)'nın çalışmasında beslenme sırasında baş-boyun pozisyonunun en az 30 derece olmasının aspirasyon riskini azalttığı bildirilmiştir. Bu çalışma bulguları ve alan rehberleri aspirasyon pnömonisini önlemek, gastrik boşalmayı kolaylaştırmak, gastroözofageal reflüyü önlemek için enteral beslenme sırasında ve beslenme bittikten sonra eğer bir kontraendikasyon yok ise, hastanın pozisyonunun en az 1 saat 30^0 - 45^0 derecede

tutulmasını önermektedir (8, 14, 17, 23). Bu öneriler doğrultusunda gastrostomi bakım paketinin ikinci parametresi olan tüple beslemenin üçüncü elementini;

- “*Beslenme süresince ve beslenme sonlandığında hastayı en az 1 saat semi-fowler (30^0-45^0) pozisyonunda tutunuz*” oluşturmuştur.

Enteral nütrisyon, aralıklı veya sürekli infüzyonla uygulanabilir (178). Aralıklı beslemede hastalara daha fazla bağımsızlık alanı sağlanmakta ve gastrointestinal hormon salınımı daha fizyolojik olmaktadır. Fakat, aralıklı besleme kısa bir süre içerisinde yer çekimi etkisi ile uygulanmakta ve yüksek gastrik volüm ile sonuçlanmakta, glisemik değişkenliğe sebep olmakta, mide boşalma süresi uzamakta ve gastrik rezidüel volüm artabilmektedir. Bu da gastrointestinal kanalda yüksek basınç nedeniyle kusmayı uyararak, aspirasyon riskine sebep olmakta ve beslenmeye intoleransı artırmaktadır. Ayrıca bazı çalışma sonuçlarında diyarenin aralıklı beslemede daha sık görüldüğü belirtilmektedir (179-182). Sürekli infüzyonla besleme ise, daha yavaş bir infüzyon hızı ve pompa sistemi ile kontrollü bir şekilde uygulanabildiği için beslenme intoleransı açısından aralıklı beslenmeye göre daha güvenli bir yol olarak tercih edilebilmektedir. Ayrıca insülin direnci ve hiperglisemi riskinin de daha düşük olduğu bildirilmektedir (179, 181-184). Evans ve ark. (185)’nin çalışmasında sürekli beslemede glisemik değişkenlik oranının daha düşük olduğu, Parker ve ark. (186)’nin çalışmasında sürekli beslemede gastrik toleransın daha iyi olması nedeni ile hedeflenen kaloriye ulaşmada da başarılı olduğu ortaya çıkmış ve sürekli besleme önerilmiştir. Alan rehberlerinin önerilerine göre enteral beslenme ürünlerinin değişken süreler boyunca infüzyonunun güvenli bir şekilde sağlanması için beslenme pompa aracılığı ile sürdürülmeli, özellikle diyareye daha az sebep olması, hedeflenen kaloriye ulaşmada daha başarılı olması ve aspirasyon riskini düşürmesi nedeni ile kritik hastaların beslenmesinde sürekli infüzyon tercih edilmeli, beslemeye düşük hızla başlanmalı, yavaş yavaş artırılmalı ve hedef doza 3-4 günde çıkılmalıdır. Beslemeye 10-30 mL / h hızla başlanmalı ve tolere edildiği gibi her 8-12 saatte bir 10-20 mL / h artışlarla hedef oranına ulaşılmalıdır (8, 14, 19, 20). Bu öneriler doğrultusunda gastrostomi bakım paketinin ikinci parametresi olan tüple beslemenin dördüncü elementini;

- “Beslenmeye sürekli infüzyonla düşük hızla başlayınız (10-30ml/sa), infüzyon hızını yavaş yavaş arttırarak (10-20ml/sa) hedeflenen miktara 3-4 gün içinde ulaşınız.” oluşturmuştur.

Gastrostomi tüpleri çeşitli nedenlerle tıkanmaya eğilimlidir. Tıkanma riski, beslenme tüpünün özelliklerinden (dar tüp çapı ve tüp malzemesi), tüpün ucunun konumundan (gastrik veya ince bağırsak), kontamine formülden, hatalı uygulamalardan ve tüpü yetersiz yıkamadan kaynaklanabilir (8). Literatürde tüp tıkanıklığı insidansının %12,5–%45 arasında değiştiği bildirilmektedir (8, 78, 79, 187-189). Tüp tıkanıklığı beslenmeyi kesintiye uğratmakta ve ilaçların uygulanmasını engellemektedir. Ayrıca tıkanıklığın giderilmediği durumlarda tüpün değiştirilmesi gerekmektedir. Bu durum hastaların yaşam kalitesini ve maliyeti etkilemektedir. Bu nedenle tüp tıkanıklığına neden olan risk faktörlerinin ve önleme yöntemlerinin bilinmesi önemlidir (8, 21). Tüp tıkanma olasılığını azaltmanın en iyi yolu, etkinliği, erişilebilirliği ve maliyeti açısından tüpün suyla yıkanmasıdır (190). Yıkama için kullanılacak olan su içilebilir nitelikte veya steril olmalıdır (191). Steril su kullanılması, yüksek riskli hasta gruplarında sudan kaynaklanan patojenlerin bulaşma riskini azaltır (14, 192). Rehber önerilerinde tüp tıkanıklığını önlemek için sürekli beslenmelerden önce ve sonra her 4 saatte bir, aralıklı beslenmelerde ise her beslenme öncesi ve sonrası minimum 30 mL su ile tüplerin yıkanması gerektiği bildirilmektedir (8, 14, 21, 23, 25). Bu öneriler doğrultusunda gastrostomi bakım paketinin ikinci parametresi olan tüple beslemenin beşinci elementini;

- “Her 4 saatte bir tüpü 30 ml su ile yıkayınız” oluşturmuştur.

Tüpten İlaç Uygulama Parametresi

Gastrostomi bakım paketinin üçüncü parametresi tüpten ilaç uygulamadır. Gastrostomi tüplerinden beslenme uygulamalarının yanı sıra ilaç uygulamaları da gerçekleştirilmekte ve tüp tıkanıklığını oluşturan sebeplerin %50’sinin ilaçların tüpten yanlış uygulanması sonucu meydana geldiği bilinmektedir (193). İlaçların terapötik etkisini azaltmamak, ilaç toksisitesini artırmamak, ilaç-besin, ilaç-ilâç etkileşimine, tüp tıkanıklığına ve gastrointestinal sorunlara neden olmamak için ilaçların uygun şekilde hazırlanıp gastrostomi tüpünden uygulanması önemlidir (8, 14). Gastrostomi tüpünden ilaç uygulama hemşireler tarafından sık gerçekleştirilen uygulamalardandır.

Literatürde hemşirelerin enteral beslenme tüpünden ilaç verilmesi sırasında yanlış uygulamalarda bulunduğu bildirilmektedir (193-196). Rehberler eczacıların, ilaçların gastrostomi tüpünden uygulanması konusunda tavsiyelerini almak için en ideal profesyoneller olduğunu ve bu sürece eczacıların katılımı gerekliliğini bildirmektedir (8, 13, 21). Özellikle tüp tıkanıklığına, ilaç-besin ve ilaç-ilâç etkileşimine neden olmamak, fiziksel ve kimyasal geçimsizlik nedeniyle ilaçların etkisini değiştirmemek için ilaçlar enteral ürün içine eklenmemelidir. Her ilaç ayrı ayrı uygun şekilde hazırlanarak verilmeli, mümkünse kapsül veya tablet yerine ilaçların sıvı formları kullanılmalıdır. Beslenme tüpünden ilaç uygulamadan önce beslenme durdurulmalı, tüp ilaç verilmeden önce ve sonra en az 15 mL su ile yıkanmalı, iç lümenin basınca maruz kalmaması için 20 mL ve üzeri enjektörler kullanılmalıdır. Ayrıca ilaç uygulaması öncesi ve sonrası eczacı önerisi ile beslenmeye gerektiği kadar ara verilmelidir (8, 13, 14, 21, 23, 25). Bu öneriler doğrultusunda gastrostomi bakım paketinin üçüncü parametresi olan tüpten ilaç uygulamanın elementlerini;

- *“İlacı doğrudan enteral ürün içine eklemeyiniz”,*
- *“Her ilacı en az 20 mL’lik enjektör kullanarak ayrı ayrı uygulayınız”,*
- *“Tüpten ilaç uygulamadan önce ve sonra tüpü en az 15 ml su ile yıkayınız”,*
- *“Eczacının önerisi ile ilaç biyoyararlanımının değişebileceği durumlarda ilaç uygulaması öncesi ve sonrası beslenmeye gerektiği kadar ara veriniz”* oluşturmuştur.

4.2. Gastrostomi Bakım Paketinin Eğitim Aşamasına Yönelik Bulgular

Gastrostomi Bakım Paketini kullanan hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine ait bulgular Tablo 4.1.' de yer almaktadır. Buna göre 10 hemşirenin yaş ortalaması 26,60 yıl olup, hemşirelerin 1'i erkek (%10), 10'u hemşirelik lisans mezunudur (%100). Hemşirelerin toplam çalışma süresi ortalaması 3,15 yıl, beyin cerrahi yoğun bakımda çalışma süresi ortalaması 3,05 yıl olarak elde edilmiştir. Hemşirelerin nütrisyon ile ilgili kongre/kurs katılımları bulunmamaktadır. Hemşirelerin tamamı nütrisyon ile ilgili hizmet içi eğitimlere katılmıştır.

Tablo 4.1. Hemşirelere ait tanıtıcı özellikler

Tanıtıcı özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	9	90
Erkek	1	10
Eğitim Düzeyi		
Lisans	10	100
Nütrisyon ile ilgili kongre/kurs katılımı		
Evet	0	0
Hayır	10	100
Nütrisyon ile ilgili hizmet içi eğitimlere katılım		
Evet	10	100
Hayır	0	0
	Ortalama ±Standart Sapma	Minimum- Maksimum
Yaş (yıl)	26,60±0,58	25-30
Toplam çalışma süresi (yıl)	3,15±0,61	1-6
Beyin cerrahi yoğun bakımda çalışma süresi (yıl)	3,05±0,59	1-6

Gastrostomi Bakımı Bilgi Puanları

Araştırmada hemşireler eğitim öncesinde (ön test), eğitim sonrasında (son test) ve altıncı ay sonunda (izlem testi) peristomal alan bakımı, tüple besleme ve tüpten ilaç uygulama ile ilgili “doğru”, “yanlış” ve “bilmiyorum” seçeneklerini içeren 25 sorudan oluşan gastrostomi bakımı soru formunu doldurmuştur. Hemşirelerin gastrostomi bakımı bilgi puanlarında ön test, son test ve izlem testi ölçümleri ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.2.) ($p<0.05$). Ön test, son test ve izlem testi ölçümleri arasında yapılan ikili karşılaştırma testlerinde, ön test-son test, ön test-izlem testi ve son test-izlem testi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.2.) ($p<0.05$).

Tablo 4.2. Gastrostomi bakımı bilgi puanlarının dağılımı

Bilgi puanları ort $\pm$ ss	Ön test (T1)	Son test (T2)	İzlem testi (T3)
Ön test (T1)	-	T1: 17,80 $\pm$ 3,190 T2: 23,90 $\pm$ 0,994 p: ,005*	T1: 17,80 $\pm$ 3,190 T3: 24,60 $\pm$ 0,699 p: ,005*
Son test (T2)	T2: 23,90 $\pm$ 0,994 T1: 17,80 $\pm$ 3,190 p: ,005*	-	T2: 23,90 $\pm$ 0,994 T3: 24,60 $\pm$ 0,699 p: ,008*
İzlem testi (T3)	T1: 17,80 $\pm$ 3,190 T3: 24,60 $\pm$ 0,699 p: ,005*	T3: 24,60 $\pm$ 0,699 T2: 23,90 $\pm$ 0,994 p: ,008*	-
p değeri	,000**		

Ort; Ortalama, ss; Standart sapma, *: Friedman test, **: Wilcoxon test

Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği Puanları

Araştırmada hemşireler eğitim öncesi ve altıncı ayda kanıtı dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeğini doldurmuştur. Eğitim öncesi ve altıncı ay puanlarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur (Tablo 4.3.) ($p<0,05$).

Hemşirelerin klinik uygulamalarında kanıtı dayalı hemşireliğin yararları ile ilgili inanç ve beklentilerini değerlendiren “inanç ve beklentiler” alt boyutu ve hemşirelerin kanıtı dayalı uygulamaları yapmaya yönelik engelleri ve iş yükünü değerlendiren “uygulama niyeti” alt boyutunda arasında eğitim öncesi ve altıncı ay puanlarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Kanıtı dayalı hemşireliğe verilen önemi ve duygularını değerlendiren “duygular” alt boyut ortalamaları arasında eğitim öncesi ve altıncı ay puanlarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.3.).

Tablo 4.3. Kanıtı dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği puanları

	İnanç ve beklentiler alt boyutu	Uygulama niyeti alt boyutu	Duygular alt boyutu	KDHYTÖ toplam puan
Eğitim öncesi (ort$\pm$ss)	32,50 $\pm$ 3,10	17,40 $\pm$ 1,71	18,80 $\pm$ 1,22	68,20 $\pm$ 4,73
6 ay sonra (ort$\pm$ss)	33,80 $\pm$ 2,20	18,40 $\pm$ 1,77	19,40 $\pm$ 1,26	71,60 $\pm$ 4,90
p değeri	0,038*	0,026*	0,202*	0,012*

Ort; Ortalama, Ss; Standart Sapma *Wilcoxon test

4.3. Gastrostomi Bakım Paketinin Uygulama Aşamasına Yönelik Bulgular

Gastrostomi bakımlarında Gastrostomi Bakım Paketi kullanılan hastaların tanıtıcı özelliklerine ait bulgular Tablo 4.4.' de yer almaktadır

Tablo 4.4. Gastrostomi bakımlarında gastrostomi bakım paketi kullanılan hastaların tanıtıcı özellikleri

Tanıtıcı özellikler	Ortalama (SS)	min-max
Yaş	73±5,51	58-91
Bakım paketinin uygulanma süresi (gün)	12,5±2,07	6-18
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	2	33,3
Erkek	4	66,6
Tanı		
Subaraknoid kanama	1	16,7
İntraventriküler kanama	1	16,7
İntrakranial kanama	1	16,7
Subdural hematoma	1	16,7
Kafa travması	1	16,7
İntraserebral hematoma	1	16,7
Ek hastalık		
Koroner arter hastalığı	1	16,7
Hipertansiyon	2	33,3
Parkinson hastalığı	1	16,7
Hipertansiyon +Diyabet	2	33,3

SS; standart sapma min; minimum, max; maksimum

4.3.1. Parametrelere Uyum Oranları

Gastrostomi Bakım Paketi altı ay süre ile 10 hemşire tarafından gastrostomili hastaların bakımında kullanılmış, belirlenen süre içerisinde yoğun bakımda altı gastrostomili hasta bulunmuş ve bu hastaların tümünde gastrostomi bakım paketi kullanılmış ve toplam 75 uygulama yapılmıştır. Bakım paketine uyumun hesaplanmasında IHI'nın önerdiği “ya hep ya hiç” (AoN, All-or-None) yaklaşımı kullanılmıştır. Paketteki her bir parametreye ait elementlerin bakım paketinin kullanıldığı süre boyunca uygulanıp uygulanmama durumları “*Gastrostomi Bakım Paketi Uyum Değerlendirme Kontrol Formu*” ile değerlendirilmiş ve “Peristomal Alan Bakımı”, “Tüple Besleme” ve “Tüpten İlaç Uygulama” parametrelerine yönelik elementlerin uygulanma durumları sırasıyla Tablo 4.5., Tablo 4.6. ve Tablo 4.7.' de verilmiştir.

Paketteki elementlerin tamamının uygulanması durumunda paket hasta için uygulanmış ve tamamlanmış kabul edilmiştir. Paketteki elementlerin hasta için kontrendike olduğu durumda element hastaya uygulanmamış, fakat paket tam olarak uygulandı olarak kabul edilmiştir. Ancak herhangi bir kontrendikasyon olmadan bir elementin uygulanmadığı durumda “paket uygulanmadı” olarak kabul edilmiştir (34, 36, 115, 116).

Son olarak bakım paketinin tüm parametrelerine uyumun günlük değerlendirilmesi ve uyum oranları bakım paketi geliştirme yaklaşımında önerilen uygulama çizelgeleri kullanılarak Tablo 4.8.’de verilmiştir (106).

Peristomal Alan Bakımı Parametresine Uyum Oranları

Peristomal alan bakımı parametresine ait elementlerin altı hasta için uygulanması gereken gün sayısı, uygulandıkları günlere ve uyum oranlarına Tablo 4.5.ve Tablo 4.8.’de yer verilmiştir. Gastrostomi Bakım Paketi kullanılan altı hastada peristomal alan bakımı parametresi için yapılması gereken uygulama toplamı 75’dir. Tüm hastalar için bu parametrenin uygulama toplamı 75 olup, herhangi bir elementin uygulanması atlanmamıştır. Buna göre bu parametreye uyum %100’dür.

Tablo 4.5. Peristomal alan bakımı parametresine ait elementlerin uygulanma durumları

PERİSTOMAL ALAN BAKIMI	H	1G	2G	3G	4G	5G	6G	7G	8G	9G	10G	11G	12G	13G	14G	15G	16G	17G	18G
Pansumanı uygun sıklıkta yapınız.	H1	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
	H2	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
	H3	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	H4	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	H5	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	H6	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Pansumanı aseptik tekniğe uygun yapınız.	H1	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
	H2	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
	H3	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	H4	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	H5	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	H6	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Peristomal alanı kanama, hassasiyet, akıntı, kızarıklık, sertlik yönünden gözlemleyiniz.	H1	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
	H2	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
	H3	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	H4	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	H5	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	H6	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Pansumanı kapatırken dış sabitleyici buton ve cilt arasında en az 0,5 cm hareket alanı bırakınız.	H1	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
	H2	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
	H3	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	H4	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	H5	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	H6	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Sadece perikutan endoskopik gastrostomi tüplerinde peristomal alan iyileştikten sonra haftada bir kez dış sabitleyici butonu serbestleştirerek tüpü sağa-sola 360° döndürünüz ve en az 2 cm mide içine itip geri çekiniz.	H1	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
	H2	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
	H3	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	+
	H4	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	+
	H5	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	+
	H6	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	+

G: giin, H: hasta

+, paketteki bir elementin hasta için uygulanması

*, paketteki bir elementin hasta için kontrendike olduğu durum

Tüple Besleme Parametresine Uyum Oranları

Tüple besleme parametresine ait elementlerin altı hasta için uygulanması gereken gün sayısı, uygulandıkları günlere ve uyum oranlarına Tablo 4.6. ve Tablo 4.8.'de yer verilmiştir. Gastrostomi Bakım Paketi kullanılan altı hastada tüple besleme parametresi için yapılması gereken uygulama toplamı 75'tir. Bir hastada bir gün olmak üzere bakım paketine tam uyum sağlanmadığı tespit edilmiş olup, tüm hastalar için bu parametrenin uygulama toplamı 74'tür. Buna göre bu parametreye uyum %98,66'dır.



Tablo 4.6. Tüple besleme parametresine ait elementlerin uygulanma durumları

TÜPLE BESLEME	1G	2G	3G	4G	5G	6G	7G	8G	9G	10G	11G	12G	13G	14G	15G	16G	17G	18G
Beslenme torbasındaki ürünü hastaya en fazla 8 saat içinde veriniz.	H1	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
	H2	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
	H3	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
	H4	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	H5	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
	H6	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Beslenme setlerini 24 saatte bir değiştiriniz.	H1	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
	H2	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
	H3	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
	H4	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	H5	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
	H6	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Beslenme süresince ve beslenme sonlandırıldığında hastayı en az 1 saat semi-fowler (30°-45°) pozisyonunda tutunuz.	H1	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
	H2	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
	H3	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	H4	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
	H5	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
	H6	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Beslenmeye sürekli infüzyonla düşük hızla başlayınız (10-30ml/sa), infüzyon hızını yavaş yavaş artırarak (10-20ml/sa) hedeflenen miktara 3-4 gün içinde ulaşınız.	H1	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
	H2	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
	H3	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	H4	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
	H5	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
	H6	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Her 4 saatte bir tüpü en az 30 ml su ile yıkayınız.	H1	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
	H2	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
	H3	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	H4	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
	H5	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
	H6	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	

G; gün, H; hasta

+; paketteki bir elementin hasta için uygulanması

-; paketteki bir elementin hasta için uygulanmaması

Tüpten İlaç Uygulama Parametresine Uyum Oranları

Tüpten ilaç uygulama parametresine ait elementlerin altı hasta için uygulanması gereken gün sayısı, uygulandıkları günlere ve uyum oranlarına Tablo 4.7. ve Tablo 4.8.'de yer verilmiştir. Bakım paketi kullanılan altı hastada tüpten ilaç uygulama parametresi için yapılması gereken uygulama toplamı 75'dir. Bir hastada bir gün olmak üzere bakım paketine tam uyum sağlanmadığı tespit edilmiş olup, tüm hastalar için bu parametrenin uygulama toplamı 74'tür. Buna göre bu parametreye uyum %98,66'dır.



Tablo 4.7. Tüpten ilaç uygulama parametresine ait elementlerin uygulanma durumları

TÜPTEN İLAÇ UYGULAMA	H1	1G	2G	3G	4G	5G	6G	7G	8G	9G	10G	11G	12G	13G	14G	15G	16G	17G	18G
İlaç doğrudan enteral ürün içine eklemeyiniz.	H1	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	H2	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	H3	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	H4	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	H5	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	H6	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Her ilacı en az 20 mL'lik enjektör kullanarak ayrı ayrı uygulayınız.	H1	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	H2	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	H3	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	H4	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	H5	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	H6	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Tüpten ilaç uygulamadan önce ve sonra tüpü en az 15 ml su ile yıkayınız.	H1	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	H2	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	H3	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	H4	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	H5	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	H6	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Eczacının önerisi ile ilaç biyoyararlanımın değişebileceği durumlarda ilaç uygulaması öncesi ve sonrası beslenmeye gerektiği kadar ara veriniz.	H1	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	H2	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	H3	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	H4	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	H5	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	H6	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

G; gün, H; hasta

+; paketteki bir elementin hasta için uygulanması

-; paketteki bir elementin hasta için uygulanmaması

Tablo 4.8. Gastrostomi bakım paketinin tüm parametrelerine uyum oranlarını gösteren uygulama çizelgesi

PARAMETRELER																		
	Peristomal Alan Bakımı						Tüpüle Besleme						Tüpten İlaç Uygulama					
Hasta sıra no	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Gün1	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Gün2	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Gün3	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Gün4	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+
Gün5	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Gün6	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Gün7	+	+	+	+		+	+	+	+	+		+	+	+	+	+		+
Gün8	+	+	+			+	+	+	+			+	+	+	+			+
Gün9	+	+	+			+	+	+	+			+	+	+	+			+
Gün10	+	+	+			+	+	+	+			+	+	+	+			+
Gün11	+	+	+			+	+	+	+			+	+	+	+			+
Gün12	+	+	+			+	+	+	+			+	+	+	+			+
Gün13	+		+			+	+		+			+	+		+			+
Gün14	+		+			+	+		+			+	+		+			+
Gün15	+		+			+	+		+			+	+		+			+
Gün16	+		+				+		+				+		+			
Gün17	+		+				+		+				+		+			
Gün18			+						+						+			
Uygulanan girişim sıklığı	17	12	18	7	6	15	16	12	18	7	6	15	17	12	18	7	5	15
Uygulanması gereken girişim sıklığı	17	12	18	7	6	15	17	12	18	7	6	15	17	12	18	7	6	15
Uygulanan girişim toplamı	75						74						74					
Uygulanması gereken girişim toplamı	75						75						75					
Uyum*	%100						%98,66						%98,66					

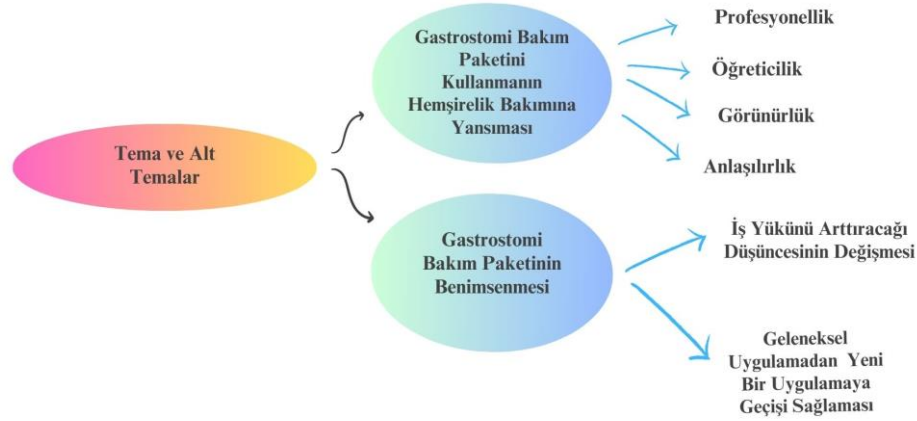
+, Evet, -, Hayır

$$* \frac{\text{Uygulanan girişim sayısı}}{\text{Uygulanması gereken girişim sayısı}} \times 100$$

4.3.2. Nitel Aşamaya Yönelik Bulgular

Bu bölümde gastrostomili hastaların bakımında gastrostomi bakım paketini kullanan hemşireler ile yapılan yarı yapılandırılmış derinlemesine bireysel görüşmelerin analizi sonucu oluşturulan bulgulara yer verilmiştir. Bu görüşmelerden elde edilen verilerin içerik analizi sonucunda “Gastrostomi Bakım Paketini Kullanmanın Hemşirelik Bakımına Yansıması” ve “Gastrostomi Bakım Paketinin

Benimsenmesi ” olmak üzere 2 tema ve 6 alt tema ortaya çıkmıştır (Şekil 4.4.). Tema ve alt temalara ilişkin katılımcıların ifadelerine aşağıda yer verilmiştir.



Şekil 4.4. İçerik analizi sonucu ortaya çıkan tema ve alt temalar

Tema 1: Gastrostomi Bakım Paketini Kullanmanın Hemşirelik Bakımına Yansıması

Bu tema altında “Profesyonellik”, “Öğreticilik”, “Görünürlük” ve “Anlaşılabilirlik” olmak üzere 4 alt tema ortaya çıkmıştır.

Alt tema 1: Profesyonellik

Gastrostomi bakım paketini kullanan hemşireler bakım paketi kullanmayı profesyonellik olarak tanımlamakta, bakım paketi kullanmanın gastrostomili hastaların bakımında yapılan farklı uygulamaların önüne geçtiğini, bir düzen sağladığını, her hemşirenin bakımda aynı protokolü uyguladığını ve böylece gastrostomi bakımının belli bir standart içinde yapılmaya başlandığını bunun da profesyonelliği sağladığını bildirmişlerdir.

“Şöyle bu paketten önce bir düzensizlik vardı pansumanı nasıl yapacağımız net değildi, ya da sıklığı, bir hemşire hastaya bakarken farklı diğeri farklı bir uygulama yapabiliyordu, bu şekilde bir düzene girdi ve standart sağlanmış oldu aslında. Bu noktada bu bakım paketi de profesyonelliğimizi artıran bir uygulama oldu”. (K3, K, 27Y)

“...bizim yaptığımız pansumanın kaydı, pansumanın birebir belirtilmesi ile aslında hepimiz standart bir bakım vermiş olduk. Daha kanıta dayalı olduğu gözleniyor, mesela herkes daha farklı şeyler biliyor ve onu uyguluyor ama burada bakım daha standardize olmuş oluyor. Beslediğimiz saat, pansuman saati hepsi uygun ve aynı bir şekilde ilerliyor...” (K5, K, 29Y)

“Bence bakım paketi düzen demek çünkü hakikaten belli bir form var belli bir düzen var ve herkes bu düzeni ele alıyor. Herkesin doğrusu olmaz, zor bir iş, ...paket ile bakım verdiğinizde daha kaliteli bir süreç oluyor, profesyonellik böylece olmuş olur aslında”. (K6, K, 25Y)

“Paketi kullandıkça fark etmeden bile bakım standart hale gelmiş oluyor herkes aynı protokolde ilerliyor, istese de istemese de o uygulamayı yapmak durumunda kalıyor o yüzden bu paketin var olması uygulamanın doğru ve eksiksiz yapılmasını sağlıyor”. (K10, K, Y)

Alt tema 2: Öğreticilik

Gastrostomi bakım paketini kullanan hemşireler pakette yer alan her bir maddenin her bakımda incelenmesinin ve okunmasının bakımda neye dikkat etmeleri gerektiği hakkında hatırlatıcı olduğunu, uygulamaların atlanmadığını, bazı uygulamaların unutulmasının önüne geçtiğini ve böylece bakım paketi kullanmanın gastrostomi bakımında öğretici olduğunu belirtmişlerdir.

“...Gastrostomi bakımı ile ilgili uygulamaları atlayabiliyorduk önceden, ama şimdi o paket sayesinde bir uygulamayı atlayacaksak pakete bakınca hatırlayabiliyoruz, bize hatırlatıcı olduğu için sürekli pakete bakınca da bir şekilde akılda kalıyor zamanla öğreniyoruz”. (K2, K Y)

“Yaptığımız hemşirelik girişimlerini bazen kaydetmiyoruz mesela unutuyoruz, ama hasta dosyasının içinde bu paket olunca unutsan bile onu görmek sana hatırlatıyor ve böylece aslında öğreniyor oluyorsunuz”. (K3, K, 27Y)

“İlaç ve beslenme öncesinde, sonrasında verilecek sıvı, ya da tüpü çevirme, pakette göz önünde olduğu için bakım verirken unutmuyoruz eskiye göre, çünkü pakete bakınca unutsak bile aklımıza geliyor, önceden ya unutuyorduk ya da her zaman yapmıyorduk ama şimdi yapıyoruz”. (K5, K, 29Y)

“Paket ile gastrostomi bakımı ile ilgili her şeyi bilmiş ve uygulamış olduk, bir de yazılı olarak önümüzde durunca uygulamaları atlamamış olduk, her sabah bu paketi görmem doldurmam ve okumam hem öğretici oldu... “Bir de o paketi dolduracağımız için zaten istemsiz olarak o maddeler aklımızda kalıyor ve daha özenli davranıyorsunuz. Hatırlatıcı ve bakımı uygulamaya teşvik edici bir uygulama”. (K7, K, 25Y)

“...ne kadar bir şeyleri pratikte de uygulasak teorik olarak da bilsek, görünür olması bazı maddelerin önümüzde olması unutmaya karşı önlem oluyor...” (K9, K,30 Y)

Alt tema 3: Görünürlük

Gastrostomi bakım paketini kullanan hemşireler bakım paketinin yaptıkları uygulamaları somutlaştırdığını, kayıt sürecinin olması ile de hemşirelik bakımının görünür kılındığını, hastaların gastrostomi bakımlarının daha doğru ve eksiksiz ilerlediğini bildirmişlerdir.

“Bizim yaptıklarımızı görünür kıldı, gastrostomi bakımında yaptığımız tüm uygulamalar kayıt altına alındı, yaptığımız hemşirelik girişimlerini bazen kaydetmiyoruz mesela unutuyoruz, ama hasta dosyasının içinde olunca unutsan bile onu görmek sana hatırlatıyor, bu büyük avantaj hem kayıt sağlıyor hem de bakımı eksiksiz yapmış oluyorsunuz”. (K3, K, 27Y)

“Yaptığımız işi görünür kıldı, hastalara verdiğimiz bakım somutlaştı, örneğin tüpten uygulayacağımız sıvının bile net bir miktarda olması bizim için önemli oldu. Enfeksiyon açısından da benim deneyimim bu paketi uyguladığım süre boyunca örneğin bir hastada daha az akıntı oldu, tüp çevresinde”. (K5, K, 29Y)

“Söz uçar yazı kalır, not aldığı her şey kıymetli ve kalıcı evet iş yükünü artırıyor mu evet artırıyor fakat yeri geldiğinde öyle bir dersin ki iyi ki yapılmış, ben o beslenme düzenini sağlamışım, pozisyonu vermişim, bunlar kıymetli. Not aldığımızda ancak görünür bilinir oluyor”. (K6, K,25Y)

“Bizim açımızdan aslında şöyle gastrostomi bakımında kim hangi işlemi yapmış ben neye dikkat edeceğim gibi konular ve bölgenin takibi daha kontrollü olmaya başladı ya da ben düşünmüyorum ya da peşine düşmüyorum artık bakım yapıldı mı, tüpten su verildi mi verildiyse ne kadar verildi hepsi kayıtlı olmuş oldu.

Bakımlar hangi gün nasıl yapıldı. Bizim gastrostomi bakımı ile ilgili rutinde kullandığımız bir uygulama olmalı aslında bu paket". (K8, K, 25Y)

"Paketin olması size bir sorumluluk veriyor ve siz yaptığınızı belgelemiş oluyorsunuz". (K9, K,30 Y)

Alt tema 4: Anlaşılabilirlik

Gastrostomi bakım paketini kullanan hemşireler paketi kullanmaya başladıkları süreç itibari ile ekip arkadaşları ile gastrostomili hastaların bakımı ile ilgili daha iyi iletişim kurduklarını, yaptıkları uygulamaların diğer ekip arkadaşları tarafından daha iyi anlaşıldığını, hastanın hangi uygulamaya ihtiyacı olup olmadığının bu süreçte daha net olduğunu, özellikle nöbet değişimlerinde paketin varlığının hastanın gastrostomi bakım sürecinin daha kontrollü ilerlemesine katkı sağladığını ifade etmişlerdir.

"Teslim veriyoruz birbirimize, önceden pansumanı ya da gastrostomi bakımı ile ilgili durumları atlayabiliyorduk, ama şimdi o bakım paketi sayesinde bir uygulamayı atlamamış oluyoruz, ya da teslimde önceden arkadaşım bana söylemeyi unuttuysa ben pansumanını yaptım diye, ben o şifte belki gereksiz yere pansumanı açıp tekrar bir uygulama yapmış oluyordum hem malzeme kullanmış oluyordum hem de hastaya gereksiz yere müdahale etmiş oluyordum. Ama şimdi biliyorum ki yapan parafını atıyor, pakete not ediyor, akıntı vs var mı diye yani ben ne zaman pansumanı açıp açmayacağımı bilmiş oluyorum". (K2, K, 26Y)

"Daha iyi gözlemliyoruz yaptığımız uygulamayı, teslim verdiğimizde arkadaşlarımız görüyor hangi uygulamayı ne zaman ne şekilde yaptığımızı anlıyor, somut bir sonuç elde etmiş oluyoruz. Yapılan işleri daha net görüyoruz, bir de o kâğıtta gördüğümüzde yani ne eksikse onu da görebiliyoruz. Daha verimli olduğunu düşünüyorum". (K4, E, 25Y)

"Bir başkası görmeden benim onu yaptığımı anlayamaz. Nöbet usulü çalışıyoruz benle aynı şifte olmayan benim o hastaya ne yaptığımı bilemeyebiliyor, ama bu paket ve paketteki kayıtlarla her şey anlaşılır oluyor aslında". (K5, K,29Y)

Tema 2: Gastrostomi Bakım Paketinin Benimsenmesi

Bu tema altında “İş Yükünü Artıracağı Düşüncesinin Değişmesi” ve “Geleneksel Uygulamadan Yeni Bir Uygulamaya Geçiş Sağlaması” olmak üzere 2 alt tema ortaya çıkmıştır.

Alt tema 1: İş Yükünü Artıracağı Düşüncesinin Değişmesi

Gastrostomi bakım paketini kullanan hemşireler bakım paketini kullanmayı ilk olarak iş yükü olarak nitelendirdiklerini, bakımda kullandıkları diğer formların fazlalığı nedeniyle bu paketi kullanmanın zamanlarını alacak bir uygulama olduğunu, bakım paketini ekstra bir evrak olarak nitelendirdiklerini ifade etmiş, bakım paketinin yoğun bakımda kullanımı süresince ise, paketi kullandıkça ilk baştaki olumsuz düşüncelerinin değiştiğini, bakım paketini kullanarak gastrostomi bakımı ile ilgili eksiklerini gördüklerini, hangi uygulamayı neden yaptıklarının farkına vardıklarını ve bakım paketini kullanmanın bakımda bir standarttı sağlayarak kaliteyi artırdığını bildirmişlerdir.

“Aslında ilk başta biraz zaman kaybı gibi görmüştüm, sonradan yaptıkça aslında zaman kaybı olmadığını daha olumlu olduğunu hatırlatıcı olduğunu, yararının daha fazla olduğunu gördüm. Eksiklerimi de gördüm, ne yapmam gerektiğini pakette görmüş oldum. Başta olumsuz yaklaştım ama kullandıkça olumlu yönlerini gördüm” (K4, E, 25Y)

“Vakit alacak bir uygulama olarak düşünmüştüm hatta ilk gastrostomili hasta çıktığında ve uygulamaya başladığımızda da aynı şeyi düşündüm, ama dediğim gibi uyguladıkça avantajlarını görmüş olduk, zaman alıyor doğru ama alışınca avantajlarını görmüş oluyorsunuz”. (K6, K, 25Y)

“Bize yoğunluk veya vakit kaybı yaratabilir diye düşünmüştük ama kullanmaya başladıkça hem form daha pratik hale gelmeye başladı hem de gastrostomi bakımı daha pratik olmaya başladı. Paket yoğun bakıma yerleştikten sonra da zaten yoğun bakımda da aslında hepimiz daha rahat kullanmaya başladık”. (K8, K, 25Y)

“Sizle iletişime geçtiğimizde bu paketin bize muhakkak ekstra bir evrak olarak gözükeceğini düşünmüştük ama zaman geçtikçe ve biz bu paketi kullanmaya başladıkça aslında bir standartta nasıl ulaşabileceğimiz de bu çalışma ile görmüş olduk, bizim kendi yoğun bakımda kullandığımız hemşire izlem formunun bir parçası

oldu aslında, biz de o paketi yoğun bakımın bir parçası olarak gördük hatta bence bu paket ayrı bir form olarak değil de bizim yoğun bakımda kullandığımız hemşire gözlemlerinin içine bile yerleştirilebilir. Böylece paketin daha etkin kullanılacağını düşünüyorum". (K9, K, 30Y)

Alt tema 2: Geleneksel Uygulamadan Yeni Bir Uygulamaya Geçiş

Sağlaması

Gastrostomi bakım paketini kullanan hemşireler gastrostomi bakım paketinin bundan sonraki süreçte yoğun bakım için bir yenilik oluşturacağını hem kendileri hem de yoğun bakıma yeni başlayacak olan meslektaşları için teorik ve uygulama alanında bir öğrenme aracı olarak kullanılabileceğini ifade etmişlerdir.

"Öncesinde paketteki bazı maddeleri bilmiyordum (ileri geri hareket, 360 derece döndürme gibi) onu zaten önce eğitimde sonra pakette gördüm ve uygulamaya başladım, pansumanın değişim sürecini daha somut gördüm, ilaç etkileşimi de daha çok dikkat ettim açıkçası, böylece yeni olmayan ama benim yeni öğrendiğim şeyler oldu". (K4, E, 25Y)

"Önceden ya sorumlulardan ya kıdemliden öğrendiğim şekildeydi, paketten sonra bakımla ilgili her madde orda yer edinmiş oluyor ve siz yaptıkça gastrostomi bakımında ne yapmanız ve nasıl yapmanız gerektiğini anlamış oluyorsunuz". (K6, K, 25Y)

"Yeni bir hemşire buraya başlayacak olsa, evet bak bu gastrostomi bakımında uyguladığımız basamaklar bakım buna göre gerçekleşiyor, elbette yanında olup göstereceğiz ama en temelinden o paketi eline alıp baktığında gastrostomi bakımında nelerle karşılaşacağını neye dikkat edeceğini göstermiş olacağız. Hepimiz için yol gösterici olacak aslında. Böyle bir paketin olması bizim örneğin gelen kişiye bunu değinmeden göstermeden geçemeyeceğimiz anlamına geliyor." (K9, K, 30Y)

"Genelde burada kıdemliden öğreniyorsunuz bakımı, örneğin gastrostomi bakımında ben tüpün oynatıldığını bilmiyordum mesela, onu bu paket sayesinde öğrendim, bu benim için bir artı oldu". (K10, K, 25Y)

5. TARTIŞMA

Gastrostomi bakımında kanıta dayalı hemşirelik bakım paketinin geliştirildiği ve hemşirelerin uyumunun değerlendirildiği bu çalışma aşağıda yer alan 3 başlık altında tartışılmıştır.

1. Gastrostomi Bakım Paketinin Geliştirme Aşaması
2. Gastrostomi Bakım Paketinin Eğitim Aşaması
3. Gastrostomi Bakım Paketinin Uygulama Aşaması

5.1. Gastrostomi Bakım Paketinin Geliştirme Aşaması

Gastrostomi bakım paketi, IHI önerileri doğrultusunda ve bakım paketinin elementlerinin oluşturulmasında kullanılması önerilen yedi basamaklı geliştirme adımları temel alınarak geliştirilmiştir (34, 36, 106). Literatürde IHI önerilerinin ve yedi basamaklı adımların temel alınarak geliştirilen bakım paketleri bulunmaktadır (197-206). Bu araştırmada ilk olarak bakım paketinin tasarlanması ve uygulanması için IHI önerileri doğrultusunda bir araştırma ekibi oluşturulmuştur. Bakım paketinin teması belirlenmiş, temayı gastrostomi ile beslenen hastaların kanıta dayalı hemşirelik bakımı oluşturmuştur. Temaya yönelik araştırma kapsamında değerlendirilen rehberlere göre bakım paketinin parametreleri belirlenmiştir. Bakım paketi geliştirme sürecinde, belirlenen parametrelere ait elementler için klinik uygulama rehberlerinin kullanılması önerilmektedir (34, 36, 106, 115). Bu araştırmanın kalitesini güçlendirmek için kapsamlı bir literatür taraması yapılmış hem literatür taraması hem de alan ile ilgili rehber önerilerine göre parametrelere ait elementlere araştırma ekibi ile yapılan çoklu toplantılar sonrasında karar verilmiştir. Araştırma ekibi ile birlikte yapılan çoklu toplantılar ile bakım paketinde yer alacak elementlerin IHI'nın önerdiği şekliyle, multidisipliner ekip ile karar verilerek, elementlerin tanımlayıcı, birbirinden bağımsız ve sayısının 3-5 arasında olmasına dikkat edilmiş, bakım paketinin taslak formu oluşturularak uzman görüşleri alınmıştır. Uzman görüşleri doğrultusunda yapılan değişiklikler sonrası pakete son hali verilmiş, bakım paketi uygulama ve kontrol formları hazırlanmıştır. Bakım paketinin uygulanabilir olup olmadığının belirlenebilmesi için seçilen bir klinikte “ya hep ya hiç” yaklaşımı temel alınarak uygulaması gerçekleştirilmiştir. IHI önerilerinin ve yedi basamaklı adımların temel alınarak geliştirildiği bakım paketleri incelendiğinde; Damklian ve ark. (197)’ı

travmatik beyin hasarı olan hastalar ile ilgili bakım paketinin ana temasını, beyin hasarı olan hastaların acil hemşirelik yönetimi olarak oluşturmuşlardır. Çalışma kapsamında travmatik beyin hasarı ile ilgili rehber önerilerine göre bakım paketi parametrelerini belirlemişler ve alan uzmanlarının görüşlerini almışlardır. Hastanede yatan çocuklarda düşmenin önlenmesi ile ilgili geliştirilen kanıta dayalı bakım paketinde, araştırmacılar düşmelerin önlenmesi ile ilgili alan rehberlerinin önerilerini kullanmışlardır (199). İnme hastalarına yönelik geliştirilen bakım paketinde kapsamlı bir literatür taraması ile bakım paketi elementleri oluşturulurken alan rehberlerinden, sistematik derlemelerden, randomize kontrollü çalışmalardan, kesitsel araştırmalardan ve uzman konsensüslerinden yararlanıldığı ve ilgili tüm araştırma sonuçlarının kalitelerine göre değerlendirildiği görülmüştür (198). Duff ve ark. (200)'ı geliştirdikleri perioperatif hipotermi bakım paketinde öncelikle klinisyen ve akademisyenlerden oluşan multidisipliner bir ekip oluşturarak, alan ile ilgili rehberlerin önerilerini değerlendirmişlerdir. Uzman görüşleri sonrası ise 3 parametre ve her bir parametreye ait elementlerin olduğu perioperatif hipotermi bakım paketini geliştirmişler ve 5 hasta üzerinde ya hep ya hiç yaklaşımını kullanarak örnek uyum hesaplaması yapmışlardır.

Roberti ve ark. (207)'ı kalp yetmezliği ile ilgili geliştirdikleri bakım paketi çalışmasında kapsamlı bir literatür taraması yapmışlar ve alan ile ilgili kanıtları bir araya getirerek uzman görüşlerine sunmuşlardır. Uzmanların önerileri sonrası ise bakım paketinde 4 parametre altında yer alan ve sayısı iki ile dört arasında değişen elementlere yer vermişlerdir. Gillepsi ve ark. (201)'ı hasta merkezli basınç yarası önlem bakım paketi çalışmalarını geliştirme ve uygulama olmak üzere iki aşamada yürütmüşlerdir. Bunun için multidisipliner bir ekip oluşturmuşlar, bakım paketinin elementlerine karar vermişlerdir. Daha sonra bakım paketi ile ilgili eğitim materyalleri (broşür, video kaydı, poster ve kontrol listesi) oluşturmuşlardır. Bakım paketinin uygulanabilirliğinin değerlendirilmesi için pilot uygulama gerçekleştirmişlerdir.

Bakım paketlerinin geliştirilme sürecinde IHI önerilerinin dikkate alınması, multidisipliner araştırma ekiplerinin kurulması, bakım paketinin elementlerinin uzman görüşleri ile değerlendirilmesi, tam uyumun sağlanabilmesi için ise ya hep ya hiç yaklaşımının kullanılması bakım paketlerinin geliştirilme sürecinin önemli yapıtaşlarını oluşturduğu ve paketlerin kalitesini artırdığı düşünülmektedir.

5.2. Gastrostomi Bakım Paketinin Eğitim Aşaması

Bu araştırmada gastrostomi bakım paketi geliştirildikten sonra gastrostomi bakımına, kanıta dayalı hemşireliğe ve bakım paketine yönelik hemşirelere eğitimler verilmiş ve hemşirelerin gastrostomi bakımı bilgi düzeyleri ve kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumları değerlendirilmiştir. Araştırma bulgularında hemşirelerin gastrostomi bakımı bilgi düzeylerinin, eğitimden hemen sonra ve 6. ay takiplerinde eğitim öncesine göre arttığı belirlenmiştir. Bakım paketlerinin kliniklerde kullanılmaya başlanmasından önce hem bakım paketinin kullanımına hem de ilgili bakıma yönelik sağlık profesyonellerine eğitimlerin verilmesi önerilmektedir (106, 127, 208-212). Literatürde eğitimlerin hemşirelerin bilgi düzeylerini artırdığı çalışmalar ile kanıtlanmıştır (213-216).

Bakım paketlerinin kullanımının bu eğitimlerden ayırıcı özelliklerinden biri ise hemşirelerin tüm bakım süreçlerinde bakım paketini tekrarlı olarak değerlendirmeleri, bakım paketini her bakım sırasında kullanarak bakım paketinde yer alan bilgileri daha iyi kavramaları ve bunun hemşirelerde hatırlatıcı etkisinin olmasıdır (97, 114, 130, 209, 217-219). Bakım paketlerine yönelik verilen bu eğitimlerin hem bakım paketine uyumu hem de bakım paketini kullanan sağlık profesyonellerinin bilgi düzeyinin artırdığı bilinmektedir (97, 130, 209, 220). Yılmaz ve ark. (130)'nın basınç yarası bakım paketini kullanan hemşireler ile yaptıkları çalışmada hemşirelerin bilgi puanlarının zamana göre değişim gösterdiği, eğitim öncesi bilgi puanlarının eğitim sonrası ve üçüncü ay takiplerine göre düşük olduğu, Yazıcı ve ark. (209)'nın yoğun bakımda sık görülen enfeksiyonları önlem bakım paketini kullanan hemşireler ile yaptıkları çalışmada, VIP, KİKDE ve KIÜSE önlem bakım paketlerine yönelik verilen eğitimlerin hemşirelerin bilgi düzeylerinde anlamlı bir artışa sebep olduğu görülmüştür. Jansoon ve ark. (97)'ı ventilatör bakım paketine yönelik kanıta dayalı eğitim alan hemşirelerin bilgi düzeylerinin almayanlara göre daha yüksek olduğunu bildirmiş, bakım paketine uyumsuzluğun en önemli nedenini ise bakım paketinin kullanımına yönelik bilgi eksikliği olduğunu ve bakım paketinin kullanıldığı servislerde ziyaretler veya ara eğitimler ile bakım paketine uyumun artırılmasını önermişlerdir.

Bu araştırmada hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarında da eğitim sonrasında öncesine göre anlamlı farklılık olduğu ortaya çıkmıştır. Literatürde

eğitim müdahalelerinin hemşirelerin kanıta dayalı tutumlarını değerlendiren çalışmalar incelendiğinde, bu araştırma sonucunda olduğu gibi, eğitimlerin hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarını olumlu etkilediği ve hemşirelerin kanıta dayalı uygulamaları kullanma oranlarını artırdığı bildirilmektedir (221-224). Hemşirelerin gastrostomi bakım paketine uyumlarının yüksek olması da bu sonucu desteklemektedir. Kiyoshi ve ark. (225)'nin VIP bakım paketini kullanan hemşireler ile yaptıkları çalışmada hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalara olumlu tutum sergiledikçe bakım paketine uyumlarının arttığı bildirilmiştir. Bu noktada hemşirelerin araştırma yapma, araştırma sonuçlarını yorumlama ve kliniğe aktarma, bilimsel etkinliklere katılımlarını sağlama gibi bilimsel faaliyetlerin olumlu tutumlarının korunmasında ve artırılmasında önemli olacağı düşünülmektedir. Araştırmada aynı zamanda duygular alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Duygular alt boyutu, kanıta dayalı hemşireliğin klinik uygulamada kullanılmasında sağlanan yararları ifade etmektedir. Bu noktada hemşireler ile gastrostomi bakım paketinin hasta çıktılarına etkisinin değerlendirildiği çalışmaların planlanmasının hemşirelerde olumlu tutumun artırılmasını sağlamada önemli olacağı düşünülmektedir.

5.3. Gastrostomi Bakım Paketinin Uygulama Aşaması

5.3.1. Hemşirelerin Bakım Paketine Uyumu

Bakım paketine uyum oranı önemlidir. Hesaplanan uyum oranı doğrudan bakım paketinin başarısını ve bakım paketinin kliniklerde uygulanabilme durumunu göstermektedir. Bakım paketine uyum oranı arttıkça da bakımın kalitesi artmakta, bakımda standardizasyon sağlanmakta, mortalite ve morbidite azalmakta, hasta sonuçları iyileşmekte, hastanede kalış süresi azalmaktadır (36, 136). Bu araştırmada uyum oranının hesaplanmasında IHI'nın önerdiği “ya hep ya hiç” yaklaşımı kullanılmıştır. Bu yaklaşımda bakım paketine uyum oranının %95'in üzerinde olduğu durumlarda bakım paketi uygulaması başarılı olarak kabul edilmektedir (34, 115). Bu araştırmada peristomal alan bakımı parametresine uyum oranı %100, tüple besleme parametresi ve tüpten ilaç uygulama parametresine uyum oranı %98,66 olarak bulunmuştur.

Ya hep ya hiç yaklaşımında paketteki elementlerin tamamının uygulanması durumunda paket hasta için uygulanmış ve tamamlanmış kabul edilmektedir. Paketteki elementlerin hasta için kontrendike olduğu durumlarda element hastaya uygulanmamakta fakat paket tam uygulandı olarak kabul edilmektedir. Ancak herhangi bir kontrendikasyon olmadan bir elementin uygulanmadığı durumda “paket uygulanmadı” olarak kabul edilmektedir. (34, 36, 115, 116, 141). Bu araştırmada tüple besleme parametresinde yer alan “*Beslenme süresince ve beslenme sonlandığında hastayı en az 1 saat semi-fowler (30⁰-45⁰) pozisyonunda tutunuz.*” elementinin bir hastada, tüpten ilaç uygulama parametresinde “*Tüpten ilaç uygulamadan önce ve sonra tüpü en az 15 ml su ile yıkayınız*” elementinin bir hastada kontrendikasyon olmamasına rağmen uygulanmadığı belirlenmiştir. Bu nedenle tüpten besleme parametresi ve tüpten ilaç uygulama parametresine uyum oranı %98,66 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada sonuç olarak bakım paketinin tüm parametrelerine uyum oranının %95’in üzerinde olduğu görülmüş ve bakım paketinin uygulanması tüm parametreler için başarılı olarak değerlendirilmiştir.

Literatürde bakım paketlerine uyumun değerlendirildiği çalışmalarda uyum oranının hesaplanmasında “ya hep ya hiç” yaklaşımı kullanılmış ve uygulama sıklığı baz alınmıştır (130, 141, 203, 208-210, 226). Orofaringeal disfaji nedeniyle enteral beslenen hastalarda aspirasyon pnömonisinin önlenmesine yönelik çalışmada sağlık profesyonellerine verilen eğitimler ile bakım paketinin elementlerine uyum oranı %55,9’dan %70,5’e yükselmiştir (211). Davidson ve ark. (141)’nin cerrahi alan enfeksiyon bakım paketi preoperatif, intraoperatif ve postoperatif dönemde uygulanmak üzere 3 parametreye ait elementlere sahiptir. Araştırmada uyum oranları ya hep ya hiç yaklaşımı baz alınarak ayrı ayrı hesaplanmıştır. Buna göre, perioperatif döneme ait toplam elementlerin uyum oranları %95 ve üzerinde bulunmuştur. Üç parametrelili cerrahi alan enfeksiyon bakım paketi kullanımına uyumun değerlendirildiği çalışmada uyum oranı ya hep ya hiç yaklaşımı ile değerlendirilmiş ve her bir parametre için uyum oranı %90 ve üzerinde bulunmuştur (142). Yoğun bakım ünitesinde ventilatör ilişkili pnömoninin önlenmesine yönelik kullanılan bakım paketine uyumun hesaplanmasında ya hep ya hiç yaklaşımı kullanılmış (227), basınç yarısı önlem bakım paketinin evre 1 basınç yarısı üzerine etkinliğinin değerlendirildiği çalışmada bakım paketini uygulamadan önce 3 ay basınç yarısı

insidansı takip edilmiş ve bakım paketi parametrelerine uyumun %90 ve üzerinde olduğu bildirilmiştir (130).

Gastrostomi bakım paketinin geliştirildiği bu araştırmada uyum oranlarının artırılması amacıyla IHI önerileri ve literatürde bakım paketi geliştirme çalışmalarında önerilen doğrultuda (106, 127, 209, 211, 212) gastrostomi bakım paketinin uygulanacağı klinikteki ekip ve bakım paketini geliştiren multidisipliner ekip bir araya gelerek bakım paketinin içeriği ve uygulanma süreci için fikir alışverişinde bulunmuş ve iş birliği içinde hareket etmiştir. Bu ekip çalışması ile bakım paketinin geliştirilmesi ve uygulanma süreci profesyonel ilerlemiş ve hemşirelerin pakete uyumlarının artırılması sağlanmıştır. Ayrıca araştırma sürecinde gastrostomi bakım paketi için alınan uzman görüşlerinin multidisipliner ekibi (hemşire, eczacı, diyetisyen, hekim) içermesine dikkat edilmiştir. Bakım paketinin geliştirilmesi ve uygulanması sürecinde farklı disiplinlerden profesyonellerin yer aldığı bir ekip çalışması sürdürülmüştür. Ekipte yer alan tüm profesyonellerin görüşleri alınmış, düzenli toplantılar yapılarak bakım paketinin uygulanabilirliği ve kalitesinin artırılması sağlanmıştır. Ayrıca araştırma ekibi ile yapılan toplantıların yanı sıra, gastrostomi bakım paketini kullanacak hemşirelerin de paket ile ilgili görüşleri alınarak pakete son şekli verilmiştir.

Literatürde KİKDE önlem bakım paketini uygulayan hemşireler, uygulamadan önce verilecek eğitimleri bakım paketini kullanmanın ilk stratejisi olarak değerlendirmişler, ayrıca eğitim içeriklerinin basılı ve çevrimiçi ortamlarda bulunmasının bakım paketinin uygulanma sürecini kolaylaştıracağını ifade etmişlerdir. Hemşireler bakım paketinin element sayısı arttıkça iş yüklerinin arttığını ve uygulamanın zorlaştığını, bakım paketinin oluşturulmasından ya da uygulanmasından sorumlu multidisipliner bir ekibin önemli olduğunu bildirmişlerdir (212). Bu araştırmada uyumun artırılması amacıyla literatürde önerilen şekilde (106, 127, 208-212) gerçekleştirilen diğer bir yaklaşım ise bakım paketini belirlenen klinik alanda uygulamaya başlamadan önce, klinikte gastrostomi bakım paketini uygulayacak profesyonellere bir eğitim programı gerçekleştirilmiştir. Eğitim içeriğinde gastrostomi bakımı, gastrostomi bakım paketinin amacı ve kullanımı yer almıştır. Bu noktada tüm profesyonellere kliniğin çalışma düzeni etkilenmeyecek şekilde eğitim programı ayarlanmıştır. Eğitimlerin ve bakım paketinin etkili ve akılda

kalıcı olabilmesi için literatürde önerilen şekilde hatırlatıcı materyaller hazırlanarak kliniğe yerleştirilmiştir. Literatür incelendiğinde, yoğun bakım ünitesinde 3 ay süreyle VIP, KİÜSE ve KİKDE önlem bakım paketlerinin kullanıldığı çalışmada, uygulama öncesi hemşirelere eğitim verilmiş, enfeksiyon oranları ve hemşirelerin bakım paketine uyumları değerlendirilmiştir. Bakım paketine uyum oranının artmasıyla enfeksiyon hızlarının azaldığı tespit edilmiştir (209). Hastanede yatan hastalarda hasta merkezli basınç yarası önlem bakım paketinin etkinliğinin değerlendirildiği randomize kontrollü çalışmada hastaneye yeni yatışı yapılacak hastalara uygulama öncesi video uygulamalı eğitim verilmiş, broşür ve poster ile eğitim desteklenmiştir. Ayrıca bakım paketinin kullanılacağı servislerde çalışan hemşirelere de powerpoint sunum ile eğitim verilmiştir. Kontrol grubundaki hastalar ve hemşireler kliniğin standart prosedürüne göre uygulamalarını gerçekleştirmiştir. Bakım paketinin kullanıldığı grupta hastane kaynaklı basınç yarası oranı %6,1 iken kontrol grubunda %10,5 olarak bulunmuştur (208). Hamishekar ve ark. (210)'ı VIP bakım paketi ile ilgili çalışmalarında yoğun bakım hemşirelerine VIP bakım paketi ile ilgili eğitim vermiş ve eğitim öncesi ve sonrası bakım paketinin her bir elementine uyumu ayrı olarak değerlendirmiş ve uygulanan girişim sayısını dikkate almışlardır. Bakım paketinde yer alan bazı elementlere eğitimler sonrası uyumun arttığı bakım paketinin bütününe ise uyumun düşük olduğu bildirilmiştir. Uyumun düşük olma nedenleri arasında sadece bakım paketine yönelik verilen eğitimlerin yeterli olmayacağı, bakım paketinin uygulama sürecinde sıkı takibinin yapılması gerektiğini vurgulamışlardır. Bu çalışmada da gastrostomi bakım paketinin elementlerinin hemşireler tarafından uygulanıp uygulanmadığı araştırmacı tarafından yoğun bakım hemşirelerinin haberdar olmadığı günün farklı saatlerinde yoğun bakım ziyaretleri yapılarak değerlendirilmiş, hemşirelerin bakım paketi kullanımlarına uyumlarını artırmak ve olası hataları önleyebilmek için araştırma ekibinde yer alan yoğun bakım sorumlu hemşiresi tarafından da paketin uygulanma durumu kontrol edilmiştir. Araştırmacılar tarafından uygulama sürecinde hemşirelere ihtiyaç halinde gerekli bilgilendirmeler yapılarak uyumlarının artırılması amaçlanmıştır.

5.3.2. Gastrostomi Bakım Paketinin Kullanımına Yönelik Hemşirelerin Görüşleri

Bu araştırmada bakım paketini kullanan hemşirelerin bakım paketi ile ilgili deneyimlerinin ve uygulamaya yönelik görüşlerinin derinlemesine değerlendirilebilmesi için nitel yöntem kullanılmıştır. Çalışma sonucunda 2 tema ve 6 alt tema ortaya çıkmıştır. Bakım paketi geliştirme çalışmalarında bakım paketinin uygulanabilirliğinin ve uygulama sürecinin değerlendirilmesinde bakım paketini kullanan sağlık profesyonellerinin görüşlerinin değerlendirilmesi önerilmektedir. Bu değerlendirme nitel veya nicel yöntemler kullanılarak yapılabilmektedir (106, 228). Araştırmanın nitel bölümü 2 tema altında tartışılmıştır.

Tema 1: Gastrostomi Bakım Paketini Kullanmanın Hemşirelik Bakımına Yansıması

Bu araştırmada hemşireler gastrostomi bakım paketini kullanmayı profesyonellik, öğreticilik, görünürlük ve anlaşılabilirlik alt temaları olarak tanımlamıştır. Hemşireler gastrostomi bakımında bakım paketi kullanımının bir düzen sağladığını ve tüm hemşirelerin aynı uygulamaları gerçekleştirdiğini, böylece bakımda standart yakalandığını ve bunun da profesyonelliği sağlamada önemli olduğunu ifade etmişlerdir. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı bakım paketini kullanan sağlık profesyonelleri ile yapılan nitel görüşmede bakım paketi kullanımının bakımda standart sağladığı ve bakım paketi ile hastaya zamanında ve uygun bir tedavi ve bakımın sağlandığı ortaya çıkmıştır (229). Yoğun bakımda hastane enfeksiyonlarının önlenmesine yönelik bakım paketini kullanan hemşirelerin bakım paketi kullanımına yönelik görüşlerinin değerlendirildiği nitel çalışmada hemşireler bakım paketini “hastalara bütünleşik bakım sağlayan hatırlatma aracı” olarak tanımlamıştır. Hemşireler bakım paketi kullanımının kendilerini değerlendirmelerini sağladığını, bakımda eksik yaptıkları uygulamaları bakım paketi kullanımı ile hatırladıklarını belirtmişlerdir (230). Travmatik beyin yaralanması bakım paketini kullanan hemşirelerin görüşlerinin değerlendirildiği nitel çalışmada ise, hemşireler bakım paketinin kullanılmasının hastalarda bakımın kalitesini artırdığı, bakımda öğreticiliği sağladığını, bakıma yönelik farkındalık kazandıklarını, bakım paketinin kullanılmasından önce verilen eğitimlerin de öğrenmeyi artırdığını, bakım paketinin

tüm elementlerinin birlikte uygulanması ile de hastaların optimal bakımı almalarının sağlandığı belirtilmiştir (220).

Bu araştırmada gastrostomi bakım paketinin kullanımının ve yoğun bakım içerisinde bakım paketini hatırlatıcı materyallerin yerleştirilmesinin hemşireler tarafından gastrostomi bakımında öğretici olduğu ifade edilmiştir. Literatürdeki çeşitli bakım paketlerinin kullanımının değerlendirildiği çalışmalar ile bu çalışmadan ortaya çıkan sonuçların uyumlu olduğu görülmektedir (97, 130, 230). Örneğin, kalıcı üriner kateter kullanımını azaltmayı amaçlayan çok yönlü bakım paketini kullanan hemşireler bu sürecin bilgi ve becerilerini artırdığını ve kendilerini profesyonelleştirdiğini, servislere asılan posterlerin yine bu süreçte öğreticiliği artırdığını bildirmişlerdir (231). Bakımda standart geliştirmek, mesleki profesyonelliği sağlamak ve öğreticiliği artırmak için hemşirelik uygulamalarında bakım paketlerinin geliştirilmesi ve kullanılması önerilmektedir.

Bu araştırmada gastrostomi bakım paketini kullanmanın hemşirelerin uygulamalarını görünür kıldığı, yapılan uygulamaların ekip tarafından daha anlaşılır hale geldiği ve böylece hastanın gastrostomi bakım sürecinin daha kontrollü ilerlediği sonucu ortaya çıkmıştır. Shaw ve ark. (229)'nın çalışmasında da KOAH bakım paketini kullanan sağlık profesyonelleri ile yaptıkları nitel görüşmede bakım paketi kullanımının sağlık profesyonelleri arasında iletişimi ve uyumu artırdığı, Robert ve ark. (232)'nin basınç yarası önlem bakım paketini kullanan hemşirelerin görüşlerine yönelik yaptıkları nitel çalışmada da, hemşireler bakım paketinde yer alan elementleri aslında normal süreçte uyguladıklarını, fakat bakım paketi ile bu uygulamaların daha görünür duruma geldiğini, basınç yarasının önlenmesine yönelik farkındalık kazandıklarını belirtmişlerdir.

Tema 2: Gastrostomi Bakım Paketinin Benimsenmesi

Bu araştırmada hemşirelerin gastrostomi bakım paketine karşı başta olumsuz bir yaklaşımda bulundukları ve bu sürecin iş yüklerini artıracaklarını düşündükleri, hasta bakımında kullandıkları birçok formun olması nedeniyle de bu sürece olumsuz düşünce ile başladıkları sonucu ortaya çıkmıştır. Literatürde bakım paketini kullanan hemşirelerin görüşlerinin değerlendirildiği nitel çalışmalar incelendiğinde benzer sonuçlar olduğu görülmektedir (231-233). Chaboyer ve ark. (233)'nin çalışmasında

hemşireler ilk olarak basınç yarası önlem bakım paketini kullanmanın iş yüklerini artıracaklarını düşündükleri fakat çalışma sonucunda hemşirelerin bakım paketinin rutin hemşirelik bakımı içerisine entegre edilmesinin hasta sonuçlarını iyileştirmede önemli olduğunu bildirdikleri sonucu ortaya çıkmıştır. Parker ve ark. (231)'ı çalışmalarında hemşireler başlangıçta bakım paketinin uygulamasının zor geldiğini ve iş yüklerini artırdığını, fakat zamanla bakım paketinin servisin doğal yapısı içine gireceğini ve böylece iş yüklerinin azalacağını ifade etmişlerdir. Hemşireler başlangıçta gösterilen bu direncin normal olduğunu fakat paketi uyguladıkça ve hasta sonuçlarını gördükçe de önemini anladıklarını bildirmişlerdir. Robert ve ark. (232)'nın hemşireler ile yaptıkları nitel görüşmelerde bakım paketinin uygulanma sürecinde dokümantasyonunun önemli olduğu, evrak fazlalığının bakım paketinin uygulanmasını engelleyebileceği, bu nedenle bakım paketinin anlaşılır ve uygulaması kolay bir formatta hazırlanması gerektiği bildirilmiştir. Ventilatör ilişkili pnömoni bakım paketinin yoğun bakımda kullanıma yönelik engellerin değerlendirildiği çalışmada engellerin, bakım paketine farkındalığın olmaması, kullanımına yönelik bilgi eksikliği, uygulamadan önce paketi kullanacak tüm profesyonellere eğitimlerin verilmemesi, bazı hemşirelerin bakım sırasında iş yüklerinin fazla olması nedeni ile bakım paketini yeterince takip etmedikleri olarak belirlenmiştir (234). Bu araştırmada gastrostomi bakım paketinin geliştirilme aşamasında paketi kullanacak hemşireler ile yapılan toplantılarda hemşirelerin bakım paketinin önemini anladıkları fakat uygulama kolaylığı sağlamayan bir dokümantasyon sürecinin bakım paketine uyumu azaltılabileceği fark edilmiştir. Bu noktada bakım paketinin kullanma sürecine geçmeden önce paketi kullanacak tüm hemşirelere paketin kullanımına yönelik eğitimler verilmiş, özellikle hemşirelerin bakım paketini iş yüklerini artıracak bir evrak olarak görebilecekleri için bakım paketinin tasarlanma sürecinde görüşleri alınmış ve paketin fiziksel yapısı hemşirelerin önerilerine göre düzenlenmiştir. Gastrostomi bakım paketinin geliştirilmesinde, paketi kullanacak hemşirelerin süreçte dahil edilmesinin uyumu artırdığı ve bakım paketine olumlu görüş sergilemede etkili olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada hemşireler gastrostomi bakım paketi kullanımının işe yeni başlayan hemşirelerin eğitiminde bir araç olarak kullanılabileceğini ifade etmişlerdir. Gastrostomi bakım paketini kullanan hemşireler gastrostomi bakım paketinin bundan

sonraki süreçte yoğun bakım için bir yenilik oluşturacağını hem kendileri hem de yoğun bakıma yeni başlayacak olan meslektaşları için teorik ve uygulama alanında bir öğrenme aracı olarak kullanılabileceğini ifade etmişlerdir. Mdoe ve ark. (235)'nın çalışmasında bakım paketini kullanan sağlık profesyonelleri bakım paketi ile hemşirelik bakımının geleneksel bir yaklaşımdan daha bilimsel bir yaklaşıma doğru geçtiğini, yaptıkları bazı uygulamaların doğru olmadığını, uygulamadan önce verilen eğitimlerin ve bakım paketini kullanmanın doğru yapılmayan uygulamaların düzeltilmesini sağladığını ve bunun öğretici olduğunu ortaya koymuşlardır. Bidwel ve ark. (236)'ı sağlık profesyonellerinin bakım paketi ile mevcut bakım uygulamalarının değiştiğini ve farklı bir bakım felsefesine sahip olduklarını bildirmişlerdir. Allen ve ark. (237)'ı bakım paketini kullanan sağlık profesyonellerinin önce bakım paketini uygulamaya karşı direnç gösterdiklerini, paketi uyguladıkça kanıta dayalı uygulamaları öğrendiklerini, mesleğe yeni başlayanlar için ise öğretici olacağını ve bu paketin kendilerini güvende hissettirdiğini bildirmişlerdir. Aynı çalışma özellikle işe yeni başlayan kişilerin eğitimlerinde ve bakımın doğru ve standart yöntemlerle uygulanmasında bakım paketlerinin yol gösterici bir rehber olarak kullanılabileceğini ortaya koymuştur. Bakım paketini kullanacak profesyonellere eğitim verilerek bakım paketinin tanıtılması, geliştirme ve uygulama sürecinde görüşlerinin alınması bakım paketinin uygulanmasını kolaylaştırarak pakete uyumun artırılmasını sağlayacaktır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Gastrostomi bakımında kanıta dayalı hemşirelik bakım paketinin geliştirilmesi ve hemşirelerin uyumunun değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilen bu araştırma sonucunda;

- Sağlık Hizmetlerinde Kalite İyileştirme Enstitüsü önerileri doğrultusunda uzman görüşleri alınarak “peristomal alan bakımı”, “tüple besleme” ve “tüpten ilaç uygulama” olmak üzere 3 parametrelili Gastrostomi Bakım Paketi geliştirilmiştir.
- Hemşirelerin Gastrostomi Bakım Paketinin ilk parametresi olan “peristomal alan bakımına” uyum oranı %100, ikinci parametresi olan “tüple besleme” ve üçüncü parametresi olan “tüpten ilaç uygulamaya” uyum oranı %98,66 olup tüm parametrelerin kullanımına hemşirelerin uyumlu olduğu saptanmıştır.
- Gastrostomi Bakım Paketine yönelik hemşirelere verilen eğitimin hemşirelerin bilgi düzeylerine etkisi olduğu görülmüştür. Hemşirelerin altıncı ay sonundaki bilgi düzeyi puan ortalamalarının eğitim öncesi ve eğitim sonrasına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Gastrostomi Bakım Paketine yönelik verilen eğitimin hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarına etkisi olduğu görülmüştür. Hemşirelerin altıncı aydaki Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği toplam puan ortalamalarının eğitim öncesine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Hemşirelerin Gastrostomi Bakım Paketini kullanmalarına yönelik deneyimleri hakkında yapılan nitel görüşme sonucunda “Gastrostomi Bakım Paketini Kullanmanın Hemşirelik Bakımına Yansıması” ve “Gastrostomi Bakım Paketinin Benimsenmesi” olmak üzere iki tema ortaya çıkmıştır. Gastrostomi Bakım Paketini Kullanmanın Hemşirelik Bakımına Yansıması temasında gastrostomi bakım paketini kullanmanın hemşirelerin uygulamalarını görünür kıldığı, profesyonelliği sağladığı, yapılan uygulamaların ekip tarafından daha anlaşılır hale geldiği ve gastrostomi bakım paketinin öğretici olduğu saptanmıştır. Gastrostomi Bakım Paketinin Benimsenmesi temasında

hemşirelerin bakım paketini kullanmaya başladıktan sonra bakım paketine karşı düşündükleri iş yükünü artacağına ilişkin düşüncelerinin aksi yönde değiştiği ve bakım paketinin işe yeni başlayan hemşirelerin eğitiminde bir araç olarak kullanılabileceğini sonucu ortaya çıkmıştır.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Gastrostomi Bakım Paketine uyumun daha fazla sayıda gastrostomili hastalara bakım veren hemşireler ile değerlendirilmesi,
- Gastrostomi ile beslenen tüm hastaların bakımında Gastrostomi Bakım Paketinin kullanılması,
- Gastrostomi Bakım Paketinin hasta sonuçlarına etkisinin değerlendirildiği araştırmaların planlanması,
- Gastrostomi Bakım Paketinin hemşire gözlem formlarına entegre edilmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Sobotka L, Forbes A. Basics in clinical nutrition: Galen; 2019.
2. Arvanitakis M, Gkolfakis P, Despott EJ, Ballarin A, Beyna T, Boeykens K, et al. Endoscopic management of enteral tubes in adult patients–Part 1: Definitions and indications. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy*. 2021;53(01):81-92.
3. Frigal-Ruiz AB, Lucendo AJ. Percutaneous Endoscopic Gastrostomy: A Practical Overview on Its Indications, Placement Conditions, Management, and Nursing Care. *Gastroenterology nursing : the official journal of the Society of Gastroenterology Nurses and Associates*. 2015;38(5):354-66; quiz 67-8.
4. Mou J, Sun J, Zhang R, Yang Y, Yang W, Zhao X. Experiences and needs of home caregivers for enteral nutrition: A systematic review of qualitative research. *Nursing open*. 2022;9(1):11-21.
5. Farrag K, Shastri YM, Beilenhoff U, Aksan A, Stein J. Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG): a practical approach for long term management. *BMJ (Clinical research ed)*. 2019;364:k5311.
6. Hucl T, Spicak J. Complications of percutaneous endoscopic gastrostomy. *Best practice & research Clinical gastroenterology*. 2016;30(5):769-81.
7. Park S-K, Kim JY, Koh S-J, Lee YJ, Jang HJ, Park SJ, et al. Complications of percutaneous endoscopic and radiologic gastrostomy tube insertion: a KASID (Korean Association for the Study of Intestinal Diseases) study. *Surgical endoscopy*. 2019;33:750-6.
8. Boullata JJ, Carrera AL, Harvey L, Escuro AA, Hudson L, Mays A, et al. ASPEN Safe Practices for Enteral Nutrition Therapy *JPEN Journal of parenteral and enteral nutrition*. 2017;41(1):15-103.
9. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice: Lippincott Williams & Wilkins; 2022.
10. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ (Clinical research ed)*. 1999;318(7182):527-30.
11. Leone M, Ragonnet B, Alonso S, Allaouchiche B, Constantin J-M, Jaber S, et al. Variable compliance with clinical practice guidelines identified in a 1-day audit at 66 French adult intensive care units. *Critical care medicine*. 2012;40(12):3189-95.
12. Overington JD, Huang YC, Abramson MJ, Brown JL, Goddard JR, Bowman RV, et al. Implementing clinical guidelines for chronic obstructive pulmonary disease: barriers and solutions. *Journal of thoracic disease*. 2014;6(11):1586.
13. Gkolfakis P, Arvanitakis M, Despott EJ, Ballarin A, Beyna T, Boeykens K, et al. Endoscopic management of enteral tubes in adult patients - Part 2: Peri- and post-procedural management. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy*. 2021;53(2):178-95.

14. Bankhead R, Boullata J, Brantley S, Corkins M, Guenter P, Krenitsky J, et al. Enteral nutrition practice recommendations. *JPEN Journal of parenteral and enteral nutrition*. 2009;33(2):122-67.
15. Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, Ballmer P, Biolo G, Bischoff SC, et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*. 2017;36(1):49-64.
16. Löser C, Aschl G, Hébuterne X, Mathus-Vliegen EM, Muscaritoli M, Niv Y, et al. ESPEN guidelines on artificial enteral nutrition--percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG). *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*. 2005;24(5):848-61.
17. McClave SA, Taylor BE, Martindale RG, Warren MM, Johnson DR, Braunschweig C, et al. Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.). *JPEN Journal of parenteral and enteral nutrition*. 2016;40(2):159-211.
18. Mueller C, Compher C, Ellen DM. A.S.P.E.N. clinical guidelines: Nutrition screening, assessment, and intervention in adults. *JPEN Journal of parenteral and enteral nutrition*. 2011;35(1):16-24.
19. Singer P, Blaser AR, Berger MM, Alhazzani W, Calder PC, Casaer MP, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*. 2019;38(1):48-79.
20. Weimann A, Braga M, Carli F, Higashiguchi T, Hübner M, Klek S, et al. ESPEN guideline: Clinical nutrition in surgery. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*. 2017;36(3):623-50.
21. Bischoff SC, Austin P, Boeykens K, Chourdakis M, Cuerda C, Jonkers-Schuitema C, et al. ESPEN guideline on home enteral nutrition. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*. 2020;39(1):5-22.
22. National Nurses Nutrition Group Good practice consensus guideline—exit site management for gastrostomy tubes in adults and children. National Nurses Nutrition Group London; 2013.
23. Roveron G, Antonini M, Barbierato M, Calandrino V, Canese G, Chiurazzi LF, et al. Clinical Practice Guidelines for the Nursing Management of Percutaneous Endoscopic Gastrostomy and Jejunostomy (PEG/PEJ) in Adult Patients: An Executive Summary. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing : official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*. 2018;45(4):326-34.
24. National Institute for Health and Care Excellence: Guidelines. Nutrition support for adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Copyright © NICE 2019.; 2017.
25. Wolds Y, Coast P. Guidelines For The Management Of Enteral Tube Feeding In Adults. 2006.

26. Morphet J, Clarke AB, Bloomer MJ. Intensive care nurses' knowledge of enteral nutrition: A descriptive questionnaire. *Intensive & critical care nursing*. 2016;37:68-74.
27. Al-Sayaghi KM, Alqalah TAHS, Alkubati SA, Alrubaiee GG, Alshoabi SA, Atrous MH, et al. Critical Care Nurses' Perceptions of Enteral Nutrition: A Descriptive Cross-Sectional Study. *The Open Nursing Journal*. 2022;16(1).
28. Ekincioglu AB, Kelleci B, Surmelioglu N, Hawes E, Demirkan K, Halil M, et al. Practice Perspectives of Healthcare Professionals Regarding Common Dilemmas Associated with Enteral Nutrition/Saglik Calisanlarinin Enteral Nutrisyon Uygulamalarindaki Celiskileri. *Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Dergisi (Journal of Medical and Surgical Intensive Care Medicine)*. 2017;8(2):44-50.
29. Wentzel Persenius M, Larsson BW, Hall-Lord ML. Enteral nutrition in intensive care nurses' perceptions and bedside observations. *Intensive & critical care nursing*. 2006;22(2):82-94.
30. Hadera T, Worku T, Tuli W. Nurses Knowledge, Practice, and Associated Factors with Enteral Nutrition in Adult Intensive Care Units of Public Hospitals. *Ethiopian Journal of Health Sciences*. 2022;32(2).
31. Hamdan M, Zidan S, Badrasawi M, Shweikeh H, Al-Masri R, Al-Khateeb R. Palestinian nurses' knowledge, attitudes, and practices regarding enteral nutrition: Cross-sectional study. *Applied Nursing Research*. 2022;63:151545.
32. Metin ZG, Pars H. Knowledge and Clinical Competence of Nurses Regarding Enteral Nutrition: A Descriptive, Cross-sectional, and Comparative Study. *Topics in Clinical Nutrition*. 2020;35(2):104-15.
33. Koçhan E, Akın S. Hemşirelerin enteral ve parenteral beslenme uygulamalarına ilişkin bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. *JAREN*. 2018;4(1):1-14.
34. Resar R, Griffin F, Haraden C, Nolan T. Using care bundles to improve health care quality. IHI innovation series white paper Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement. 2012.
35. Arora KS, Shields LE, Grobman WA, D'Alton ME, Lappen JR, Mercer BM. Triggers, bundles, protocols, and checklists—what every maternal care provider needs to know. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2016;214(4):444-51.
36. Borgert M, Binnekade J, Paulus F, Goossens A, Dongelmans D. A flowchart for building evidence-based care bundles in intensive care: based on a systematic review. *International journal for quality in health care*. 2017;29(2):163-75.
37. Gel KT, Yaşayacak A, Yorgun S. Hemşirelerin Bakım Paketi Uygulamaları Hakkındaki Görüşleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020;23(3):383-8.

38. Lavallée JF, Gray TA, Dumville J, Russell W, Cullum N. The effects of care bundles on patient outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Implementation science* : IS. 2017;12(1):142.
39. Ista E, van der Hoven B, Kornelisse RF, van der Starre C, Vos MC, Boersma E, et al. Effectiveness of insertion and maintenance bundles to prevent central-line-associated bloodstream infections in critically ill patients of all ages: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases*. 2016;16(6):724-34.
40. Frödin M, Ahlstrom L, Gillespie BM, Rogmark C, Nellgård B, Wikström E, et al. Effectiveness of implementing a preventive urinary catheter care bundle in hip fracture patients. *Journal of Infection Prevention*. 2022;23(2):41-8.
41. Richardson A, Peart J, Wright SE, McCullagh IJ. Reducing the incidence of pressure ulcers in critical care units: a 4-year quality improvement. *International Journal for Quality in Health Care*. 2017:1-7.
42. Malone A, Carney LN, Carrera AL, Mays A. ASPEN enteral nutrition handbook: American Society for Parenteral and Enteral Nutrition; 2019.
43. Bechtold ML, Brown PM, Escuro A, Grenda B, Johnston T, Kozeniecki M, et al. When is enteral nutrition indicated? *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. 2022;46(7):1470-96.
44. Weijs PJ, Kruizenga HM, van Dijk AE, van der Meij BS, Langius JA, Knol DL, et al. Validation of predictive equations for resting energy expenditure in adult outpatients and inpatients. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*. 2008;27(1):150-7.
45. Rubenstein LZ, Harker JO, Salvà A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for undernutrition in geriatric practice: developing the short-form mini-nutritional assessment (MNA-SF). *The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences*. 2001;56(6):M366-72.
46. Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O, Stanga Z. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*. 2003;22(3):321-36.
47. Arribas L, Hurtós L, Sendrós MJ, Peiró I, Salleras N, Fort E, et al. NUTRISCORE: A new nutritional screening tool for oncological outpatients. *Nutrition (Burbank, Los Angeles County, Calif)*. 2017;33:297-303.
48. Stratton RJ, Hackston A, Longmore D, Dixon R, Price S, Stroud M, et al. Malnutrition in hospital outpatients and inpatients: prevalence, concurrent validity and ease of use of the 'malnutrition universal screening tool' ('MUST') for adults. *The British journal of nutrition*. 2004;92(5):799-808.
49. Vellas B, Villars H, Abellan G, Soto ME, Rolland Y, Guigoz Y, et al. Overview of the MNA--Its history and challenges. *The journal of nutrition, health & aging*. 2006;10(6):456-63; discussion 63-5.
50. Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, Bozzetti F, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*. 2017;36(1):11-48.

51. Kruizenga HM, Seidell JC, de Vet HC, Wierdsma NJ, van Bokhorst-de van der Schueren MA. Development and validation of a hospital screening tool for malnutrition: the short nutritional assessment questionnaire (SNAQ). *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*. 2005;24(1):75-82.
52. Santana Porbén S. Comentario al artículo Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, Johnston N, Whittaker S, Mendelson RA, Jeejeebhoy KN. What is Subjective Global Assessment of Nutricional Status? *JPEN Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. 1987; 11 (1): 8-13. *Nutrición Hospitalaria*. 2008;23(4):395-407.
53. Cederholm T, Jensen GL, Correia M, Gonzalez MC, Fukushima R, Higashiguchi T, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*. 2019;38(1):1-9.
54. Balcı C, Tufan G, Özdemir N, Aksoy S, Öksüzöglü ÖB, Zengin N, et al. GLIM criteria as a valid tool for nutrition assessment and mortality prediction in treatment-naïve patients with cancer. *Nutrition in Clinical Practice*. 2023.
55. Baldwin C, Weekes CE. Dietary counselling with or without oral nutritional supplements in the management of malnourished patients: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of human nutrition and dietetics : the official journal of the British Dietetic Association*. 2012;25(5):411-26.
56. Baldwin C, Spiro A, Ahern R, Emery PW. Oral nutritional interventions in malnourished patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the National Cancer Institute*. 2012;104(5):371-85.
57. Beck AM, Holst M, Rasmussen HH. Oral nutritional support of older (65 years+) medical and surgical patients after discharge from hospital: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical rehabilitation*. 2013;27(1):19-27.
58. Smyth RL, Rayner O. Oral calorie supplements for cystic fibrosis. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2017;5(5):Cd000406.
59. Rajan A, Wangrattananpranee P, Kessler J, Kidambi TD, Tabibian JH. Gastrostomy tubes: Fundamentals, periprocedural considerations, and best practices. *World Journal of Gastrointestinal Surgery*. 2022;14(4):286.
60. Bravo JGP, Ide E, Kondo A, Moura DTHd, Moura ETHd, Sakai P, et al. Percutaneous endoscopic versus surgical gastrostomy in patients with benign and malignant diseases: a systematic review and meta-analysis. *Clinics*. 2016;71:169-78.
61. Miller KR, McClave SA, Kiraly LN, Martindale RG, Benms MV. A tutorial on enteral access in adult patients in the hospitalized setting. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. 2014;38(3):282-95.
62. Gauderer MW, Ponsky JL, Izant Jr RJ. Gastrostomy without laparotomy: a percutaneous endoscopic technique. *Journal of pediatric surgery*. 1980;15(6):872-5.

63. Lord LM. Enteral access devices: types, function, care, and challenges. *Nutrition in Clinical Practice*. 2018;33(1):16-38.
64. Yuan Y, Zhao Y, Xie T, Hu Y. Percutaneous endoscopic gastrostomy versus percutaneous radiological gastrostomy for swallowing disturbances. *Cochrane database of systematic reviews*. 2016(2).
65. Chang A, Watcharamon C, Rattanasupa A, Thongsonkleeb K, Chowdok B, Khaimook A, et al. Comparison of clinical outcomes between surgical gastrostomy and percutaneous endoscopic gastrostomy with introducer technique in patients with upper aerodigestive malignancies: A single-center analysis. *World Journal of Surgery*. 2020;44:3070-6.
66. Lech G, Pawłowski W, Korcz W, Guzel T, Dąbrowski B, Opuchlik A, et al. The complication rate, but not the mortality rate, lower after percutaneous endoscopic gastrostomy than after open surgical gastrostomy; comparison of two methods in a high volume group of patients. *Videosurgery and Other Miniinvasive Techniques*. 2022;17(1).
67. Strijbos D, Keszthelyi D, Bogie RM, Gilissen LP, Lacko M, Hoeijmakers JG, et al. A systematic review and meta-analysis on outcomes and complications of percutaneous endoscopic versus radiologic gastrostomy for enteral feeding. *Journal of Clinical Gastroenterology*. 2018;52(9):753-64.
68. Kohli DR, Radadiya DK, Patel H, Sharma P, Desai M. Comparative outcomes of endoscopic and radiological gastrostomy tube placement: a systematic review and meta-analysis with GRADE analysis. *Annals of Gastroenterology*. 2022:592-.
69. Ahmed Z, Iqbal U, Aziz M, Arif SF, Badal J, Farooq U, et al. Outcomes and Complications of Radiological Gastrostomy vs. Percutaneous Endoscopic Gastrostomy for Enteral Feeding: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. *Gastroenterology Research*. 2023;16(2):79.
70. Kohli DR, Kennedy KF, Desai M, Sharma P. Safety of endoscopic gastrostomy tube placement compared with radiologic or surgical gastrostomy: nationwide inpatient assessment. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2021;93(5):1077-85. e1.
71. Boeykens K, Duysburgh I. Prevention and management of major complications in percutaneous endoscopic gastrostomy. *BMJ Open Gastroenterology*. 2021;8(1):e000628.
72. Boeykens K, Duysburgh I, Verlinden W. Prevention and management of minor complications in percutaneous endoscopic gastrostomy. *BMJ Open Gastroenterology*. 2022;9(1):e000975.
73. Villalba CM, Rodríguez JAV, Sánchez FG. Percutaneous endoscopic gastrostomy. Indications, care and complications. *Medicina Clínica (English Edition)*. 2019;152(6):229-36.
74. Cyrany J, Rejchrt S, Kopacova M, Bures J. Buried bumper syndrome: a complication of percutaneous endoscopic gastrostomy. *World journal of gastroenterology*. 2016;22(2):618.

75. Hoffer EK, Cosgrove JM, Levin DQ, Herskowitz MM, Sclafani SJ. Radiologic gastrojejunostomy and percutaneous endoscopic gastrostomy: a prospective, randomized comparison. *Journal of vascular and interventional radiology*. 1999;10(4):413-20.
76. Lynch CR, Fang JC. Prevention and management of complications of percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) tubes. *Practical Gastroenterology*. 2004;28:66-77.
77. Lynch CR, Jones RG, Hilden K, Wills JC, Fang JC. Percutaneous endoscopic cecostomy in adults: a case series. *Gastrointestinal endoscopy*. 2006;64(2):279-82.
78. Itkin M, DeLegge MH, Fang JC, McClave SA, Kundu S, d'Othee BJ, et al. Multidisciplinary practical guidelines for gastrointestinal access for enteral nutrition and decompression from the Society of Interventional Radiology and American Gastroenterological Association (AGA) Institute, with endorsement by Canadian Interventional Radiological Association (CIRA) and Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe (CIRSE). *Journal of Vascular and Interventional Radiology*. 2011;22(8):1089-106.
79. Blumenstein I, Shastri YM, Stein J. Gastroenteric tube feeding: techniques, problems and solutions. *World journal of gastroenterology: WJG*. 2014;20(26):8505.
80. Rahnemai-Azar AA, Rahnemaiazar AA, Naghshizadian R, Kurtz A, Farkas DT. Percutaneous endoscopic gastrostomy: indications, technique, complications and management. *World journal of gastroenterology: WJG*. 2014;20(24):7739.
81. Choi IH, Cho YK. Percutaneous Endoscopic Gastrostomy: Procedure, Complications and Management. *Brain & Neurorehabilitation*. 2022;15(1).
82. Laskaratos F-M, Walker M, Walker M, Gowribalan J, Gkotsi D, Wojciechowska V, et al. Predictive factors for early mortality after percutaneous endoscopic and radiologically-inserted gastrostomy. *Digestive diseases and sciences*. 2013;58:3558-65.
83. Eisen GM, Baron TH, Dominitz JA, Faigel DO, Goldstein JL, Johanson JF, et al. Role of endoscopy in enteral feeding. *Gastrointestinal endoscopy*. 2002;55(7):794-7.
84. Lee C, Im JP, Kim JW, Kim S-E, Ryu DY, Cha JM, et al. Risk factors for complications and mortality of percutaneous endoscopic gastrostomy: a multicenter, retrospective study. *Surgical endoscopy*. 2013;27:3806-15.
85. Vujasinovic M, Ingre C, Baldaque Silva F, Frederiksen F, Yu J, Elbe P. Complications and outcome of percutaneous endoscopic gastrostomy in a high-volume centre. *Scandinavian journal of gastroenterology*. 2019;54(4):513-8.
86. Chua N, Singh H, Lay J, Murray M, McDonald J, Craig SS, et al. Emergency presentations for gastrostomy complications are similar in adults and children. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 2021;72(1):141-3.

87. Piñar-Gutiérrez A, Serrano-Aguayo P, García-Rey S, Vázquez-Gutiérrez R, González-Navarro I, Tatay-Domínguez D, et al. Percutaneous Radiology Gastrostomy (PRG)-associated complications at a tertiary hospital over the last 25 years. *Nutrients*. 2022;14(22):4838.
88. Jun J, Kovner CT, Stimpfel AW. Barriers and facilitators of nurses' use of clinical practice guidelines: an integrative review. *International journal of nursing studies*. 2016;60:54-68.
89. Pronovost PJ. Enhancing physicians' use of clinical guidelines. *Jama*. 2013;310(23):2501-2.
90. Giugliano RP, Lloyd-Jones DM, Camargo CA, Makary MA, O'Donnell CJ. Association of unstable angina guideline care with improved survival. *Archives of internal medicine*. 2000;160(12):1775-80.
91. de Laat EH, Pickkers P, Schoonhoven L, Verbeek AL, Feuth T, van Achterberg T. Guideline implementation results in a decrease of pressure ulcer incidence in critically ill patients. *Critical care medicine*. 2007;35(3):815-20.
92. Irving AH, Harris A, Petrie D, Higgins A, Smith J, McQuilten ZK. Impact of patient blood management guidelines on blood transfusions and patient outcomes during cardiac surgery. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery*. 2020;160(2):437-45. e20.
93. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud P-AC, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines?: A framework for improvement. *Jama*. 1999;282(15):1458-65.
94. Donnellan C, Sweetman S, Shelley E. Implementing clinical guidelines in stroke: a qualitative study of perceived facilitators and barriers. *Health policy*. 2013;111(3):234-44.
95. Erasmus V, Daha TJ, Brug H, Richardus JH, Behrendt MD, Vos MC, et al. Systematic review of studies on compliance with hand hygiene guidelines in hospital care. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2010;31(3):283-94.
96. Jeffery AD, Pickler RH. Barriers to nurses' adherence to central venous catheter guidelines. *The Journal of nursing administration*. 2014;44(7/8):429-35.
97. Jansson M, Ala-Kokko T, Ylipalosaari P, Syrjälä H, Kyngäs H. Critical care nurses' knowledge of, adherence to and barriers towards evidence-based guidelines for the prevention of ventilator-associated pneumonia—A survey study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2013;29(4):216-27.
98. McCluskey A, Vratsistas-Curto A, Schurr K. Barriers and enablers to implementing multiple stroke guideline recommendations: a qualitative study. *BMC health services research*. 2013;13:1-13.
99. Abrahamson KA, Fox RL, Doebbeling BN. Facilitators and barriers to clinical practice guideline use among nurses. *AJN The American Journal of Nursing*. 2012;112(7):26-35.

100. Cahill NE, Dhaliwal R, Day AG, Jiang X, Heyland DK. Nutrition therapy in the critical care setting: what is “best achievable” practice? An international multicenter observational study. *Critical care medicine*. 2010;38(2):395-401.
101. Doig GS, Simpson F, Finfer S, Delaney A, Davies AR, Mitchell I, et al. Effect of evidence-based feeding guidelines on mortality of critically ill adults: a cluster randomized controlled trial. *Jama*. 2008;300(23):2731-41.
102. Jain MK, Heyland D, Dhaliwal R, Day AG, Drover J, Keefe L, et al. Dissemination of the Canadian clinical practice guidelines for nutrition support: results of a cluster randomized controlled trial. *Critical care medicine*. 2006;34(9):2362-9.
103. Martin CM, Doig GS, Heyland DK, Morrison T, Sibbald WJ. Multicentre, cluster-randomized clinical trial of algorithms for critical-care enteral and parenteral therapy (ACCEPT). *Cmaj*. 2004;170(2):197-204.
104. Behara AS, Peterson SJ, Chen Y, Butsch J, Lateef O, Komanduri S. Nutrition support in the critically ill: a physician survey. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. 2008;32(2):113-9.
105. Cahill NE, Murch L, Cook D, Heyland DK, Group CCCT. Barriers to feeding critically ill patients: a multicenter survey of critical care nurses. *Journal of critical care*. 2012;27(6):727-34.
106. Fulbrook P, Mooney S. Care bundles in critical care: a practical approach to evidence-based practice. *Nursing in critical care*. 2003;8(6):249-55.
107. Berenholtz SM, Dorman T, Ngo K, Pronovost PJ. Qualitative review of intensive care unit quality indicators. *Journal of critical care*. 2002;17(1):1-12.
108. Improvement IfH. How-to guide: prevent ventilator-associated pneumonia. Institute for Healthcare Improvement Cambridge, MA; 2012.
109. Improvement IfH. How-to Guide: Prevent central line-associated bloodstream infections (CLABSI). 2012.
110. Hicks P, Cooper D, Webb S, Myburgh J, Seppelt I, Peake S, et al. The Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008. An assessment by the Australian and New Zealand intensive care society. SAGE Publications Sage UK: London, England; 2008. p. 149-51.
111. Improvement IfH. How-to Guide: Prevent Obstetrical Adverse Events. MA Cambridge; 2012.
112. NIOc S. Emergency department stroke and transient ischemic attack care bundle: information and implementation package. Melbourne: National Health and Medical Research Council. 2009.
113. Tatham M, Macfarlane G, MacRae M, Tully V, Craig K. Development and implementation of a catheter associated urinary tract infection (CAUTI) Toolkit. *BMJ Open Quality*. 2015;4(1):u205441. w3668.
114. Salmond SW, Echevarria M, Allread V. Care bundles: increasing consistency of care. *Orthopaedic Nursing*. 2017;36(1):45-8.

115. Borgert MJ, Goossens A, Dongelmans DA. What are effective strategies for the implementation of care bundles on ICUs: a systematic review. *Implementation Science*. 2015;10(1):1-11.
116. Malouf-Todaro N, Barker J, Jupiter D, Tipton PH, Peace J. Impact of enhanced ventilator care bundle checklist on nursing documentation in an intensive care unit. *Journal of nursing care quality*. 2013;28(3):233-40.
117. Nolan T, Berwick DM. All-or-none measurement raises the bar on performance. *Jama*. 2006;295(10):1168-70.
118. Benneyan J, editor Performance of composite versus all-or-none compliance statistics for medical evidence-based core measure sets. 2009 International Conference on Computers & Industrial Engineering; 2009: IEEE.
119. Brattebø G, Hofoss D, Flaatten H, Muri AK, Gjerde S, Plsek PE. Effect of a scoring system and protocol for sedation on duration of patients' need for ventilator support in a surgical intensive care unit. *BMJ (Clinical research ed)*. 2002;324(7350):1386-9.
120. Skaggs MKD, Daniels JF, Hodge AJ, DeCamp VL. Using the evidence-based practice service nursing bundle to increase patient satisfaction. *Journal of emergency nursing*. 2018;44(1):37-45.
121. Shaban AM, El-Mokadem NM, Abdallah S. Effectiveness of Implementing Ventilator Associated Pneumonia Prevention Bundle among Mechanically Ventilated Patients. *Int J Nov Res Healthc Nurs*. 2021;8:329-42.
122. Fortaleza CMCB, Ferreira Filho SP, de Oliveira Silva M, Queiroz SM, de Souza Cavalcante R. Sustained reduction of healthcare-associated infections after the introduction of a bundle for prevention of ventilator-associated pneumonia in medical-surgical intensive care units. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*. 2020;24(5):373-9.
123. Mastrogianni M, Katsoulas T, Galanis P, Korompeli A, Myrianthefs P. The Impact of Care Bundles on Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) Prevention in Adult ICUs: A Systematic Review. *Antibiotics*. 2023;12(2):227.
124. Vikas Mishra SR, Nidhi Pal, Deepak S. Effect of Care bundles on Central Line Associated blood stream infections rate in ICU at a tertiary care centre in Kanpur. 2021;8(3).
125. Khodare A, Kale P, Pindi G, Joy L, Khillan V. Incidence, microbiological profile, and impact of preventive measures on central line-associated bloodstream infection in liver care intensive care unit. *Indian Journal of Critical Care Medicine: Peer-reviewed, Official Publication of Indian Society of Critical Care Medicine*. 2020;24(1):17.
126. Soundaram GV, Sundaramurthy R, Jeyashree K, Ganesan V, Arunagiri R, Charles J. Impact of care bundle implementation on incidence of catheter-associated urinary tract infection: a comparative study in the intensive care units of a tertiary care teaching hospital in South India. *Indian Journal of Critical Care Medicine: Peer-reviewed, Official Publication of Indian Society of Critical Care Medicine*. 2020;24(7):544.

127. Fauziah W, Rochana N, Juniarto AZ. The Effect of Catheter Associated Urinary Tract Infection (CAUTI) Bundle of Care: A Systematic Review. 2020.
128. Zhang X, Wu Z, Zhao B, Zhang Q, Li Z. Implementing a pressure injury care bundle in Chinese intensive care units. *Risk Management and Healthcare Policy*. 2021;24:35-42.
129. Deakin J, Gillespie BM, Chaboyer W, Nieuwenhoven P, Latimer S. An education intervention care bundle to improve hospitalised patients' pressure injury prevention knowledge: A before and after study. *Wound Practice & Research: Journal of the Australian Wound Management Association*. 2020;28(4):154-62.
130. Yilmazer T, Tuzer H. Effectiveness of a Pressure Injury Prevention Care Bundle; Prospective Interventional Study in Intensive Care Units. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*. 2022;49(3):226-32.
131. Mohamed Mayhob M, Abdelsalam Amin M. Effect of Implementing Care Bundle on Preventing Pressure Ulcers Development among Immobilized Orthopedic Patients. *Egyptian Journal of Health Care*. 2021;12(4):1675-80.
132. Trisnaningtyas W, Retnaningsih R, Rochana N. Effects and Interventions of Pressure Injury Prevention Bundles of Care in Critically Ill Patients: A Systematic Review. 2021.
133. Levy MM, Evans LE, Rhodes A. The surviving sepsis campaign bundle: 2018 update. *Intensive care medicine*. 2018;44:925-8.
134. Raj SK, Panda PK, Wig N, Agarwal P, Pandey RM. Compliance with 6 h-Sepsis Resuscitation Bundle of Surviving Sepsis Campaign before and after Resident Physicians' Training: A Quality Improvement Interventional Study among Indian Patients. *Journal of emergencies, trauma, and shock*. 2019;12(1):3-9.
135. Na S, Kuan WS, Mahadevan M, Li CH, Shrikhande P, Ray S, et al. Implementation of early goal-directed therapy and the surviving sepsis campaign resuscitation bundle in Asia. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*. 2012;24(5):452-62.
136. Taj M, Brenner M, Sulaiman Z, Pandian V. Sepsis protocols to reduce mortality in resource-restricted settings: A systematic review. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2022;103:255.
137. Anthony T, Murray BW, Sum-Ping JT, Lenkovsky F, Vornik VD, Parker BJ, et al. Evaluating an evidence-based bundle for preventing surgical site infection: a randomized trial. *Archives of surgery (Chicago, Ill : 1960)*. 2011;146(3):263-9.
138. Beldi G, Bisch-Knaden S, Banz V, Mühlemann K, Candinas D. Impact of intraoperative behavior on surgical site infections. *American journal of surgery*. 2009;198(2):157-62.
139. Kwaan MR, Weight CJ, Carda SJ, Mills-Hokanson A, Wood E, Rivard-Hunt C, et al. Abdominal closure protocol in colorectal, gynecologic oncology, and

- urology procedures: a randomized quality improvement trial. *American journal of surgery*. 2016;211(6):1077-83.
140. Ruiz-Tovar J, Llaveró C, Morales V, Gamallo C. Effect of the application of a bundle of three measures (intraperitoneal lavage with antibiotic solution, fascial closure with Triclosan-coated sutures and Mupirocin ointment application on the skin staples) on the surgical site infection after elective laparoscopic colorectal cancer surgery. *Surgical endoscopy*. 2018;32(8):3495-501.
 141. Davidson C, Enns J, Dempster C, Lundeen S, Eppes C. Impact of a surgical site infection bundle on cesarean delivery infection rates. *American journal of infection control*. 2020;48(5):555-9.
 142. Hodge AB, Thornton BA, Gajarski R, Hersey D, Cannon M, Naguib AN, et al. Quality Improvement Project in Congenital Cardiothoracic Surgery Patients: Reducing Surgical Site Infections. *Pediatric quality & safety*. 2019;4(4):e188.
 143. Wolfhagen N, Boldingh QJJ, Boermeester MA, de Jonge SW. Perioperative care bundles for the prevention of surgical-site infections: meta-analysis. *The British journal of surgery*. 2022;109(10):933-42.
 144. Ruffolo LI, Pulhamus M, Foito T, Levatino E, Martin H, Michels J, et al. Implementation of a gastrostomy care bundle reduces dislodgements and length of stay. *Journal of Pediatric Surgery*. 2021;56(1):30-6.
 145. Kim H, Sefcik JS, Bradway C. Characteristics of qualitative descriptive studies: A systematic review. *Research in nursing & health*. 2017;40(1):23-42.
 146. Creswell JW, Poth CN. *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*: Sage publications; 2016.
 147. Polkinghorne D. Phenomenological research methods. *Existential-phenomenological perspectives in psychology. Journal of exploring the breadth of human experience*. 1989:41-60.
 148. Ruzafa-Martínez M, López-Iborra L, Madrigal-Torres M. Attitude towards Evidence-Based Nursing Questionnaire: development and psychometric testing in Spanish community nurses. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2011;17(4):664-70.
 149. Ayhan Y, Kocaman G, Bektaş M. Kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği” nin Türkçe’ye uyarlanması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2015;17(2/3):21-35.
 150. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Personnel psychology*. 1975;28(4):563-75.
 151. Bengtsson M. How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *NursingPlus open*. 2016;2:8-14.
 152. Seidman I. *Interviewing as qualitative research: A guide for researchers in education and the social sciences*: Teachers college press; 2006.
 153. Marshall MN. Sampling for qualitative research. *Family practice*. 1996;13(6):522-6.

154. Augustyn B. Ventilator-associated pneumonia: risk factors and prevention. *Critical care nurse*. 2007;27(4):32-6, 8-9; quiz 40.
155. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*. 2004;24(2):105-12.
156. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*: sage; 1985.
157. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International journal for quality in health care*. 2007;19(6):349-57.
158. Malhi H, Thompson R. PEG tubes: dealing with complications. *Nurs Times*. 2014;110(45):18-21.
159. Mundi MS, Seegmiller S, Davidson J, Schneckloth J, Saied J, Hurt RT. Prospective assessment of peristomal infections using objective criteria. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. 2018;42(5):877-84.
160. Shangab MOM, Shaikh NA. Prediction of risk of adverse events related to percutaneous endoscopic gastrostomy: a retrospective study. *Annals of Gastroenterology*. 2019;32(5):469.
161. Vizhi K, Rao HB, Venu RP. Percutaneous endoscopic gastrostomy site infections—Incidence and risk factors. *Indian Journal of Gastroenterology*. 2018;37:103-7.
162. Bliss DZ, Johnson S, Savik K, Clabots CR, Willard K, Gerding DN. Acquisition of *Clostridium difficile* and *Clostridium difficile*-associated diarrhea in hospitalized patients receiving tube feeding. *Annals of internal medicine*. 1998;129(12):1012-9.
163. Okuma T, Nakamura M, Totake H, Fukunaga Y. Microbial contamination of enteral feeding formulas and diarrhea. *Nutrition (Burbank, Los Angeles County, Calif)*. 2000;16(9):719-22.
164. Jack L, Coyer F, Courtney M, Venkatesh B. Diarrhoea risk factors in enterally tube fed critically ill patients: a retrospective audit. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2010;26(6):327-34.
165. Kohn CL. The relationship between enteral formula contamination and length of enteral delivery set usage. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. 1991;15(5):567-71.
166. Mathus-Vliegen EM, Bredius MW, Binnekade JM. Analysis of sites of bacterial contamination in an enteral feeding system. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. 2006;30(6):519-25.
167. Mathus-Vliegen LM, Binnekade JM, de Haan RJ. Bacterial contamination of ready-to-use 1-L feeding bottles and administration sets in severely compromised intensive care patients. *Critical care medicine*. 2000;28(1):67-73.
168. Arevalo-Manso J, Martinez-Sanchez P, Juarez-Martin B, Fuentes B, Ruiz-Ares G, Sanz-Cuesta B, et al. Preventing diarrhoea in enteral nutrition: the impact of

- the delivery set hang time. *International Journal of Clinical Practice*. 2015;69(8):900-8.
169. Neely AN, Mayes T, Gardner J, Kagan RJ, Gottschlich MM. A microbiologic study of enteral feeding hang time in a burn hospital: Can feeding costs be reduced without compromising patient safety? *Nutrition in clinical practice*. 2006;21(6):610-6.
 170. Vonberg R-P, Gastmeier P. Hospital-acquired infections related to contaminated substances. *Journal of Hospital Infection*. 2007;65(1):15-23.
 171. Anderson KR, Norris DJ, Godfrey LB, Avent CK, Butterworth CE, Jr. Bacterial contamination of tube-feeding formulas. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 1984;8(6):673-8.
 172. Torres A, Serra-Batlles J, Ros E, Piera C, de la Bellacasa JP, Cobos A, et al. Pulmonary aspiration of gastric contents in patients receiving mechanical ventilation: the effect of body position. *Annals of internal medicine*. 1992;116(7):540-3.
 173. Drakulovic MB, Torres A, Bauer TT, Nicolas JM, Nogué S, Ferrer M. Supine body position as a risk factor for nosocomial pneumonia in mechanically ventilated patients: a randomised trial. *The Lancet*. 1999;354(9193):1851-8.
 174. Kollef MH, Shapiro SD, Von Harz B, Prentice D, John RS, Silver P, et al. Patient transport from intensive care increases the risk of developing ventilator-associated pneumonia. *Chest*. 1997;112(3):765-73.
 175. Metheny NA, Clouse RE, Chang Y-H, Stewart BJ, Oliver DA, Kollef MH. Tracheobronchial aspiration of gastric contents in critically ill tube-fed patients: frequency, outcomes, and risk factors. *Critical care medicine*. 2006;34(4):1007.
 176. Metheny NA, Stewart BJ, McClave SA. Relationship between feeding tube site and respiratory outcomes. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. 2011;35(3):346-55.
 177. Metheny NA, Davis-Jackson J, Stewart BJ. Effectiveness of an aspiration risk-reduction protocol. *Nursing research*. 2010;59(1):18.
 178. De Lazzaro F, Alessandri F, Tarsitano MG, Bilotta F, Pugliese F. Safety and efficacy of continuous or intermittent enteral nutrition in patients in the intensive care unit: Systematic review of clinical evidence. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. 2022;46(3):486-98.
 179. Ma Y, Cheng J, Liu L, Chen K, Fang Y, Wang G, et al. Intermittent versus continuous enteral nutrition on feeding intolerance in critically ill adults: a meta-analysis of randomized controlled trials. *International journal of nursing studies*. 2021;113:103783.
 180. Theodoridis X, Chrysoula L, Evripidou K, Kalaitzopoulou I, Chourdakis M. Continuous versus Intermittent Enteral Feeding in Critically Ill Children: A Systematic Review. *Nutrients*. 2023;15(2):288.
 181. Thong D, Halim Z, Chia J, Chua F, Wong A. Systematic review and meta-analysis of the effectiveness of continuous vs intermittent enteral nutrition in

- critically ill adults. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. 2022;46(6):1243-57.
182. Wu J-Y, Liu M-Y, Liu T-H, Kuo C-Y, Hung K-C, Tsai Y-W, et al. Clinical efficacy of enteral nutrition feeding modalities in critically ill patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *European Journal of Clinical Nutrition*. 2023;1-8.
 183. Lee H-Y, Lee J-K, Kim H-J, Ju D-L, Lee S-M, Lee J. Continuous versus intermittent enteral tube feeding for critically ill patients: a prospective, randomized controlled trial. *Nutrients*. 2022;14(3):664.
 184. Qu J, Xu X, Xu C, Ding X, Zhang K, Hu L. The effect of intermittent versus continuous enteral feeding for critically ill patients: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in Nutrition*. 2023;10.
 185. Evans DC, Forbes R, Jones C, Cotterman R, Njoku C, Thongrong C, et al. Continuous versus bolus tube feeds: does the modality affect glycemic variability, tube feeding volume, caloric intake, or insulin utilization? *International journal of critical illness and injury science*. 2016;6(1):9.
 186. Rhoney DH, Parker D, Formea CM, Yap C, Coplin WM. Tolerability of bolus versus continuous gastric feeding in brain-injured patients. *Neurological research*. 2002;24(6):613-20.
 187. Escuro AA, Burns B, McLaughlin K, Lopez R, Cresci GA. Dietitians' Evaluation of Clearing Luminal Occlusions of Gunk (DECLOG): A Pilot Feasibility Study. *Nutrition in Clinical Practice*. 2020;35(1):142-8.
 188. Gimenes FRE, Baracioli FFLR, Medeiros APd, Prado PRd, Koeppe J, Pereira MCA, et al. Factors associated with mechanical device-related complications in tube fed patients: A multicenter prospective cohort study. *PLoS One*. 2020;15(11):e0241849.
 189. Bourgault AM, Heyland DK, Drover JW, Keefe L, Newman P, Day AG. Prophylactic pancreatic enzymes to reduce feeding tube occlusions. *Nutrition in clinical practice*. 2003;18(5):398-401.
 190. Lord L. Maintaining hydration and tube patency in enteral tube feedings. *Safe Pract Patient Care*. 2011;5(2):1-11.
 191. Boullata J. Enteral nutrition practice: the water issue. *Support Line*. 2010;32(3):10-7.
 192. Denham ME, Kasali A, Steinberg JP, Cowan DZ, Zimring C, Jacob JT. The role of water in the transmission of healthcare-associated infections: Opportunities for intervention through the environment. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*. 2013;7(1_suppl):99-126.
 193. Phillips NM, Nay R. A systematic review of nursing administration of medication via enteral tubes in adults. *Journal of clinical nursing*. 2008;17(17):2257-65.
 194. Heydrich J, Heineck I, Bueno D. Observation of preparation and administration of drugs by nursing assistants in patients with enteral feeding tube. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*. 2009;45:117-20.

195. Tillott H, Barrett D, Ruan J, Li V, Merrick S, Steed H, et al. Survey of nurses' knowledge and practice regarding medication administration using enteral tubes. *Journal of clinical nursing*. 2020;29(23-24):4614-22.
196. Izadpanah M, Amraie N, Soltani F, Kouti L, Sayyadi S, Aghakouchakzadeh M, et al. Medication administration through enteral feeding tubes in mechanically ventilated critically ill patients: Evaluation of the potential medication errors. *Journal of Pharmaceutical Care*. 2019.
197. Damkliang J, Considine J, Kent B, Street M. Initial emergency nursing management of patients with severe traumatic brain injury: development of an evidence-based care bundle for the Thai emergency department context. *Australasian Emergency Nursing Journal*. 2014;17(4):152-60.
198. Chen Y, Li Z, Peng J, Shen L, Shi J. Development of a care bundle for stroke survivors with psychological symptoms: evidence summary and Delphi study. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2020;2020.
199. Chen L, Liu W, Li H. Development of an evidence-based care bundle protocol for preventing falls in hospitalized children: Delphi study and trial test. *Nursing open*. 2023;10(3):1715-25.
200. Duff J, Walker K, Edward K-L. Collaborative development of a perioperative thermal care bundle using the guideline implementability appraisal tool. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 2018;33(1):13-22.
201. Gillespie BM, Chaboyer W, Sykes M, O'Brien J, Brandis S. Development and pilot testing of a patient-participatory pressure ulcer prevention care bundle. *Journal of Nursing Care Quality*. 2014;29(1):74-82.
202. Choi H, Lee H, Ra SW, Jang JG, Lee J-H, Jhun BW, et al. Developing a Diagnostic Bundle for Bronchiectasis in South Korea: A Modified Delphi Consensus Study. *Tuberculosis and Respiratory Diseases*. 2022;85(1):56.
203. Lavallée JF, Gray TA, Dumville JC, Cullum N. Preventing pressure injury in nursing homes: developing a care bundle using the Behaviour Change Wheel. *BMJ open*. 2019;9(6):e026639.
204. Rosgen BK, Plotnikoff KM, Krewulak KD, Shahid A, Hernandez L, Sept BG, et al. Co-development of a transitions in care bundle for patient transitions from the intensive care unit: a mixed-methods analysis of a stakeholder consensus meeting. *BMC Health Services Research*. 2022;22(1):1-8.
205. Finger HJ, Rao RN, Sansone GR, Hazel EJ, Silvestri-Tan CT. Newly Developed COVID-19 Bundle Greatly Reduces the Infection Fatality Rate for a Highly Vulnerable Nursing Home Population. *American Journal of Medical Quality*. 2022;37(1):46-54.
206. Sarı M. Kafa İçi Basınç Artışı Sendromuna Yönelik Hemşirelik Bakım Paketinin Geliştirilmesi ve Pilot Uygulaması. 2023.
207. Roberti J, Vita T, Piastrella J, Porley C, Pereyra L, Diez M, et al. Care bundle to reduce readmission in patients with heart failure: a modified Delphi consensus panel in Argentina. *BMJ open*. 2020;10(12):e040028.

208. Chaboyer W, Bucknall T, Webster J, McInnes E, Gillespie BM, Banks M, et al. The effect of a patient centred care bundle intervention on pressure ulcer incidence (INTACT): a cluster randomised trial. *International Journal of Nursing Studies*. 2016;64:63-71.
209. Yazici G, Bulut H. Efficacy of a care bundle to prevent multiple infections in the intensive care unit: A quasi-experimental pretest-posttest design study. *Applied Nursing Research*. 2018;39:4-10.
210. Hamishehkar H, Vahidinezhad M, Mashayekhi SO, Asgharian P, Hassankhani H, Mahmoodpoor A. Education alone is not enough in ventilator associated pneumonia care bundle compliance. *Journal of research in pharmacy practice*. 2014;3(2):51.
211. de Assis MCS, Macedo ABT, de Souza Martins CMB, Konkewicz LR, Viana LV, Tavares JP, et al. The impact of a bundle to prevent hospital-acquired pneumonia in a cohort of nonventilated patients on enteral nutrition. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2021;42(1):100-2.
212. Goldman J, Rotteau L, Shojania KG, Baker GR, Rowland P, Christianson MK, et al. Implementation of a central-line bundle: a qualitative study of three clinical units. *Implementation Science Communications*. 2021;2(1):1-11.
213. Abd ElAziz MA, Abd Elhafez N, Sayed SY. Effect of Nursing Educational Program on Nurses' Knowledge and Practices regarding Pandemic Covid-19 in Isolation Unit. *Egyptian Journal of Health Care*. 2021;12(4):248-63.
214. Ghezeli TN, Aliha JM, Haghani H, Javadi N. Effect of education using the virtual social network on the knowledge and attitude of emergency nurses of disaster preparedness: A quasi-experiment study. *Nurse education today*. 2019;73:88-93.
215. Menekli T, Doğan R, Erçe Ç, Toygar İ. Effect of educational intervention on nurses knowledge about palliative care: Quasi-experimental study. *Nurse Education in Practice*. 2021;51:102991.
216. Abdalrahim MS, Majali SA, Stomberg MW, Bergbom I. The effect of postoperative pain management program on improving nurses' knowledge and attitudes toward pain. *Nurse education in practice*. 2011;11(4):250-5.
217. İyice S, Topçu S. The effect of the training provided to intensive care nurses on the ventilator care bundle, aspiration knowledge level, and attitudes towards evidence-based nursing. *Fenerbahçe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2023;3(2):254-67.
218. Sharma R, Gandhi KA, Biswal M, Kaur K, Sahni N, Yaddanapudi L. Effect of intensive training and education of health care workers on the maintenance bundle of venous access devices in critically ill patients at a tertiary care academic hospital. *Am J Infect Control*. 2023.
219. Mogyoródi B, Skultéti D, Mezőcsáti M, Dunai E, Magyar P, Hermann C, et al. Effect of an educational intervention on compliance with care bundle items to prevent ventilator-associated pneumonia. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2023;75:103342.

220. Damkliang J, Considine J, Kent B, Street M. Nurses' perceptions of using an evidence-based care bundle for initial emergency nursing management of patients with severe traumatic brain injury: A qualitative study. *International emergency nursing*. 2015;23(4):299-305.
221. Koota E, Kääriäinen M, Kyngäs H, Lääperi M, Melender HL. Effectiveness of evidence-based practice (ebp) education on emergency nurses' ebp attitudes, knowledge, self-efficacy, skills, and behavior: A randomized controlled trial. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2021;18(1):23-32.
222. Moore ER, Watters R, Wallston KA. Effect of evidence-based practice (EBP) courses on MSN and DNP students' use of EBP. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2019;16(4):319-26.
223. Moore L. Effectiveness of an online educational module in improving evidence-based practice skills of practicing registered nurses. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2017;14(5):358-66.
224. Friesen MA, Brady JM, Milligan R, Christensen P. Findings from a pilot study: Bringing evidence-based practice to the bedside. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2017;14(1):22-34.
225. Kiyoshi-Teo H, Cabana MD, Froelicher ES, Blegen MA. Adherence to institution-specific ventilator-associated pneumonia prevention guidelines. *American Journal of Critical Care*. 2014;23(3):201-15.
226. Berenholtz SM, Pronovost PJ, Lipsett PA, Hobson D, Earsing K, Farley JE, et al. Eliminating catheter-related bloodstream infections in the intensive care unit. *Critical care medicine*. 2004;32(10):2014-20.
227. Bird D, Zambuto A, O'Donnell C, Silva J, Korn C, Burke R, et al. Adherence to ventilator-associated pneumonia bundle and incidence of ventilator-associated pneumonia in the surgical intensive care unit. *Archives of surgery*. 2010;145(5):465-70.
228. Lennox L, Green S, Howe C, Musgrave H, Bell D, Elkin S. Identifying the challenges and facilitators of implementing a COPD care bundle. *BMJ open respiratory research*. 2014;1(1):e000035.
229. Shaw A, Morton K, King A, Chalder M, Calvert J, Jenkins S, et al. Using and implementing care bundles for patients with acute admission for COPD: qualitative study of healthcare professionals' experience in four hospitals in England. *BMJ Open Respiratory Research*. 2020;7(1):e000515.
230. Yazici G, Bulut H. Use of Care Bundles to Prevent Healthcare-Associated Infections in Intensive Care Units: Nurses' Views. *Clinical and Experimental Health Sciences*. 2022;12(2):376-82.
231. Parker V, Giles M, King J, Bantawa K. Barriers and facilitators to implementation of a multifaceted nurse-led intervention in acute care hospitals aimed at reducing indwelling urinary catheter use: A qualitative study. *Journal of clinical nursing*. 2020;29(15-16):3042-53.

232. Roberts S, McInnes E, Wallis M, Bucknall T, Banks M, Chaboyer W. Nurses' perceptions of a pressure ulcer prevention care bundle: a qualitative descriptive study. *BMC nursing*. 2016;15:1-10.
233. Chaboyer W, Gillespie BM. Understanding nurses' views on a pressure ulcer prevention care bundle: a first step towards successful implementation. *Journal of clinical nursing*. 2014;23(23-24):3415-23.
234. Thapa D, Liu T, Yang C, Acharya SP, Tam HL, Chair SY. Identifying the barriers and facilitators to implementation of ventilator bundle in the nepalese intensive care unit: A descriptive qualitative study. *Australian Critical Care*. 2023.
235. Mdoe P, Mduma E, Rivenes Lafontan S, Ersdal H, Massay C, Daudi V, et al., editors. *Healthcare Workers' Perceptions on the "SaferBirths Bundle of Care": A Qualitative Study*. Healthcare; 2023: MDPI.
236. Bidwell P, Thakar R, Gurol-Urganci I, Harris JM, Silverton L, Hellyer A, et al. Exploring clinicians' perspectives on the 'obstetric anal sphincter injury care bundle' national quality improvement programme: a qualitative study. *BMJ open*. 2020;10(9):e035674.
237. Allen J, Small K, Lee N. How a perineal care bundle impacts midwifery practice in Australian maternity hospitals: A critical, reflexive thematic analysis. *Women and Birth*. 2022;35(1):e1-e9.
238. Mueller-Gerbes D, Hartmann B, Lima JP, de Lemos Bonotto M, Merbach C, Dormann A, et al. Comparison of removal techniques in the management of buried bumper syndrome: a retrospective cohort study of 82 patients. *Endoscopy International Open*. 2017;5(07):E603-E7.
239. Strijbos D, Schoon EJ, Curvers W, Friederich P, Flink HJ, Stronkhorst A, et al. Antibacterial gauzes are effective in preventing infections after percutaneous endoscopic gastrostomy placement: a retrospective analysis. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*. 2016;28(3):297-304.
240. Blumenstein I, Borger D, Loitsch S, Bott C, Tessmer A, Hartmann F, et al. A Glycerin Hydrogel-Based Wound Dressing Prevents Peristomal Infections After Percutaneous Endoscopic Gastrostomy (PEG) A Prospective, Randomized Study. *Nutrition in Clinical Practice*. 2012;27(3):422-5.
241. Conroy T. The prevention and management of complications associated with established percutaneous gastrostomy tubes in adults: a systematic review. *JBIC Evidence Synthesis*. 2009;7(1):1-37.
242. Lakananurak N, Nalinthassanai N, Suansawang W, Panarat P. Optimal hang time of enteral formula at standard room temperature and high temperature. *World Journal of Clinical Cases*. 2020;8(19):4410.
243. Donius MA. Contamination of a prefilled ready-to-use enteral feeding system compared with a refillable bag. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. 1993;17(5):461-4.

244. Phillips NM, Nay R. Nursing administration of medication via enteral tubes in adults: a systematic review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*. 2007;5(3):324-53.
245. Strom Jr JG, Miller SW. *Stability of drugs with enteral nutrient formulas*. SAGE Publications; 1990.



8. EKLER

EK-1. Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu

Tarih:

1. Yaş (gün/ay/yıl):

2. Cinsiyet: () Erkek () Kadın

3. Eğitim durumu: () Önlisans () Lisans () Lisansüstü (yüksek lisans, doktora)

4. Hemşire olarak çalışma süresi:

- Beyin ve Sinir Cerrahisi yoğun bakım ünitesinde çalışma süresi:.....

5. Enteral beslenme/gastrostomi ile ilgili bilimsel aktivitelere (kongre/sempozyum/hizmet içi eğitim) katılma durumu? () Evet () Hayır

Evet ise ne sıklıkta:

.....

EK-2: Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği

(1= Hiç katılmıyorum, 2= Katılmıyorum, 3= Biraz katılıyorum, 4= Katılıyorum, 5= Tamamen katılıyorum)

NO	Madde	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1	Kanıta dayalı hemşireliğin, hemşireliğin günlük uygulamalarının önemli bir parçası olmasından memnun olurum.	1	2	3	4	5
2	Uyguladığım bakımla ilgili güçlü bilimsel kanıt bulmaktan memnun olurum.	1	2	3	4	5
3	Kanıta dayalı bakım vermek, günlük çalışmalarımı olumsuz etkiler.	1	2	3	4	5
4	Kanıta dayalı hemşireliği uygulamak, profesyonel/mesleki önceliklerim arasında değildir.	1	2	3	4	5
5	İşimde/mesleğimde, kanıta dayalı hemşireliği uygulamak için çaba göstermeye hazırım.	1	2	3	4	5
6	Boş zamanımı, kanıta dayalı hemşireliği öğrenmek için harcamaya karşıyım.	1	2	3	4	5
7	Kanıta dayalı hemşireliğin kullanılması sağlık bakım sonuçlarını iyileştirir.	1	2	3	4	5
8	Hemşirelik araştırmalarının sonuçlarından öğrendiğim bilgiyi dikkate almam.	1	2	3	4	5
9	Kanıta dayalı hemşireliği çalışmalarımda kullanmak istiyorum/isterdim.	1	2	3	4	5
10	Sağlık bilimlerindeki araştırmalar, klinik hemşirelik uygulamaları için önemli değildir.	1	2	3	4	5
11	Klinik kanıta dayalı hemşirelik rehberlerinin özenli bir şekilde oluşturulması için işbirliği yapmaya hazırım.	1	2	3	4	5
12	Bilimsel makaleleri okumaktan sıkılırım.	1	2	3	4	5
13	Kanıta dayalı hemşireliğin klinik hemşirelik uygulamalarında önemli bir rolü olmalıdır.	1	2	3	4	5
14	Kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları, verilen bakımın standartlaşmasına yardım eder.	1	2	3	4	5
15	Kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarını, çalışmalarım entegre etmekten hoşlanmam.	1	2	3	4	5

EK-3: Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği Kullanım İzni

Re: Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği kullanım izni hk.

Gelen Kutusu x

🖨️ 📧



← Yasemin AYHAN ÖNCÜ

📧 23 Ara 2020 Çar 23:31

☆

↩️

⋮

Alıcı: ben, Gulseren, Murat

Sayın Rana Elçin SEZER,
Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği ve Kullanım belgeleri ektedir.
İyi Çalışmalar.
Saygılarımla...

rana elçin sezer, 23 Ara 2020 Çar, 11:18 tarihinde şunu yazdı:

Sayın Hocam,
İsmim Rana Elçin SEZER.
Hacettepe Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Araştırma Görevlisi olarak görev yapmaktayım. Geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yaptığınız "Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği"nizi izniniz olduğu takdirde bir çalışmamda kullanabilir miyim?
Saygılarımla.

Arş. Gör. Rana Elçin SEZER
Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD.
06100 - Sıhhiye/Ankara
Tel:
Faks:

EK-4: Gastrostomi Bakım Paketi

Tarih*:

PERİSTOMAL ALAN BAKIMI	Saat:							
Pansumanı uygun sıklıkta yapınız. -İlk pansumanı gastrostomi açıldıktan 24 saat sonra yapınız. -Yara iyileşmesi tamamlanana kadar (İlk 7-10 gün) günlük pansuman yapınız. -Yara iyileşmesi tamamlandıktan sonra haftada 2-3 kez pansuman yapınız.								
Pansumanı aseptik tekniğe uygun yapınız. -Kirli pansumanı açtıktan sonra eldiven değiştiriniz. -Peristomal alanı uygun bir solüsyon ile temizleyiniz. -Peristomal alanı makasla kesilmemiş, ipliksiz steril spanç ile kapatınız.								
Peristomal alanı kanama, hassasiyet, akıntı, kızarıklık, sertlik yönünden gözlemleyiniz.								
Pansumanı kapatırken dış sabitleyici buton ve cilt arasında en az 0,5 cm hareket alanı bırakınız.								
Sadece perkütan endoskopik gastrostomi tüplerinde peristomal alan iyileştikten sonra haftada bir kez dış sabitleyici butonu serbestleştirerek tüpü sağa-sola 360° döndürünüz ve en az 2 cm mide içine itip geri çekiniz.								
TÜPLE BESLEME	Saat:							
Beslenme torbasındaki ürünü hastaya en fazla 8 saat içinde veriniz.								
Beslenme setlerini 24 saatte bir değiştiriniz.								
Beslenme süresince ve beslenme sonlandığında hastayı en az 1 saat semi-fowler (30°-45°) pozisyonunda tutunuz.								
Beslenmeye sürekli infüzyonla düşük hızla başlayınız (10-30ml/sa), infüzyon hızını yavaş yavaş artırarak (10-20ml/sa) hedeflenen miktara 3-4 gün içinde ulaşınız.								
Her 4 saatte bir tüpü en az 30 ml su ile yıkayınız.								
TÜPTEN İLAÇ UYGULAMA	Saat:							
İlacı doğrudan enteral ürün içine eklemeyiniz.								
Her ilacı en az 20 mL'lik enjektör kullanarak ayrı ayrı uygulayınız.								
Tüpten ilaç uygulamadan önce ve sonra tüpü en az 15 ml su ile yıkayınız.								
Eczacının önerisi ile ilaç biyoyararlanımının değişebileceği durumlarda ilaç uygulaması öncesi ve sonrası beslenmeye gerektiği kadar ara veriniz.								

Not:.....

*Form bir günlüktür.

EK-5: Gastrostomi Bakım Paketi Uyum Değerlendirme Kontrol Formu

GASTROSTOMİ BAKIM PAKETİ UYUM DEĞERLENDİRME KONTROL FORMU													
Hasta no:..... Hasta yaşı:..... Cinsiyeti: () Kadın () Erkek	Tanı: hastalık; Ek Beyin ve sinir cerrahisi yoğun bakım ünitesinde kalış süresi:												
Gözlem Tarihi/Saati:													
Peristomal Alan Bakımı													Açıklama
Pansumani uygun sıklıkta yapınız.													
Pansumani aseptik teknığe uygun yapınız.													
Peristomal alanı kanama, hassasiyet, akıntı, kızarıklık, sertlik yönünden gözlemleyiniz.													
Pansumani kapatırken dış sabitleyici buton ve cilt arasında en az 0,5 cm hareket alanı bırakınız.													
Sadece perkütan endoskopik gastrostomi tüplerinde peristomal alan iyileştikten sonra haftada bir kez dış sabitleyici butonu serbestleştirerek tüpü sağa-sola 360° döndürünüz ve en az 2 cm mide içine itip geri çekiniz.													
Tüple Besleme													
Beslenme torbasındaki ürünü hastaya en fazla 8 saat içinde veriniz.													
Beslenme setlerini 24 saatte bir değiştiriniz.													
Beslenme süresince ve beslenme sonlandığında hastayı en az 1 saat semi-fowler (30°-45°) pozisyonunda tutunuz.													
Beslenmeye sürekli infüzyonla düşük hızla başlayınız (10-30ml/sa), infüzyon hızını yavaş yavaş artırarak (10-20ml/sa) hedeflenen miktara 3-4 gün içinde ulaşınız.													
Her 4 saatte bir tüpü en az 30 ml su ile yıkayınız.													
Tüpten İlaç Uygulama													
İlacı doğrudan enteral tübin içine eklemeyiniz.													
Her ilacı en az 20 mL'lik enjektör kullanarak ayrı ayrı uygulayınız.													
Tüpten ilaç uygulamadan önce ve sonra tüpü en az 15 ml su ile yıkayınız.													
Eczacının önerisi ile ilaç biyoyararlanımının değişebileceği durumlarda ilaç uygulaması öncesi ve sonrası beslenmeye gerektiği kadar ara veriniz.													
Toplam:													

EK-6: Gastrostomi Bakımı Soru Formu

Aşağıda gastrostomi bakımı ile ilgili maddeler yer almaktadır. Maddelere yönelik görüşlerinizi size en uygun haliyle cevaplayınız.

	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
1. Gastrostomi pansumanı ilk olarak gastrostomi açıldıktan 12 saat sonra yapılır.			
2. Gastrostomi pansumanı aseptik ilkelere uygun yapılır.			
3. Gastrostomi pansumanı stoma alanı iyileşene kadar her gün yapılır.			
4. Gastrostomi pansumanı stoma alanı iyileştikten sonra haftada bir kez yapılır.			
5. Dış sabitleyici buton ve cilt arasında en az 0,5 cm hareket alanı bırakılır.			
6. Peristomal alan iyileştikten sonra PEG tüpü haftada bir kez sağa ve sola 360° çevrilir.			
7. Peristomal alanın iyileşme sürecinde seröz akıntı, hafif hassasiyet ve kızarıklık görülebilir.			
8. Peristomal alanın nemli tutulması sağlanarak alan sıkı bir pansuman ile kapatılır.			
9. PEG tüpünün döndürülmesinde ve mide içerisine itilip çekilmesinde zorluk varsa gömülü tampon sendromu düşünülmelidir.			
10. Beslenme ürünleri kapağı açıldıktan sonra oda ısısında 8 saat içinde tüketilmelidir.			
11. Beslenme setleri 72 saatte bir değiştirilir.			
12. Her 6 saatte bir enteral beslenme tüpü en az 100 ml su ile yıkanır.			
13. Beslenmeye sürekli infüzyonla ve düşük hızla (10-30ml/sa) başlanırsa daha iyi tolere edilebilir.			
14. Beslenme ürünü hasta supine pozisyonunda iken verilebilir.			
15. Toz ürünlerin kutu üzerindeki kullanım ve saklama talimatları gözden geçirilmelidir.			
16. Beslenme sırasında ve beslenmeden sonra en az 1 saat süreyle hastaya, yatak başı 30°-45° olacak şekilde pozisyon verilir.			
17. İshal, distansiyon, kusma, karın ağrısı, gastrik rezidüel hacim (GRH) yüksekliği intolerans bulgusu olabilir.			
18. Enteral beslenen hastalarda GRH daima bakılmalıdır.			
19. GRH>100 ml ise beslenme durdurulur.			
20. İlaçlar doğrudan beslenme ürünü ile karıştırılabilir.			
21. Beslenme tüpünden ilaç uygulamadan önce ve sonra tüp en az 15 ml su ile yıkanır.			
22. Beslenme tüpünden ilaç uygulanacağı zaman ilaç-besin etkileşimi olabilecek durumlarda uygulama öncesi/sonrası en az 3 saat beklenir.			
23. Beslenme tüpünden aynı saatte uygulanması gereken ilaçlar birlikte ezilerek hazırlanabilir ve uygulanabilir.			
24. İlaçlar beslenme tüpünden en az 5 mL enjektör kullanılarak uygulanır.			
25. Beslenme tüpünden iki ilaç uygulanacağı zaman uygulamalar arasında tüpü yıkamaya gerek yoktur.			

**EK-7: Gastrostomi Bakım Paketi Kullanımına Yönelik Yarı-Yapılandırılmış
Görüşme Formu**

1. Bakım paketi kavramı siz ne ifade etmektedir?
2. Bakım paketi ile kanıta dayalı hemşirelik arasında bir ilişki var mıdır? Varsa bu ilişki nasıl sağlanır?
3. Gastrostomili hastaların bakımında bakım paketi kullanılması hakkında ne düşünüyorsunuz? Bu paketin amacı nedir?
 - Avantaj
 - Dezavantaj
 - Güçlü-zayıf yönleri
4. Gastrostomili hastaların bakımında bakım paketi kullanmadan önce bakım süreci nasıl ilerliyordu?
 - Bakım neye dayandırılıyor, hangi rehberler takip ediliyor?
 - Eğitimler nasıl oluyor?
5. Sizce gastrostomili hastaların bakımında bakım paketi kullanımı hemşirelik bakımını nasıl etkiledi?

EK-8: Gastrostomi Bakım Paketi Eğitim Materyali

Gastrostomi Bakımında Kanıta Dayalı Hemşirelik Bakım Paketinin Geliştirilmesi

25.03.2019 Aralık 2021

Gastrostomi Bakımında Kanıta Dayalı Hemşirelik Bakım Paketinin Geliştirilmesi

İçerik

- Kanıta Dayalı Uygulama
- Gastrostomi Bakımı
- Gastrostomi Bakım Paketi

Gastrostomi Bakımında Kanıta Dayalı Hemşirelik Bakım Paketinin Geliştirilmesi

Hedef

- Kanıta dayalı uygulamayı tanımlayabilmek
- Kanıta dayalı uygulama sürecini bilmek
- Gastrostomi bakımını doğru yapabilmek
- Gastrostomi bakım paketini kullanabilmek

KANITA DAYALI UYGULAMA

Örnek Vaka

➤ Bir hastanenin cerrahi servisinde çalışan hemşire N.E., son üç ayda çalıştığı serviste 11 kardiyak arrest vakası görüldüğünü ve arrest nedeniyle hastalardan 5'inin öldüğünü belirtir.

➤ Servisinde bulunan bir yoğun bakım dergisinin son sayısında, yoğun bakım ünitelerinde, arresti nedeniyle ölen hasta sayısını azaltmak için hastane içinde "hızlı müdahale ekibinin" oluşturulması ile ilgili bir makale okur.

➤ Bu makalede, arrest gelişen hastalara uzmanlaşmış hızlı müdahale ekibi ile yapılan girişimlerin, hasta sonuçlarında anlamlı ve olumlu bir fark yarattığı rapor edilmiştir.

Örnek Vaka-devam

✓ Hemşire N.E., bu bulgulardan etkilenir ve servisinde benzer bir hızlı müdahale ekibinin oluşturulması konusunda yönetici hemşireye başvurur.

✓ Yönetici hemşire N.E.'den bu uygulamaya ilişkin daha fazla kanıta ulaşmasını ve hızlı müdahale ekibinin arrest olgusunu azaltmada etkisini **kanıtlayan** bir araştırma planlamasını ister.

Kanıt

➤ Kanıt, bir gerçek, gödem veya deney aracılığıyla bilinen bir şeydir.

➤ Araştırma sonuçlarını ifade etmek için kullanılır.

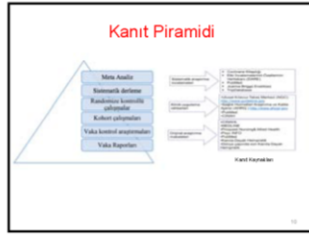
➤ Araştırmalardan elde edilen sonuçlar en iyi kanıt kaynaklarıdır.

Kanıt Piramidi

Kanıt Piramidi

Güçlendirici bir kanıtın üç önemli özelliği vardır:

1. Akıllan bilgiler doğruluğu ile ilgili olarak.
2. Elde edilen kanıtlar kapsamlı ve anlaşılır bir şekilde sunulmuş ve anlaşılabilir. Zor olmamalıdır. Aksi halde detali kullanmaya çalışan kişi gereksiz şekilde edemeyebilir veya uygun bir şekilde bulunamaz.
3. Elde edilen kanıtlar herkes tarafından anlaşılabilir olmalıdır.



Kanıt Düzeyi Sınıflaması

Kanıt Düzeyi	Kanıt Türü	Kanıt Tanımı
1	Meta-Analiz	En yüksek düzeyde kanıt türüdür. Birçok çalışmanın sonuçlarını birleştirilerek elde edilir.
2	Sistematik Derleme	Birçok çalışmanın sonuçlarını birleştirilerek elde edilir.
3	Randomize Kontrollü Çalışmalar	Birçok çalışmanın sonuçlarını birleştirilerek elde edilir.
4	Kohort Çalışmaları	Birçok çalışmanın sonuçlarını birleştirilerek elde edilir.
5	Vaka Kontrol Çalışmaları	Birçok çalışmanın sonuçlarını birleştirilerek elde edilir.
6	Vaka Raporları	Birçok çalışmanın sonuçlarını birleştirilerek elde edilir.
7	Vaka Tanımları	Birçok çalışmanın sonuçlarını birleştirilerek elde edilir.
8	Vaka Raporları	Birçok çalışmanın sonuçlarını birleştirilerek elde edilir.
9	Vaka Tanımları	Birçok çalışmanın sonuçlarını birleştirilerek elde edilir.
10	Vaka Raporları	Birçok çalışmanın sonuçlarını birleştirilerek elde edilir.

Kanıt Dayalı Uygulama (KDU)

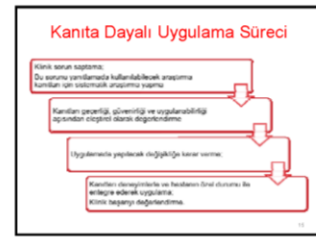
- Belli bir konuda araştırma sonuçlarının seçilmesi, sonuçların sentezlenmesi ve bu sonuçların klinik uygulama kararları için hazırlanmasıdır.
- Sistemik araştırmalardan elde edilen en iyi kanıtlar klinik deneyimlerle entegre edilir.
- «Hastaların bireyselleştirilmiş bakımı konusunda kararlar almak için en iyi araştırma kanıtlarının, klinik deneyim ve hasta değerleri ile entegrasyonu»**

Kanıt Dayalı Uygulama (KDU)

- Kanıt dayalı uygulamanın başlangıç noktası klinik bir soru sormayı gerektirir.
- Bu problemin çözümü için kullanılabilecek en iyi kanıt nedir?**

Kanıt Dayalı Uygulama (KDU)

- Biz bunu neden hep böyle yapıyoruz?
- Daha iyi bir yöntem var mı?
- Bu konuda ulusal olarak kabul edilmiş rehber, standart, protokol var mı?



Kanıt Dayalı Hemşirelik

Kanıt dayalı hemşirelik,

- Hemşirelerin uygulamalarında klinik uzmanlıklarını,
- Hasta tercihlerini ve elde edilen en iyi kanıtları kullanarak karar alma süreçleri
- Araştırma ve uygulama arasında bir köprü**

Kanıt Dayalı Hemşirelik

Deneyimlere dayalı karardan

Kanıt dayalı karar almaya geçiş

- “Kanıt değeri yüksek en iyi hemşirelik girişimi hangisidir?”** ya da
- “En iyi bakımı uygulamaya nasıl yapabiliriz?”**

Kanıt Dayalı Hemşirelik

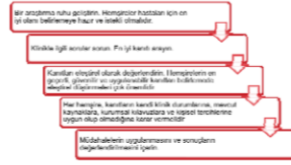
Hemşirelik uygulamalarının kanıt dayalı olması

- Bakım kalitesini ve bakım sonuçlarını iyileştirir,
- Klinik uygulamalarda ve hasta bakım sonuçlarında fark yaratır,
- Bakımı standardize eder ve hemşire memnuniyetini artırır.

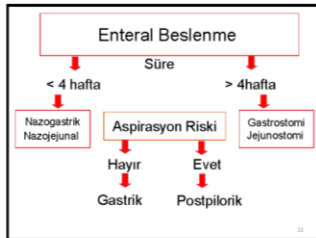
Kanıtı Dayalı Hemşirelik

- Kanıtı dayalı hemşirelik uygulamaları geliştirmek için hemşirelerin şu adımları izlemesi çok önemlidir.

Kanıtı Dayalı Hemşirelik



GASTROSTOMİ BAKIMI



PEG

Perkütan Endoskopik Gastrotomi



PRG

Perkütan Radyolojik Gastrotomi



CG

Cerrahi Gastrotomi



TÜPLE BESLEME

Beslenme Şekli Seçimi



Beslenme Ürünleri



Beslenmeye Başlama



Tüpten İlaç Uygulama

*30 dk (ASPEN)

60ml/sa 1 sa 60ml/sa 1 sa 60ml/sa

- 60 ml x 24 sa = 1440 ml / gün
- 2 saat enteral beslenme kesiliyor.
- Yeni enteral beslenme hızı hesaplanmalı:
1440 ÷ 22 = 72 ml / sa

Tüpten İlaç Uygulama

ASPEN Practice Guidelines for the Nursing Management of Parenteral Nutrition

Global Practice Guidelines for the Nursing Management of Parenteral Nutrition

- İlaç uygulamasından önce ve sonra besleme tüpünü yıkayın ve ilaçları uygun formda hazırlayın.
- İlaçlar tüp tıkanmasına neden olabileceğinden, fiziksel ve kimyasal geçimsizlik nedeniyle ilaçların değiştirileceğinden enteral ünite karıştırmayın.
- Her ilaç uygun şekilde, ayrı ayrı uygulayın.
- Mevcut ve uygunsu ilaçların eczacının önerisi ile sıvı dozaj formlarını kullanın.

Tüpten İlaç Uygulama

ASPEN Practice Guidelines for the Nursing Management of Parenteral Nutrition

Global Practice Guidelines for the Nursing Management of Parenteral Nutrition

- İlaçları eczacının önerdiği şekilde hazırlayın.
- 20 mL enjektör kullanın.
- İlaç uygulamasından önce, beslemeyi durdurun ve tüpü en az 15 ml su ile yıkayın.
- Hastanın sıvı kırdırmalarını göz önünde tutarak, tüpten ilaç uygulama sonrası tüpü en az 15 ml su ile tekrar yıkayın.
- İlaç biyoyararlanımının değiştiği durumlarda beslenmeye gerektiği kadar ara verin.

Tüpten İlaç Uygulama

Her ilaç havanda ağız ağızına tol haline gelene kadar ezilmeli

15-30ml su ile karıştırılmalı

Beslenme durdurulmalı, 15ml su uygulanmalı

Birden fazla ilaç uygulanacaksa, her ilaçtan sonra da 15ml su uygulanmalıdır

İlaç uygulamasından sonra tekrar 15ml su tüpe uygulanmalı

İlaç uygulanmalı

Sonuç

Gastrostomi ile beslenme

Nutrisyon Ekibi ile işbirliği içinde ve protokollere uygun şekilde uygulandığında kliniklerde ve evde etkili ve güvenli bir beslenme şeklidir.

GASTROSTOMİ BAKIM PAKETİ

Bakım Paketi

- Hasta bakımında istenilen sonuçlara ulaşmak,
- Standart olarak uygulanması gereken işlemlere uyumu arttırmak,
- hasta güvenliği ve bakım kalitesini geliştirmek amacıyla

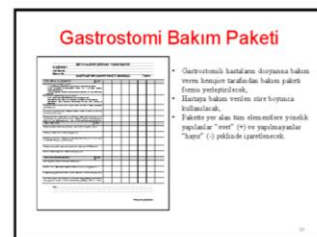
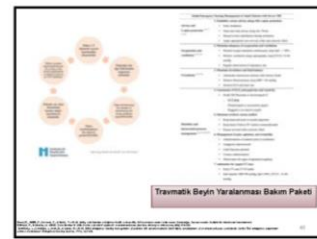
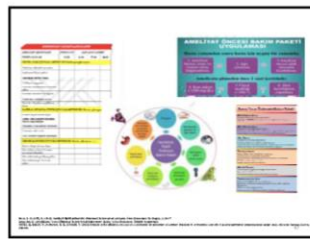
Amerika Sağlık Bakımı Geliştirme Enstitüsü (Institute for Healthcare Improvement IHI) tarafından 2001 yılında geliştirilmiştir.

Bakım paketinin temel amacı,
Karıstırılabilir klinik uygulama rehberlerinin

- Sağın çıkartan tedavilerin uygulanma şeklini belirlemek
- hasta bakımında standartlaşmayı sağlamak
- Sağın bakım uygulanmasını kolaylaştırmak

Bakım Paketi

- Paketin içindeki her bir element yaygın olarak kullanılan ve iyi uygulama olarak kabul edilen adımlardan oluşmalıdır.
- Bir pakette bulunan elementler net ve anlaşılır olmalıdır.
- Her bir adım kendi alanında kabul edilen en iyi uygulamalardan oluşmalıdır.
- Multidisipliner bir ekip yaklaşımı ve iletişim gereklidir.



EK-9: Uzman Görüşüne Sunulan Taslak Gastrostomi Bakım Paketi Parametre ve Elementleri

	Peristomal Alan Bakımı (Parametre)
1.	İlk pansumanı gastrostomi açıldıktan 24 saat sonra yapınız ve hasta hastanede yattığı süre boyunca günlük pansumana devam ediniz.
Kanıtların yer aldığı rehberler	• <i>ESPEN guidelines on artificial enteral nutrition-Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) (2005)</i> • <i>ESPEN guideline on home enteral nutrition (2020)</i> • <i>Endoscopic management of enteral tubes in adult patients – Part 2: Peri-and post management. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline (2021)</i> • <i>Good Practice Consensus Guideline – Exit Site Management for Gastrostomy Tubes in Adults and Children-NNNG (2016)</i> • <i>NICE Guideline: Nutrition support for adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition (2017)</i> • <i>CREST-Guidelines for the Management of Enteral Tube Feeding in Adults (2004)</i>
2.	Peristomal alanı temiz ve kuru tutarak günlük kanama, ağrı, akıntı, kızarıklık, sertlik, koku vb. yönünden gözlemleyiniz.
Kanıtların yer aldığı rehberler	• <i>ESPEN guidelines on artificial enteral nutrition-Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) (2005)</i> • <i>ESPEN guideline on home enteral nutrition (2020)</i> • <i>Endoscopic management of enteral tubes in adult patients – Part 2: Peri-and post management. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline (2021)</i> • <i>Clinical Practice Guidelines for the Nursing Management of Percutaneous Endoscopic Gastrostomy and Jejunostomy (PEG/PEJ) in Adult Patients (2018)</i> • <i>Good Practice Consensus Guideline – Exit Site Management for Gastrostomy Tubes in Adults and Children-NNNG (2016)</i> • <i>CREST-Guidelines for the Management of Enteral Tube Feeding in Adults (2004)</i> • <i>The prevention and management of complications associated with established percutaneous gastrostomy tubes in adults: a systematic review (2009)</i>
3.	Pansumanı aseptik tekniğe uygun yaparak stoma alanını steril kompres ile (makasla kesilmemiş, ipliksiz spanç) kapatınız.
Kanıtların yer aldığı rehberler	• <i>ESPEN guidelines on artificial enteral nutrition-Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) (2005)</i> • <i>ESPEN guideline on home enteral nutrition (2020)</i> • <i>Clinical Practice Guidelines for the Nursing Management of Percutaneous Endoscopic Gastrostomy and Jejunostomy (PEG/PEJ) in Adult Patients (2018)</i> • <i>Good Practice Consensus Guideline – Exit Site Management for Gastrostomy Tubes in Adults and Children-NNNG (2016)</i>
4.	Dış sabitleyici buton ve cilt arasında 0,5 cm hareket alanı bırakınız.
Kanıtların yer aldığı rehberler	• <i>Endoscopic management of enteral tubes in adult patients – Part 2: Peri-and post management. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline (2021)</i> • <i>Clinical Practice Guidelines for the Nursing Management of Percutaneous Endoscopic Gastrostomy and Jejunostomy (PEG/PEJ) in Adult Patients (2018)</i> • <i>Good Practice Consensus Guideline – Exit Site Management for Gastrostomy Tubes in Adults and Children-NNNG (2016)</i> • <i>ESPEN guidelines on artificial enteral nutrition-Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) (2005)</i>
5.	Peristomal alan iyileştikten sonra (yaklaşık bir hafta sonra), tüpü haftada bir kez sağa-sola 360° döndürünüz ve (1-2 cm) mide içine doğru hareket ettiriniz. (Sadece PEG için)
Kanıtların yer aldığı rehberler	• <i>ESPEN guideline on home enteral nutrition (2020)</i> • <i>ESPEN guidelines on artificial enteral nutrition-Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) (2005)</i> • <i>Endoscopic management of enteral tubes in adult patients – Part 2: Peri-and post management. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline (2021)</i> • <i>Clinical Practice Guidelines for the Nursing Management of Percutaneous Endoscopic Gastrostomy and Jejunostomy (PEG/PEJ) in Adult Patients (2018)</i> • <i>Good Practice Consensus Guideline – Exit Site Management for Gastrostomy Tubes in Adults and Children-NNNG (2016)</i> • <i>Comparison of removal techniques in the management of buried bumper syndrome: a retrospective cohort study of 82 patients (2017)</i>

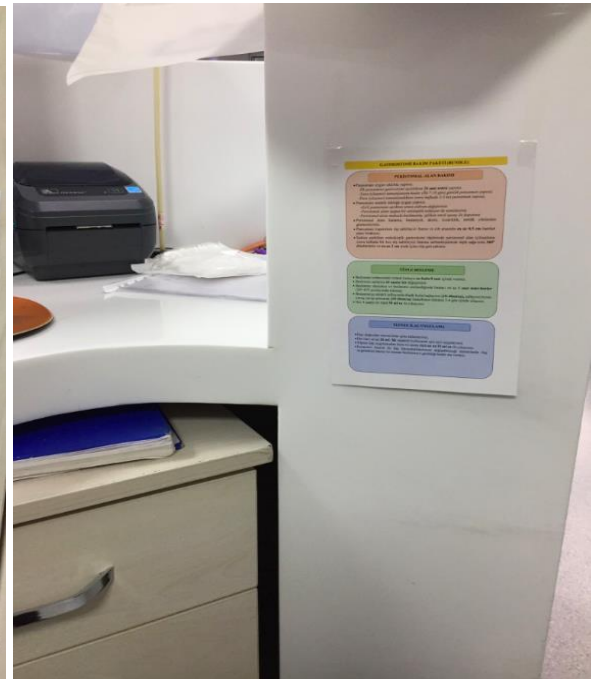
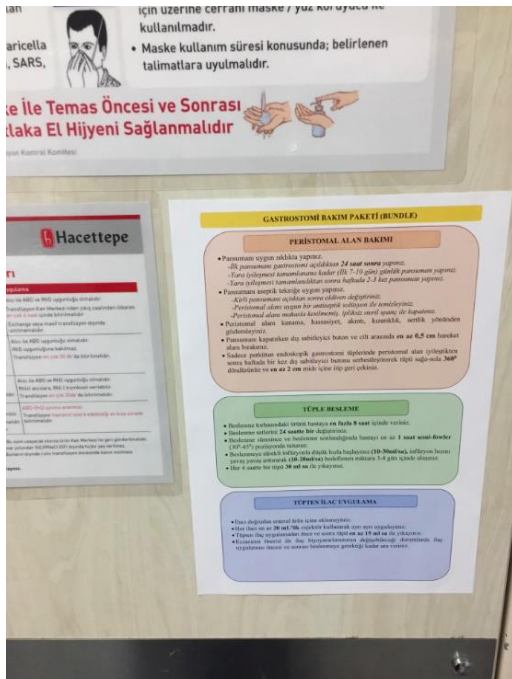
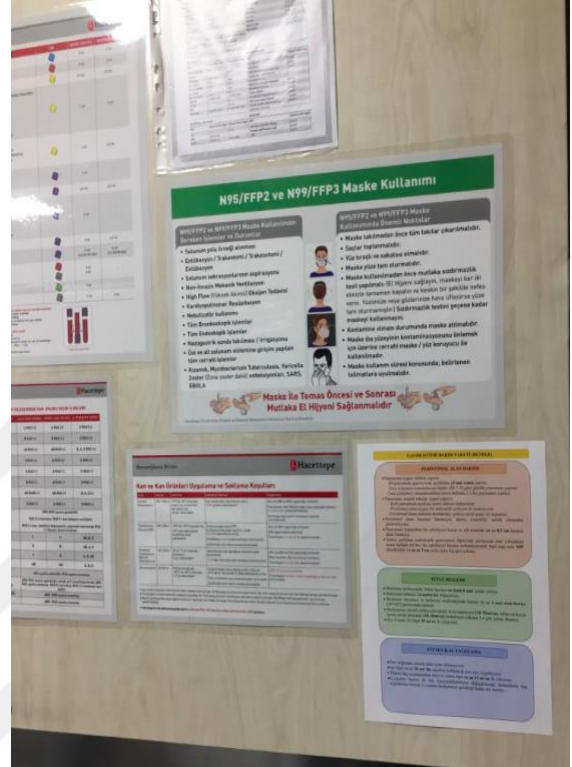
EK-9: (Devam) Uzman Görüşüne Sunulan Taslak Gastrostomi Bakım Paketi Parametre ve Elementleri

	Tüple Besleme (Parametre)
1.	Beslenme ürünlerini 8 saatten fazla asılı bırakmayınız.
Kamtların yer aldığı rehberler	• ASPEN Enteral Nutrition Practice Recommendations (2009) • A microbiologic study of enteral feeding hang time in a burn hospital: Can feeding costs be reduced without compromising patient safety? (2006) • Acquisition of Clostridium difficile and Clostridium difficile-associated diarrhea in hospitalized patients receiving tube feeding. <i>Annals of internal medicine</i> (1998)
2.	Beslenme setlerini 24 saatte bir değiştiriniz.
Kamtların yer aldığı rehberler	• ASPEN Safe Practices for Enteral Nutrition Therapy (2017) • ASPEN Enteral Nutrition Practice Recommendations (2009) • Clinical Practice Guidelines for the Nursing Management of Percutaneous Endoscopic Gastrostomy and Jejunostomy (PEG/PEJ) in Adult Patients (2018) • Analysis of sites of bacterial contamination in an enteral feeding system (2006) • Acquisition of Clostridium difficile and Clostridium difficile-associated diarrhea in hospitalized patients receiving tube feeding. <i>Annals of internal medicine</i> (1998) • The relationship between enteral formula contamination and length of enteral delivery set usage (1991)
3.	Beslenme süresince ve beslenme bittikten sonra (eğer bir kontraendikasyon yok ise) hastanın pozisyonunu en az 1 saat 30°-45° derecede tutunuz.
Kamtların yer aldığı rehberler	• ASPEN Safe Practices for Enteral Nutrition Therapy (2017) • ASPEN Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (2016) • ASPEN Enteral Nutrition Practice Recommendations (2009) • Clinical Practice Guidelines for the Nursing Management of Percutaneous Endoscopic Gastrostomy and Jejunostomy (PEG/PEJ) in Adult Patients (2018)
4.	Beslenmeye sürekli infüzyonla düşük hızla başlayınız (10-30ml/sa), infüzyon hızını yavaş yavaş arttırarak (10-20ml/sa) hedeflenen miktara 3-4 gün içinde ulaşınız.
Kamtların yer aldığı rehberler	• ESPEN guideline: Clinical nutrition in surgery (2017) • ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit (2019) • ASPEN Enteral Nutrition Practice Recommendations (2009)
5.	Her 4 saatte bir beslenme tüpünü 30 ml su ile yıkayınız.
Kamtların yer aldığı rehberler	• ESPEN guideline on home enteral nutrition (2020) • ASPEN Safe Practices for Enteral Nutrition Therapy (2017) • ASPEN Enteral Nutrition Practice Recommendations (2009) • Clinical Practice Guidelines for the Nursing Management of Percutaneous Endoscopic Gastrostomy and Jejunostomy (PEG/PEJ) in Adult Patients (2018)

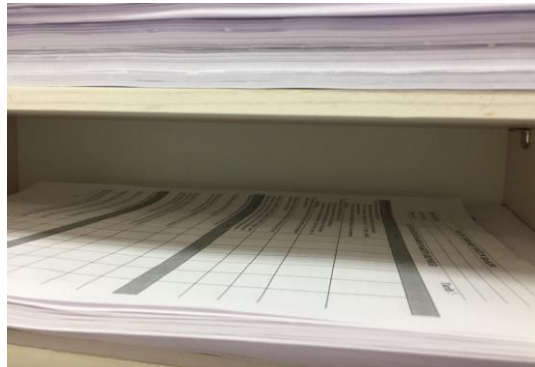
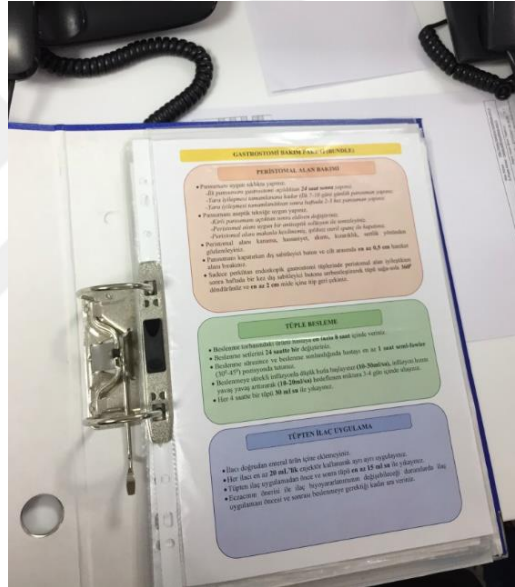
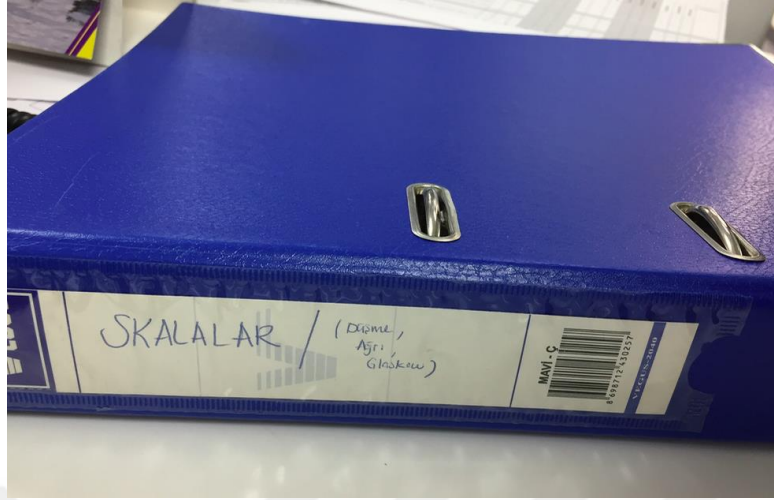
EK-9: (Devam) Uzman Görüşüne Sunulan Taslak Gastrostomi Bakım Paketi Parametre ve Elementleri

Tüpten İlaç Uygulama (Parametre)	
1.	Enteral ürün içine doğrudan ilaç eklemeyiniz.
Kamtların yer aldığı rehberler	• ASPEN Safe Practices for Enteral Nutrition Therapy (2017) • ASPEN Enteral Nutrition Practice Recommendations (2009) • Clinical Practice Guidelines for the Nursing Management of Percutaneous Endoscopic Gastrostomy and Jejunostomy (PEG/PEJ) in Adult Patients (2018)
2.	Her ilacı ayrı ayrı 20 mL ve üzeri bir enjektör kullanarak uygulayınız.
Kamtların yer aldığı rehberler	• ASPEN Safe Practices for Enteral Nutrition Therapy (2017) • ASPEN Enteral Nutrition Practice Recommendations (2009)
3.	Tüpten ilaç uygulamadan önce ve sonra tüpü en az 15 ml su ile yıkayınız.
Kamtların yer aldığı rehberler	• ASPEN Safe Practices for Enteral Nutrition Therapy (2017) • ASPEN Enteral Nutrition Practice Recommendations (2009) • ESPEN guideline on home enteral nutrition (2020) • Endoscopic management of enteral tubes in adult patients – Part 2: Peri-and post management. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline (2021) • Clinical Practice Guidelines for the Nursing Management of Percutaneous Endoscopic Gastrostomy and Jejunostomy (PEG/PEJ) in Adult Patients (2018) • CREST-Guidelines for the Management of Enteral Tube Feeding in Adults (2004) • A systematic review of nursing administration of medication via enteral tubes in adults (2008)
4.	Eczacının önerisi ile ilaç biyoyararlanımının değişebileceği durumlarda beslenmeye gerektigi kadar ara veriniz.
Kamtların yer aldığı rehberler	• ASPEN Safe Practices for Enteral Nutrition Therapy (2017) • ASPEN Enteral Nutrition Practice Recommendations (2009) • Endoscopic management of enteral tubes in adult patients – Part 2: Peri-and post management. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline (2021) • Clinical Practice Guidelines for the Nursing Management of Percutaneous Endoscopic Gastrostomy and Jejunostomy (PEG/PEJ) in Adult Patients (2018) • Stability of drugs with enteral nutrient formulas (1990)

EK-10: Gastrostomi Bakım Paketi Posterleri ve Posterin Yoğun Bakım Ünitesinde Yerleştirildiği Alanların Fotoğrafları



EK-11: Gastrostomi Bakım Paketinin Yer Aldığı Dosya



EK-12: Etik Kurul İzin Yazısı

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Gastrostomi Bakımında Kanıta Dayalı Hemşirelik Bakım Paketinin Geliştirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ	HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR KURULU 06100 Altındağ / ANKARA
	TELEFON	
	FAKS	
	E-POSTA	

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Meltem Gülhan HALİL
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İç Hastalıkları-Klinik Nutrisyon
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı
	DESTEKLEYİCİ	-
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1 ☐
		FAZ 2 ☐
		FAZ 3 ☐
		FAZ 4 ☐
		Gözlensel ilaç çalışması ☐
		Tıbbi cihaz klinik araştırması ☐
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları ☐
		İlaç dışı klinik araştırma ☒
	Diğer ise belirtiniz	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐ ULUSAL ☐ ULUSLARARASI ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	07.05.2021	3.0	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (Hemşire için)	22.03.2021	1.0	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (Hasta için)	22.03.2021	1.0	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (Vasi için)	22.03.2021	1.0	
	OLGU RAPOR FORMU	20.04.2021	2.0	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Şoyadı: Prof. Dr. Mutlu HAYRAN

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Gastrotomi Bakımında Kanıta Dayalı Hemşirelik Bakım Paketinin Geliştirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

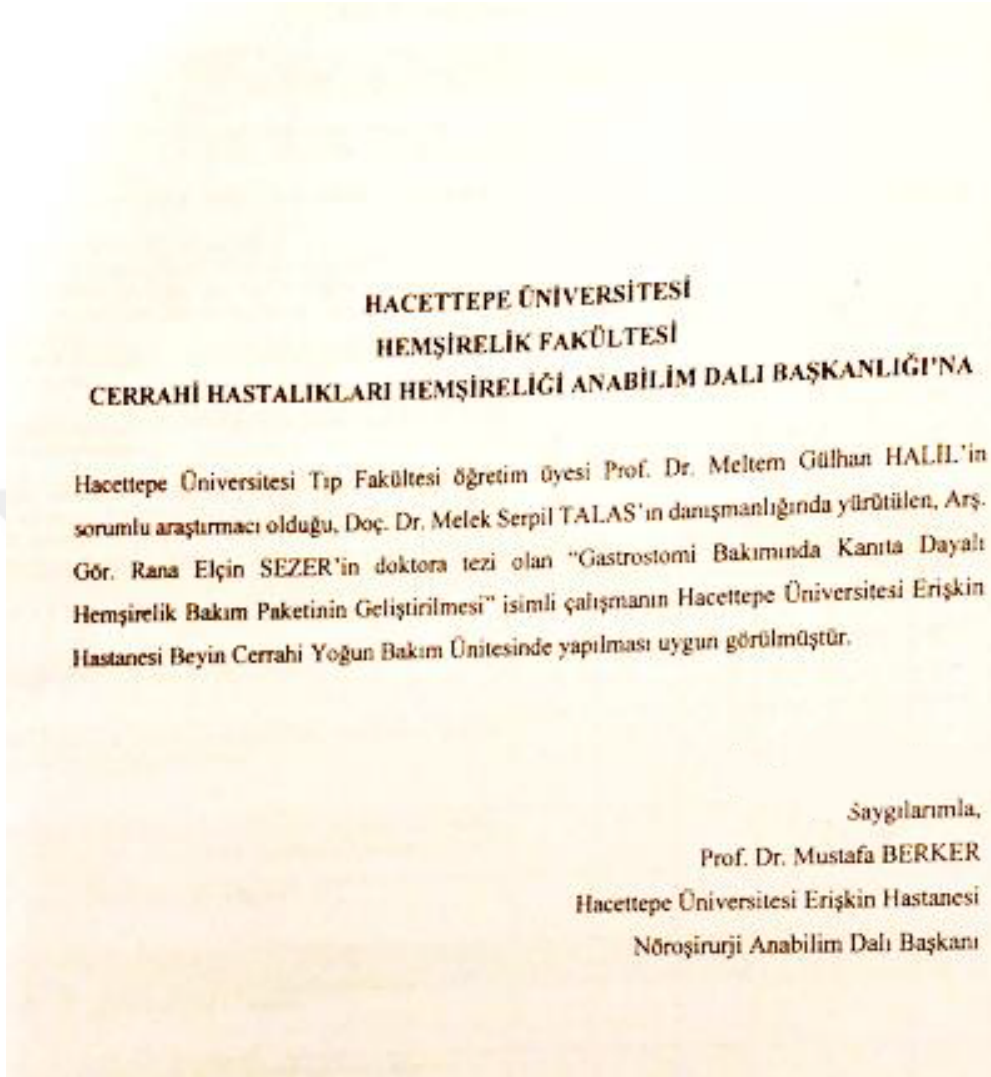
DEĞERLENDİRİLE N DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama
	SİGORTA	☐
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒ 26.04.2021 imza tarihli
	BIYOLOJİK MATERYAL TRANSFER FORMU	☐
	ILAN	☐
	YILLIK BİLDİRİM	☐
	SONUÇ RAPORU	☐
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐
	DİĞER:	☐
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2021/11-09 (KA-21029)	Toplantı Tarihi: 25.05.2021
	Üniversitemiz Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı öğretim üyelerinden Prof. Dr. Meltem Gülhan HALİL'in sorumlu araştırmacısı olduğu, Arş. Gör. Rana Elçin SEZER'in doktora tezi olan (KA-21029) kayıt numaralı ve "Gastrotomi Bakımında Kanıta Dayalı Hemşirelik Bakım Paketinin Geliştirilmesi" başlıklı proje önerisine ait yukarıda bilgileri verilen belge ve dokümanlar; araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve bilgi edinilmiş olup, tıbbi etik açıdan uygun bulunmuştur.	

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU						
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. Mutlu HAYRAN				
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi	Katılım*	İmzası:
Prof. Dr. Mutlu HAYRAN Başkan	Preventif Onkoloji	Hacettepe Ü. Kanser Enstitüsü	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Türkan ELDEM Başkan Yardımcısı	Farmasötik Biyoteknoloji	Hacettepe Ü. Ezc. F.	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Erdem KARABULUT (Bildirimlerden Sorumlu Üye)	Biyoistatistik	Hacettepe Ü. Tıp F.	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Murat YURDAKÖK	Çocuk Sağl. ve Hst. (Neonatoloji)	Hacettepe Ü. Tıp F.	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Ayşe KÜÇÜKDEVECİ	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	Ankara Ü. Tıp F.	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Mehmet UĞUR	Biyofizik	Ankara Ü. Tıp Fakültesi.	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Mehmet Hakan ÖZSOY	Ortopedi ve Travmatoloji	Memorial Ankara Hastanesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. M. Yıldırım SARA	Tıbbi Farmakoloji	Hacettepe Ü. Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Abdullah Cevdet AKMAN	Periodontoloji	Hacettepe Ü. Diş Hekimliği F.	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Ömer DİZDAR	Medikal Onkoloji	Hacettepe Ü. Kanser Enstitüsü	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Ali DÜZÖVA	Çocuk Sağl. ve Hst. (Nefroloji)	Hacettepe Ü. Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Nuket ÖRNEK BÜKEN	Tıp Tarihi ve Etik	Hacettepe Ü. Tıp Fakültesi	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Uzm. Dr. Pınar GÜNER	Halk Sağlığı/Anestezi ve Reanimasyon	Hacettepe Ü. Kanser Enstitüsü	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Av. Meltem ONURLU	Avukat	Hacettepe Ü. Hukuk Müşavirliği	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Tuğba YILMAZ	Sivil Üye	Hacettepe Üniversitesi	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

*: Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Mutlu HAYRAN

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

EK-13: Uygulama İzin Yazısı

EK-14: Aydınlatılmış Onam Formları

**GASTROSTOMİ BAKIMINDA KANITA DAYALI HEMŞİRELİK BAKIM
PAKETİNİN GELİŞTİRİLMESİ İSİMLİ ÇALIŞMA İÇİN
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU
(Hemşire için)**

Değerli Katılımcı,

Gastrostomi bakımında kanıta dayalı bir hemşirelik bakım paketi oluşturulması ile ilgili yeni bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi “**Gastrostomi Bakımında Kanıta Dayalı Hemşirelik Bakım Paketinin Geliştirilmesi**” dir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmayı yapmak istememizin amacı, gastrostomi bakımında kanıta dayalı rehberlerin kullanılmasını sağlamak ve bakımı standart hale getirerek gastrostomi bakımında farklı uygulamaların yapılmasını önlemektir. Gastrostomi bakımına yönelik geliştirilecek standart bir bakım paketi sorunların çözümünü, bakım kalitesinin, hasta, hemşire, bakım veren memnuniyetinin artırmasını sağlayacaktır.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz, araştırmacılar tarafından gastrostomi bakım paketi geliştirildikten sonra size powerpoint gösterim ile eğitim verilecektir. Eğitim içeriğini kanıta dayalı hemşirelik, gastrostomi bakımı, gastrostomi bakım paketi ve bu bakım paketini nasıl kullanacağınız oluşturacaktır. Eğitim bir gün olacak ve yaklaşık 60 dakika sürecektir. Eğitimden önce sizden yaklaşık 25 dakika sürecek “*Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu*” ve “*Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği*”ni ve “*Gastrostomi Bakımı Soru Formu*” (ön-test) nu doldurmanız istenecektir.

Eğitim takviminiz uygun tarih ve saat ayarlamaları baz alınarak yoğun bakımın çalışma düzeni etkilenmeyecek şekilde oluşturulacaktır. Eğitimden sonra araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan hastaların gastrostomi bakımlarını bakım paketi parametreleri doğrultusunda yapmanız beklenecektir. Bakım paketini uygulayan hemşirelerin uygulama sonrası görüşlerini değerlendirmek amacıyla sizlerin deneyimlerinizi paylaşmanız ve örnekler vermenizi sağlamak amacıyla sizler ile “*Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu*” kullanılarak görüşme gerçekleştirilecek ve “*Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği*’ni”, “*Gastrostomi Bakımı Soru Formu*”nu

(son test) tekrar doldurmanız istenecektir. “Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu” kullanılarak yapılan derinlemesine bireysel görüşmede, görüşmeler ses kayıt cihazı kullanılarak kayıt altına alınacak ve görüşmeler yaklaşık 30-35 dakika sürecektir.

Bu araştırmaya tahminen 11 gönüllünün katılması beklenmektedir. Çalışma Aralık 2021-Haziran 2022 tarihleri arasında sürdürülecektir. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

İzleyiciler, yoklama yapan kişiler, etik kurul, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu ve diğer ilgili sağlık otoritelerinin gönüllünün orijinal tıbbi kayıtlarına doğrudan erişimleri bulunabilmektedir. Ancak bu bilgiler gizli tutulacaktır. Yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu imzalamanız halinde söz konusu erişime izin vermiş olacaksınız. İlgili mevzuat gereğince gönüllünün kimliğini ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacak, kamuoyuna açıklanamayacak, araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde gönüllünün kimliği gizli kalacaktır. Araştırma sonuçları eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanılacaktır.

Bu araştırmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde sizle ilgili herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

Araştırmanın herhangi bir aşamasında çalışma süreci tamamlanmadan beyin ve sinir cerrahi yoğun bakım ünitesinden ayrılmanız durumunda, veri toplama formları doldurmamanız halinde ve bakım paketi kullanımından sonra yarı yapılandırılmış derinlemesine bireysel görüşmeye katılmamanız durumunda araştırmaya katılımınız sona erdirilecektir.

Testler ve tedavi sırasında oluşabilecek riskler: Uygulanacak eğitim ve değerlendirmeler size zarar verecek herhangi bir risk içermemektedir.

(Katılımcının Beyanı)

Sayın Prof. Dr. Meltem Gülhan Halil sorumluluğunda, Doç. Dr. Melek Serpil Talas, Arş. Gör. Rana Elçin Sezer, Hemşire Kezban Akçay ve Hemşire Fatma Başar katkılarıyla yapılacağı belirtilen bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Eğer bu araştırmaya katılırsam bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim

ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağının bilincindeyim)*. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırmadan makul ölçüde beklenen yararlarla ilgili olarak hedeflenen herhangi bir klinik yarar olmadığında bu durum hakkında bilgilendirileceğim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. *(Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim)*

Araştırma ile ilgili bir sorun ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Arş. Gör. Rana Elçin Sezer' i (iş) veya (cep) no'lu telefonlardan ve H.Ü Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı adresinden, Prof. Dr. Meltem Gülhan Halil'i (iş) nolu telefonlardan arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun ekip ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesini hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum. İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

İmza:

Tarih:

Katılımcı ile görüşen kişi

Adı soyadı, unvanı:

Tel:

İmza:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Tel:

İmza:

**GASTROSTOMİ BAKIMINDA KANITA DAYALI HEMŞİRELİK BAKIM
PAKETİNİN GELİŞTİRİLMESİ İSİMLİ ÇALIŞMA İÇİN
BİLGİLENDİRİLMİŞ VASİ OLUR FORMU**

Değerli Katılımcı,

Gastrostomi (mideden beslenme tüpü) bakımında kanıta dayalı bir hemşirelik bakım paketi oluşturulması ile ilgili yeni bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi **“Gastrostomi Bakımında Kanıta Dayalı Hemşirelik Bakım Paketinin Geliştirilmesi”**dir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmayı yapmak istememizin amacı, gastrostomi bakımında kanıta dayalı rehberlerin kullanılmasını sağlamak ve bakımı standart hale getirerek gastrostomi bakımında farklı uygulamaların yapılmasını önlemektir. Gastrostomi bakımına yönelik geliştirilecek standart bir bakım paketi hasta, hemşire, bakım veren memnuniyetinin artırmasını ve sorunların çözümünü sağlayacak, bakımın kalitesi artacak dolayısıyla maliyetin azalmasını sağlayacaktır.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz, araştırmacılar tarafından geliştirilmiş olan gastrostomi (mideden beslenme tüpü) bakımına yönelik “gastrostomi bakım paketi” hastanızın bakımında beyin cerrahi yoğun bakımında çalışan hemşireler tarafından kullanılacaktır. Araştırmanın uygulama sürecinde veri toplama formlarının doldurulmasına hastanızın/sizin katılımınız gerekmeyecektir. “Gastrostomi bakım paketi uyum değerlendirme kontrol formu” ile hastanızın bazı tanıtıcı özellikleri (yaş, tanı, cinsiyet, ek hastalıklar, beyin ve sinir cerrahisi yoğun bakım ünitesinde kalış süresi) hemşire tarafından doldurulacaktır.

Bu araştırmaya tahminen Aralık 2021- Haziran 2022 tarihleri arasında beyin cerrahi yoğun bakımda tedavi ve bakım alan gastrostomili hastaların katılımı beklenmektedir.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden/hastanızdan herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size/hastanıza ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

İzleyiciler, yoklama yapan kişiler, etik kurul, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu ve diğer ilgili sağlık otoritelerinin gönüllünün orijinal tıbbi kayıtlarına

doğrudan erişimleri bulunabilmektedir. Ancak bu bilgiler gizli tutulacaktır. Yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu imzalamanız halinde söz konusu erişime izin vermiş olacaksınız. İlgili mevzuat gereğince gönüllünün kimliğini ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacak, kamuoyuna açıklanamayacak, araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde gönüllünün kimliği gizli kalacaktır. Araştırma sonuçları eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanılacaktır.

Bu araştırmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde hastanıza uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

Testler ve tedavi sırasında oluşabilecek riskler: Gastrostomi bakım paketinin kullanımı hastanıza zarar verecek herhangi bir risk içermemektedir.

(Katılımcının Beyanı)

Sayın Prof. Dr. Meltem Gülhan Halil sorumluluğunda, Doç. Dr. Melek Serpil Talas, Arş. Gör. Rana Elçin Sezer, Hemşire Kezban Akçay ve Hemşire Fatma Başar katkılarıyla yapılacağı belirtilen bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya beyin cerrahi yoğun bakımda tedavi ve bakım alan hastam “katılımcı” olarak davet edildi.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ve hemşire ile arasında kalması gereken hastama ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında hastama ait kişisel bilgilerin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında hastam herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilir. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim).* Ayrıca hastamın tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla hastam araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilir.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili hastam/ben herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyoruz. Bize de bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle hastamda meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunu ortaya çıkması

halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da ben/hastam parasal bir yük altına girmeyeceğiz.)

Araştırma ile ilgili bir sorun ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Arş. Gör. Rana Elçin Sezer' i (iş) veya (cep) no'lu telefonlardan ve H.Ü Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı adresinden, Prof. Dr. Meltem Gülhan Halil'i (iş) no'lu telefonlardan arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun hastamın tıbbi bakımına, hekim ve hemşire ile olan ilişkisine herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesini hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla gönüllülük içerisinde katılmayı hastam adına kabul ediyorum. İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:
İmza:
Tarih:

Katılımcı ile görüşen kişi

Adı soyadı, unvanı:
Tel:
İmza:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:
Tel:
İmza:

EK-15: Gastrostomi Bakım Paketinin Geliştirilmesinde Kullanılan Rehberler

REHBER	KALİTE DEĞERLENDİRME ARACI-Rehberin Kullanım Tavsiyesi	İLGİLİ PARAMETRE	REHBER ÖNERİSİ	ÖNERİLERİN KANIT DÜZEYLERİ
1.ASPEN Safe Practices for Enteral Nutrition Therapy (2017) (8)	AGREE II/Evet	Tüple Besleme	- Hasta konforunu bozmayacak şekilde en geniş çaplı beslenme tüpü kullanın. - Enteral formül hazırlığında, setlerin kullanımında aseptik teknik kullanın. - Beslenmeyi pompa ile gerçekleştirin. - Beslenme tüpünü yıkamada steril saf su kullanın. - Yetişkin hastalarda, sürekli beslenmede ve aralıklı beslemelerden önce ve sonra her 4 saatte bir minimum 30 mL su ile besleme tüplerini yıkayın. 30 veya 60 mL'lik bir enjektör kullanarak tüpü ılık su ile yıkayın. - Ilık su ile tıkanma açılmazsa, 5 mL su içinde karıştırılmış 325 mg sodyum bikarbonat ve kaplanmamış pankreatik enzim tableti ederek bir karışımı haline getirin. Karışımı tüpten uyguladıktan sonra tüpü en az 30 dakika klempleyin. - Suyla yıkama tıkanmayı çözmezse, enzim içeren tıkanıklığı giderme kiti veya mekanik tıkanıklık açma cihazı kullanın. - Sağlık profesyonellerine eğitim verin. - Beslemeye başlamadan önce tüpün yerini doğrulayın. - Beslenme süresince hastanın pozisyonunun 30°-45° derecede kalmasını sağlayın. - Rutin olarak GRV ölçümü yapmayın. Gastrik asit ve proteinler karışığında tüpün lümeni içinde çökelmeye neden olabileceğinden, mide rezidüel kontrollerini sınırlayın. - Radyografi tüpün yerini doğrulamada altın standarttır. Fakat X-ray maruziyeti nedeniyle pratik değildir. Alternatif olarak beslenme tüpünün karın duvarına giriş yaptığı yeri işaretleyerek bu işareti kontrol edin. - Besleme seti ve ilgili ekipmanı kurarken aseptik tekniği kullanın. - Beslenme setlerini 24-48 saatte bir değiştirin.	⇒ Kanıt ve Uzman görüşleri

AGREE II: Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation 2

EK-15: (Devam) Gastrostomi Bakım Paketinin Geliştirilmesinde Kullanılan Rehberler

REHBER	KALİTE DEĞERLENDİRME ARACI-Rehberin Kullanım Tavsiyesi	İLGİLİ PARAMETRE	REHBER ÖNERİSİ	ÖNERİLERİN KANIT DÜZEYLERİ
1. ASPEN Safe Practices for Enteral Nutrition Therapy (2017) (8)	AGREE II/Evet	Tüpten İlaç Uygulama	- İlaç, dozu, dozaj formunu, yolu (enteral) ve erişim yolunu (öm. Nazoduodenal tüp) tanımlayın. - İlaç uygulamasından önce ve sonra besleme tüplerini yıkayın ve ilaçları uygun formda hazırlayın. - Enteral ürün içine doğrudan ilaç eklemeyin. - Tüpten uygulanan ilaçları birbiriyle karıştırmayın. - Her ilacı önerilen şekilde, ayrı ayrı uygulayın. - Mevcutsa ve uygunsa, ilaçların eczacının önerisi ile sıvı dozaj formlarını kullanın. - Sıvı dozaj formları uygun veya mevcut değilse, hızlı salımlı katı dozaj formlarını kullanın. - İlaçları eczacınızın önerdiği şekilde hazırlayın. 20 mL ve üzeri bir enjektör kullanın. - İlaç uygulamadan önce, beslenmeyi durdurun ve tüpü en az 15 ml su ile yıkayın. - Hastanın sıvı kısıtlamalarını göz önünde tutarak, tüpten ilaç uygulama sonrası tüpü en az 15 ml su ile tekrar yıkayın. - İlaç biyoyararlanımının değişebileceği durumlarda beslenmeye 30 dakika veya gerektiği kadar ara verin. - Enjektörün pistonunu çekin, - Kapsül-tablet ilacı enjektöre yerleştirin, - Pistonu kapatın, - Oda ısısında 15-30 ml saf su ekleyin, 20 dk. bekleyin, - İlacı tüpten uygulayın, 15-30 ml saf su ile tüpü yıkayın. - Enteral ilaç hazırlama ve yönetimiyle ilgili tüm departmanlarda personel tarafından güvenli uygulamaları sağlamak için politikalar ve prosedürler geliştirin.	⇒ Kanıt ve Uzman görüşleri

AGREE II; Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation 2

EK-15: (Devam) Gastrostomi Bakım Paketinin Geliştirilmesinde Kullanılan Rehberler

REHBER	KALİTE DEĞERLENDİRME ARACI-Rehberin Kullanım Tavsiyesi	İLGİLİ PARAMETRE	REHBER ÖNERİSİ	ÖNERİLERİN KANIT DÜZEYLERİ
2. ASPEN Enteral Nutrition Practice Recommendations (2009) (14)	AGREE II/Evet	Tüple Besleme	- Beslenme setlerini 24 saatte bir değiştirin (Kanıt düzeyi B). - Beslenme ürünlerini 8 saatten fazla asılı bırakmayın (Kanıt düzeyi B). - Enteral formüllerin hazırlanmasında ve uygulanmasında aseptik teknik kullanın (Kanıt düzeyi A). - Açılmamış, sıvı EN formülleri kontrollü (karanlık, kuru, soğuk) koşullar altında saklayın (Kanıt düzeyi B). - Sulandırılmış formülleri kullanıma hazır hale getirdikten sonra oda ısısında 4 saat, buzdolabında 24 saat saklayın (Kanıt düzeyi B). - Beslenme ürününü ve ilacı dilüe etmek için saf su veya steril su kullanın (Kanıt düzeyi B). - Tüple beslemede tek kullanımlık eldiven kullanın (Kanıt düzeyi A). - Cerrahi hastalarda gaz veya barsak hareketi beklenmeden enteral beslenmeye 24-48 saat içinde başlanabilir (Kanıt düzeyi A). - Besleme 10-40 mL / h hızla başlatılabilir. - Beslenme süresince hastanın pozisyonu 30°-45° derecede tutulur (Kanıt düzeyi A). - Aralıklı beslemeden önce ve sonra ve sürekli beslemede her 4 saatte bir 30 mL su ile besleme tüplerini yıkayın (Kanıt düzeyi B).	⇒ Kanıt Düzeyi A: Randomize kontrollü çalışmaların bilimsel kanıtlarıyla desteklenmektedir ⇒ Kanıt Düzeyi B: Randomize olmayan iyi dizayn edilmiş çalışmalardan elde edilen bilimsel kanıtlarla desteklenmektedir ⇒ Kanıt Düzeyi C: Uzman görüşleri tarafından desteklenmektedir.

AGREE II; Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation 2

EK-15: (Devam) Gastrostomi Bakım Paketinin Geliştirilmesinde Kullanılan Rehberler

REHBER	KALİTE DEĞERLENDİRME ARACI-Rehberin Kullanım Tavsiyesi	İLGİLİ PARAMETRE	REHBER ÖNERİSİ	ÖNERİLERİN KANIT DÜZEYLERİ
2. ASPEN Enteral Nutrition Practice Recommendations (2009) (14)	AGREE II/Evet	Tüpten İlaç Uygulama	- İlaçları, tüp tıkanmasına neden olabileceğinden, fiziksel ve kimyasal geçimsizlik nedeniyle ilaçların etkisini değiştirebileceğinden enteral ürünle karıştırmayın (Kanit düzeyi B). - Enteral ürün içine doğrudan ilaç eklemeyin (Kanit düzeyi B). - Her ilaç uygun şekilde ayrı ayrı uygulanmalı, mümkünse ve kullanılabildiğinde sakınca yok ise, kapsül veya tablet yerine ilacların sıvı formları kullanılmalıdır (Kanit düzeyi B). - İlaç uygulamadan önce beslenmeyi durdurun ve tüpü en az 15 ml su ile yıkayın (Kanit düzeyi A). - Kanı veya sıvı ilacı uygun şekilde dilüe edin ve temiz bir oral enjektör kullanarak uygulayın (Kanit düzeyi A). - Hastanın sıvı kısıtlaması göz önünde tutularak her ilaç uygulamasından sonra tüpü en az 15 ml su ile yıkayın (Kanit düzeyi A). - İlaç biyoyararlanımının değişebileceği durumlarda beslenmeye 30 dakika veya gerektiği kadar ara verin (Kanit düzeyi A). - Beslenme tüpünden ilaç uygulaması için, üzerinde 'sadece oral kullanım içindir' yazan oral/enteral enjektörler kullanın (Kanit düzeyi B). - İlaç uygulamalarında eczacıya danışın (Kanit düzeyi C).	⇒ Kanıt Düzeyi A: Randomize kontrollü çalışmaların bilimsel kanıtlarıyla doğrudan desteklenmektedir ⇒ Kanıt Düzeyi B: Randomize olmayan iyi dizayn edilmiş çalışmalardan elde edilen bilimsel kanıtlarla doğrudan desteklenmektedir ⇒ Kanıt Düzeyi C: Uzman görüşleri tarafından desteklenmektedir.
3. Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN) (2016) (17)	AGREE II/Evet	Tüple Beslenme	- Enteral beslenme protokolu oluşturun (Kanit düzeyi ortadan yüksek). - Uzman görüş birliğine dayanarak, aspirasyon ve ventilatör ilişkili pnömöni riskini azaltmak için, EN uygulanan tüm entibe yoğun bakım hastalarında yatağın başı 30-45 ° kaldırılmalı ve günde iki kez klorheksidin gargara kullanımı düşünülmelidir (Uzman görüşü). - Erken enteral beslenmeyi, hasta hemodinamik olarak stabil hale geldikten hemen sonra (24-48 saat içinde) başlatın (Kanit düzeyi düşük)	⇒ Kanıt Düzeyi: Yüksek ⇒ Kanıt Düzeyi: Orta ⇒ Kanıt Düzeyi: Düşük ⇒ Uzman görüşü

AGREE II; Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation 2

EK-15: (Devam) Gastrostomi Bakım Paketinin Geliştirilmesinde Kullanılan Rehberler

REHBER	KALİTE DEĞERLENDİRME ARACI-Rehberin Kullanım Tavsiyesi	İLGİLİ PARAMETRE	REHBER ÖNERİSİ	ÖNERİLERİN KANIT DÜZEYLERİ
4.ASPEN Clinical Guidelines Nutrition Screening, Assessment, and Intervention in Adults (2011) (18)	AGREE II/Evet		- Hastaların nutrisyon riskini tarayın-değerlendirin (Kant düzeyi E). - Tarama ve değerlendirme ile yetersiz beslenme riski taşıdığı veya yetersiz beslendiği tespit edilen hastalara beslenme destek müdahalesi önerilir (Kant düzeyi C).	⇒ Kant Düzeyi A: En az 2 geniş örneklenli randomize kontrollü çalışmaların bilimsel kanıtlarıyla desteklenmektedir. ⇒ Kant Düzeyi B: Bir geniş örneklenli randomize kontrollü çalışmaların bilimsel kanıtlarıyla desteklenmektedir. ⇒ Kant Düzeyi C: En az bir küçük örneklenli randomize kontrollü çalışmaların bilimsel kanıtlarıyla desteklenmektedir. ⇒ Kant Düzeyi D: En az bir randomize olmayan kohort çalışmanın bilimsel kanıtlarıyla desteklenmektedir. ⇒ Kant Düzeyi E: Vaka serileri veya uzman görüşleri
5. ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit (2019) (19)	AGREE II/Evet	Tüple Besleme	- Yoğun bakım ünitesinde 48 saatten fazla kalacak tüm hastalar için tıbbi beslenme tedavisi düşünülmelidir [Kant Düzeyi GPP -güçlü fikir birliği-(%100)]. - Hastaların nutrisyon riskini tarayın-değerlendirin [Kant Düzeyi GPP -güçlü fikir birliği-(%100)]. - Yoğun bakım ünitesinde 48 saatten fazla kalan her kritik hastayı, yetersiz beslenme riski altında kabul edin [güçlü fikir birliği-(%96)]. - Bolus besleme yerine sürekli besleme uygulayın [Kant düzeyi B-güçlü fikir birliği-(%95)]. - Beyin yaralanmalarında, önce enteral beslemeyi düşünün [Kant düzeyi B-güçlü fikir birliği-(%95)]. - İlk 2 gün kan glükoz düzeyini 4 saatte bir ölçün [Kant Düzeyi GPP -güçlü fikir birliği-(%100)]. - Glükoz seviyeleri 10 mmol / L'yi aştığında insülin uygulayın [Kant düzeyi A-güçlü fikir birliği-(%95)]. - Elektrolit düzeylerini (potasyum, magnezyum, fosfat) ilk hafta en az günde bir kez değerlendirin [Kant Düzeyi GPP -güçlü fikir birliği-(%100)].	⇒ Kant Düzeyi A: En az bir meta-analiz veya sistematik derleme ⇒ Kant Düzeyi B: Kohort veya vaka serilerinin yüksek kalitede sistematik derlemesi veya klinik araştırmaların iyi dizayn edilmiş meta analiz veya sistematik derlemeleri ⇒ Kant Düzeyi C: Vaka raporu, vaka serisi veya uzman görüşü veya kohort veya vaka serilerinin yüksek kalitede sistematik derlemesi ⇒ Kant Düzeyi D: İyi uygulama önerisi/klinik deneyim

AGREE II; Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation 2

EK-15: (Devam) Gastrostomi Bakım Paketinin Geliştirilmesinde Kullanılan Rehberler

REHBER	KALİTE DEĞERLENDİRME ARACI-Rehberin Kullanım Tavsiyesi	İLGİLİ PARAMETRE	REHBER ÖNERİSİ	ÖNERİLERİN KANIT DÜZEYLERİ
6. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition (2017) (15)	AGREE II/Evet		- NRS-2002, MUST ile nutrisyon riskini tarayın [güçlü fikir birliği (%97)]. - MNA, MNA-SF ile geriatrik popülasyonda nutrisyon riskini tarayın [güçlü fikir birliği (%97)].	- Güçlü fikir birliği: Katılımcıların>%90'ının anlaşması - Konsensus: Katılımcıların>%75-90'ının anlaşması - Çoğunluk anlaşması: Katılımcıların>%50-75'inin anlaşması - Konsensus yok: Katılımcıların <%50'sinin anlaşması
7. ESPEN guideline: Clinical nutrition in surgery (2017) (20)	AGREE II/Evet	Tüple Besleme	- Hastaların malnutrisyon riskini preoperatif ve postoperatif dönemde tarayın-değerlendirin [Kamit Düzeyi GPP -güçlü fikir birliği-(%100)]. - Malnutrisyon riski olan hastaların cerrahisi 7-14 gün ertelenmeli ve enteral beslenme desteği sağlanmalıdır [Kamit düzeyi A-güçlü fikir birliği-(%95)]. - Postoperatif dönemde 24 saat içinde oral beslenmesi öngörülmeyen hastalara ve oral alımın 7 günden daha fazla sürede ihtiyacı <%50' den daha azı alması öngörülen hastalara tüple beslenme desteği uygulanmalıdır [Kamit düzeyi A-güçlü fikir birliği-(%97)]. - Tüple beslenme endike ise, cerrahiden sonraki 24 saat içinde başlatılmalıdır [Kamit düzeyi A-güçlü fikir birliği-(%91)]. - Beslemeye saatte 10-20 ml den başlayın, 5-7 gün içinde hedef kaloriye çıkın [Kamit Düzeyi GPP- fikir birliği-(%85)]. - Kafa travmalarında 4 haftadan fazla beslenme gereksinimi olan hastalara gastrostomi ile besleme uygulayın [Kamit Düzeyi GPP- güçlü fikir birliği-(%94)]. - Pansumanın ilk değişimini PEG tüpü takıldıktan sonra ertesi sabah yapın. - Granülasyon dokusu oluşana kadar pansumanı günlük olarak değiştirilmeli (ilk 7 gün). - Pansuman sırasında - Tek kullanımlık eldiven giyilir. Pansuman açılır. - Eldiven değiştirilir. - Stoma bölgesi kanama, akıntı, kızarıklık, koku vb. yönünden gözlemlenir. - Gömlü tampon sendromunu önlemek için tüp yaklaşık 2-3 cm ileri geri hareket ettirilir, direnç hissedilene kadar tüp geri çekilir. - Stoma alanı kompres ile kapatılır. - Dış sabitleyicinin ciltten 0,5 cm yukarıda olması sağlanır. - Yara iyileşmesinden sonra pansumanı her 2-3 günde bir yapılır. - İlk yara iyileşmesinden sonra (PEG yerleştirildikten 1-2 hafta sonra) sabun ve suyla yıkamak veya duş almak mümkündür; pansumanlar banyodan önce daima çıkarılmalı, sabun ve sudan arıtılmalı, yeni bir pansumanla kapatmadan önce stoma çevresi kurutulmalıdır.	- Kamit Düzeyi A: En az bir meta-analiz veya sistematik derleme - Kamit Düzeyi B: Kohort veya vaka serilerinin yüksek kalitede sistematik derlemesi veya klinik araştırmaların iyi dizayn edilmiş meta analiz veya sistematik derlemeleri - Kamit Düzeyi 0: Vaka raporu, vaka serisi veya uzman görüşü veya kohort veya vaka serilerinin yüksek kalitede sistematik derlemesi - Kamit Düzeyi GPP: İyi uygulama önerisi/klinik deneyim
8. ESPEN guidelines on artificial enteral nutrition-Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) (2005) (16)	AGREE II/Evet	Stoma Bakımı	- Pansumanın ilk değişimini PEG tüpü takıldıktan sonra ertesi sabah yapın. - Granülasyon dokusu oluşana kadar pansumanı günlük olarak değiştirilmeli (ilk 7 gün). - Pansuman sırasında - Tek kullanımlık eldiven giyilir. Pansuman açılır. - Eldiven değiştirilir. - Stoma bölgesi kanama, akıntı, kızarıklık, koku vb. yönünden gözlemlenir. - Gömlü tampon sendromunu önlemek için tüp yaklaşık 2-3 cm ileri geri hareket ettirilir, direnç hissedilene kadar tüp geri çekilir. - Stoma alanı kompres ile kapatılır. - Dış sabitleyicinin ciltten 0,5 cm yukarıda olması sağlanır. - Yara iyileşmesinden sonra pansumanı her 2-3 günde bir yapılır. - İlk yara iyileşmesinden sonra (PEG yerleştirildikten 1-2 hafta sonra) sabun ve suyla yıkamak veya duş almak mümkündür; pansumanlar banyodan önce daima çıkarılmalı, sabun ve sudan arıtılmalı, yeni bir pansumanla kapatmadan önce stoma çevresi kurutulmalıdır.	-

AGREE II; Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation 2

EK-15: (Devam) Gastrostomi Bakım Paketinin Geliştirilmesinde Kullanılan Rehberler

REHBER	KALİTE DEĞERLENDİRME ARACI-Rehberin Kullanım Tavsiyesi	İLGİLİ PARAMETRE	REHBER ÖNERİSİ	ÖNERİLERİN KANIT DÜZEYLERİ
9.ESPEN guideline on home enteral nutrition (2020) (21)	AGREE II/Evet	Stoma Bakımı	• Stoma yolu oluşana ve insizyon iyileşene kadar, PEG çevresi günlük olarak izlenmeli ve aseptik yara bakımı uygulanmalı, (genellikle işlemten sonra 5 ila 7 güne kadar) stoma çevresi temiz ve kuru tutulmalıdır [Kanit düzeyi B-güçlü fikir birliği-(%100)]. • İlk hafta boyunca aseptik yara bakımında gliserin hidrojel veya glikojel pansuman kullanılabilir [Kanit düzeyi B-güçlü fikir birliği-(%97)] • Stoma iyileştikten sonra (yaklaşık 1 hafta sonra), pansumanlar haftada bir veya iki kez yapılabilir ve griş yeri, sabun ve içme kalitesindeki su ile temizlenebilir [Kanit düzeyi 0-güçlü fikir birliği-(%90)]. • Ayrıca stoma iyileştikten sonra pansuman çevresi açık kalabilir [Kanit Düzeyi GPP -güçlü fikir birliği-(%92)]. • Abdominal duvara tüpü daha iyi adapte etmek için yeni yerleştirilmiş PEG tüp sistemine ilk 24 saat boyunca traksiyon uygulamak gerekli değildir. • Stoma çevresi günlük olarak izlenmeli (kanama, ağrı, kızarıklık, sertleşme, sızıntı ve inflamasyon belirtileri açısından) ve %0,9 sodyum klorür, steril su veya kaynatılmış- ılımış su ile temizlenmelidir. • Stoma steril kompres ile (makasla kesilmemiş, ipliksiz spanç) kapatılır. • Stoma iyileştikten sonra (yaklaşık bir hafta sonra), sadece PEG tüpü her gün kendi etrafında döndürülmeli ve haftada en az bir kez (en az 2 cm, en fazla 10 cm) içe doğru hareket ettirilmelidir [Kanit Düzeyi GPP- fikir birliği-(%87)]. • Dış sabitleyici buton ve cilt arasında en az 0,5 cm hareket alanı bırakılabilir. [Kanit düzeyi 0-güçlü fikir birliği-(%93)]. • Stoma bölgesinde mide içeriğinin peristomal olarak sızması durumunda, cilt çinko oksit bazlı cilt koruyucuları kullanılabilir [Kanit düzeyi 0-güçlü fikir birliği-(%93)]. • Stoma çevresinde enfeksiyon varlığında topikal antimikrobiyal ajan kullanılabilir, iyileşmez ise geniş spektrumlu antibiyotik kullanılabilir. Enfeksiyon devam ederse tüpü değiştirin [Kanit düzeyi 0-güçlü fikir birliği-(%93)].	⇒ Kanıt Düzeyi A: En az bir meta-analiz veya sistematik derleme ⇒ Kanıt Düzeyi B: Kohort veya vaka serilerinin yüksek kalitede sistematik derlemesi veya klinik araştırmaların iyi dizayn edilmiş meta analiz veya sistematik derlemeleri ⇒ Kanıt Düzeyi 0: Vaka raporu, vaka serisi veya uzman görüşü veya kohort veya vaka serilerinin yüksek kalitede sistematik derlemesi ⇒ Kanıt Düzeyi GPP: İyi uygulama önerisi/klinik deneyim

AGREE II; Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation 2

EK-15: (Devam) Gastrostomi Bakım Paketinin Geliştirilmesinde Kullanılan Rehberler

REHBER	KALİTE DEĞERLENDİRME ARACI-Rehberin Kullanım Tavsiyesi	İLGİLİ PARAMETRE	REHBER ÖNERİSİ	ÖNERİLERİN KANIT DÜZEYLERİ
9.ESPEN guideline on home enteral nutrition (2020) (21)	AGREE II/Evet	Tüple Beslenme	- Tüp yerleşiminden sonra 2-4 saat içinde beslemeye başlayın (kullanılabilir [Kanıt düzeyi A-güçlü fikir birliği-(%100)]). - Beslenme aralıklı veya sürekli infüzyon şeklinde uygulanabilir. [Kanıt Düzeyi GPP- fikir birliği-(%87)]. - Beslemeden önce ve sonra tüp tıkanıklığını önlemek için tüp en az 30 ml'lik içme kalitesinde bir su ile 4 saatte bir yıkanmalıdır. [Kanıt Düzeyi GPP- güçlü fikir birliği-(%100)].	⇒ Kanıt Düzeyi A: En az bir meta-analiz veya sistematik derleme ⇒ Kanıt Düzeyi B: Kohort veya vaka serilerinin yüksek kalitede sistematik derlemesi veya klinik araştırmaların iyi dizayn edilmiş meta analiz veya sistematik derlemeleri ⇒ Kanıt Düzeyi 0: Vaka raporu, vaka serisi veya uzman görüşü veya kohort veya vaka serilerinin yüksek kalitede sistematik derlemesi ⇒ Kanıt Düzeyi GPP: İyi uygulama önerisi/klinik deneyim
9.ESPEN guideline on home enteral nutrition (2020) (21)	AGREE II/Evet	Tüpten İlaç Uygulama	Her ilaç uygulamasından önce ve sonra tüp 30 ml su ile yıkanmalıdır [Kanıt Düzeyi GPP-güçlü fikir birliği-(%100)].	⇒ Kanıt Düzeyi A: En az bir meta-analiz veya sistematik derleme ⇒ Kanıt Düzeyi B: Kohort veya vaka serilerinin yüksek kalitede sistematik derlemesi veya klinik araştırmaların iyi dizayn edilmiş meta analiz veya sistematik derlemeleri ⇒ Kanıt Düzeyi 0: Vaka raporu, vaka serisi veya uzman görüşü veya kohort veya vaka serilerinin yüksek kalitede sistematik derlemesi ⇒ Kanıt Düzeyi GPP: İyi uygulama önerisi/klinik deneyim

AGREE II; Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation 2

EK-15: (Devam) Gastrostomi Bakım Paketinin Geliştirilmesinde Kullanılan Rehberler

REHBER	KALİTE DEĞERLENDİRME ARACI-Rehberin Kullanım Tavsiyesi	İLGİLİ PARAMETRE	REHBER ÖNERİSİ	ÖNERİLERİN KANIT DÜZEYLERİ
10.Endoscopic management of enteral tubes in adult patients – Part 2: Peri-and post management. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline (2021) (13)	AGREE II/Evet	Stoma Bakımı	• PEG yerleştikten sonra ilk bir hafta pansumann steril salin solüsyon ile yapılması önerilir [Kanıt düzeyi düşük]. • Yerleşimden 7- 10 gün sonra tüpü kendi çevresinde hareket ettirilmelidir [Kanıt düzeyi düşük]. • Dış sabitleyici ciltten 0,5 cm yukarıda olmalıdır [Kanıt düzeyi düşük]. • 7-10. günden sonra tüpü 2-5 cm içe-dışa ileri geri hareket ettirilmelidir bu manevra perkütan olanlar için geçerlidir [Kanıt düzeyi düşük]. • Tüp pozisyonu ve tüp çevresi her gün değerlendirilmelidir [Kanıt düzeyi düşük]. • Enfeksiyon varlığında lokal bir antiseptik solüsyon ile günlük pansuman yapılmalıdır [Kanıt düzeyi düşük]. • Gömülü tampon sendromunu önlemek için günlük tüp mobilizasyonu yapılmalıdır [Kanıt düzeyi düşük]. • Tüp çevresinde sızıntı var ise absorbe edici ürün, çinko kullanılabılır [Kanıt düzeyi düşük]. • Sızıntı kalıcı ise tüpü değiştirin [Kanıt düzeyi düşük]. • Tüp 4. haftadan önce yerinden çıktı ise kör yerleştirme yapmayınız. Monitorizasyon, klinik gözlem ve geniş spektrumlu antibiyotik kullanınız. Yara yeri iyileşince tüpü yeniden takınız [Kanıt düzeyi düşük]. • Tüp 4. haftadan sonra yerinden çıktı ise tüpü yatak başı balon tip ile değiştiriniz. Aksi takdirde köptüleme oluşturmamak amacıyla geçici foley katater kullanınız [Kanıt düzeyi düşük]. • Tüpte kırık, tıkanıklık, kalıcı enfeksiyon, sızıntı, ülserasyon olmadığı sürece tüpü rutin değiştirmeyin [Kanıt düzeyi düşük].	⇒ Kanıt Düzeyi: Yüksek ⇒ Kanıt Düzeyi: Orta ⇒ Kanıt Düzeyi: Düşük
10.Endoscopic management of enteral tubes in adult patients – Part 2: Peri-and post management. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline (2021) (13)	AGREE II/Evet	Tüpten İlaç Uygulama	• Özellikle ilaçların sıvı formlarını tercih edilmesi önerilir [Kanıt düzeyi düşük]. • Tüp tıkanıklıklarında tüp çapı önemlidir. Dar tüpler konforlu olmasına rağmen tıkanıklığı artırmaktadır (<12 fr, fr=0,33 mm). [Kanıt düzeyi düşük]. • Tüpten ilaç uygulamaya uygun enjektörleri kullanın [Kanıt düzeyi düşük]. • Her ilaç uygulamadan önce-sonra ve son uygulamadan sonra tüpü 30 ml su ile yıkamalıdır [Kanıt düzeyi düşük]. • İlaç uygulamasından 30 dk önce beslenmeyi durdurulmalıdır. İlaç uyguladıktan sonra 30-60 dk içinde ezacının önerisi ile beslemeye geri başlanmalıdır [Kanıt düzeyi düşük]. • İlaç- besin etkileşimi olacağı durumda, ilaç uygulamasından 2 saat önce besleme durdurulmalıdır [Kanıt düzeyi düşük].	⇒ Kanıt Düzeyi: Yüksek ⇒ Kanıt Düzeyi: Orta ⇒ Kanıt Düzeyi: Düşük

AGREE II; Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation 2

EK-15: (Devam) Gastrostomi Bakım Paketinin Geliştirilmesinde Kullanılan Rehberler

REHBER	KALİTE DEĞERLENDİRME ARACI-Rehberin Kullanım Tavsiyesi	İLGİLİ PARAMETRE	REHBER ÖNERİSİ	ÖNERİLERİN KANIT DÜZEYLERİ
11. Good Practice Consensus Guideline – Exit Site Management for Gastrostomy Tubes in Adults and Children-NNNG (2013) (22)	AGREE II/Evet	Stoma Bakımı	- İlk yerleşimden sonra stoma çevresi steril gazlı bez ile kapatılmalıdır. Hava geçirmeyen ve emici olmayan pansumanlar kullanılmalıdır. - Gastrostomi açıldıktan 24 saat sonra ilk pansuman yapılmalı ve stoma çevresi değerlendirilmelidir. - Stoma çevresinde granülasyon dokusu oluşana kadar pansuman günlük değiştirilmeli, lokal enfeksiyon bulguları açısından değerlendirilmelidir (ilk 7 gün). - İlk 7 gün stoma çevresi %0.9 serum fizyolojik, kaynatılmış soğutulmuş su ya da distile su ile temizlenir, ipliksiz gazlı bez ile kapatılır. - İlk 7-10 gün dış sabitleyici hareket ettirilmez. - Stoma çevresi inflamasyon, aşırı granülasyon, sızıntı, enfeksiyon yönünden değerlendirilir. 10.günden itibaren haftada en az bir kez, ancak günde bir defadan daha sık olmamak üzere tüp mide içine 2-3 cm itilir. 7-10. günden sonra tüp kendi etrafında döndürülür. <i>Enfeksiyon durumunda;</i> - Dış sabitleyici kontrol edilir. - Tüp ciltten 2-5 mm yukarıda olmalıdır. (Çok sıkı ya da çok gevşek olmamalı) - Stoma giriş yerinin irritasyonunu değerlendirin (kıyafet, flaster, bez...) - Tahriş olan cilt için uygun bariyer krem kullanın. - Butonun altını desteklemede polüretan köpük pansuman kullanılabilir. - Kültür alın. <i>Aşırı granülasyon doku oluşumunda;</i> - Dış sabitleyici kontrol edilir. - Tüp ciltten 2-5 mm yukarıda olmalıdır. (Çok sıkı ya da çok gevşek olmamalı) - Bariyer krem kullanın. Köpük pansuman kullanın. - Aşırı sızıntı varsa günde en az 1 kez pansuman yapın. - Sızıntı durumunda; - Sızıntı ilk 72 saat içinde görüldü ise beslenmeyi durdurun medikal tedavi uygulayın. - Konstipasyon varlığını değerlendirin. - Stoma çevresini bariyer bir film ile koruyun. - Sızıntıyı pH indikatörü ile değerlendirin. - Tüptün pozisyonunu değerlendirin.	⇒ Kanıt Düzeyi GPP: İyi uygulama önerisi/klinik deneyim

AGREE II; Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation 2

EK-15: (Devam) Gastrostomi Bakım Paketinin Geliştirilmesinde Kullanılan Rehberler

REHBER	KALİTE DEĞERLENDİRME ARACI-Rehberin Kullanım Tavsiyesi	İLGİLİ PARAMETRE	REHBER ÖNERİSİ	ÖNERİLERİN KANIT DÜZEYLERİ
12.Clinical Practice Guidelines for the Nursing Management of Percutaneous Endoscopic Gastrostomy and Jejunostomy (PEG/PEJ) in Adult Patients (2018) (23)	AGREE II/Evet	Stoma Bakımı	- Tüp yerleşiminden sonra ilk 3 saat içinde 15 dk bir vital bulgu ve bulantı takibi yapılması, bulgular stabil ise sonraki 3 saat her 30 dk bir değerlendirilmesi, stabil ise sonraki 12 saat 6 saatte bir değerlendirilmesi önerilir [Kanit düzeyi D-GPP]. - Kırmızı ikaz (red flag) alarmı için dikkatli olunmalı. Kırmızı ikaz rutin analjezik kullanımına rağmen yanıt alınamayan, tüpten sıvı infüzyonunda ya da tüp yıkamada gittikçe artan, aktif kanama ve sızıntı olan, ani değişen vital bulgular olarak tanımlanır. İlk 72 saat dikkatlice gözlenmeli [Kanit düzeyi D-GPP]. - Tüptün pozisyonu günlük kontrol edilmeli ve tüp işaretlenmelidir [Kanit düzeyi C]. - İlk pansumanı yerleşimden 24 saat sonra steril saline solüsyon ve gazlı bez ile yapın [Kanit düzeyi D]. - Alanı inflamasyon, enfeksiyon, hipergranülasyon ve basınç yönünden değerlendirin [Kanit düzeyi D]. 7-10. günden sonra (stoma alanı iyileştikten sonra) gömülü tampon sendromunu önlemek için tüp mide içine 2-3 cm itilir. Bu manevra haftada en az 1 kez olmak üzere, günde bir kereden fazla olmamak kaydı ile yapılmalıdır [Kanit düzeyi D]. - Balon gastrostomi tüpleri distile su ile şişirilmeli su haftada bir kontrol edilmelidir [Kanit düzeyi D]. - Tıkaçıcı olmayan pansuman kullanın. Kuru ve temiz tutun, pansumanı sık sık değiştirin [Kanit düzeyi D]. - Eritem, pürülan akıntı, ağrı, ateş gibi enfeksiyon belirti-bulgu açısından takip edin [Kanit düzeyi D]. - Stoma alanına basıncı engellemek için dış sabitleyici abdomenden 5 mm uzakta olmalıdır [Kanit düzeyi D] - Aşırı granülasyon dokusunu engellemek için peristomal alan günde en az 1 kez temizlenir, tüp giriş yeri altına non-oklüzif pansuman (poliüretan köpük gibi) yerleştirilir [Kanit düzeyi D].	⇒ Kanıt düzeyi A: En az bir meta-analiz veya sistematik derleme ⇒ Kanıt düzeyi B: Kohort veya vaka serilerinin yüksek kalitede sistematik derlemesi veya klinik araştırmaların iyi dizayn edilmiş meta analiz veya sistematik derlemeleri ⇒ Kanıt düzeyi C: Kohort veya vaka serileri veya kohort veya vaka serilerinin yüksek kalitede sistematik derlemesi ⇒ Kanıt düzeyi D: Vaka raporu, vaka serisi veya uzman görüşü ⇒ Kanıt düzeyi D-GPP: İyi uygulama önerisi ⇒ Kanıt düzeyi CC:Konsensüs

AGREE II; Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation 2

EK-15: (Devam) Gastrostomi Bakım Paketinin Geliştirilmesinde Kullanılan Rehberler

REHBER	KALİTE DEĞERLENDİRME ARACI-Rehberin Kullanım Tavsiyesi	İLGİLİ PARAMETRE	REHBER ÖNERİSİ	ÖNERİLERİN KANIT DÜZEYLERİ
12.Clinical Practice Guidelines for the Nursing Management of Percutaneous Endoscopic Gastrostomy and Jejunostomy (PEG/PEJ) in Adult Patients (2018) (23)	AGREE II/Evet	Tüpten İlaç Uygulama	- İlaçlar beslenme ürününden ayrı uygulanır [Kanit düzeyi C]. - Sadece oral kullanıma uygun ilaçlar tüpten verilir [Kanit düzeyi C]. - Mümkün olduğunca ilaçların sıvı formunu tercih edin ve tabletleri saf suda ezin [Kanit düzeyi C]. - İlaç uygulamadan önce beslenmeyi durdurun ve tüpü 15 ml su ile yıkayın ve uyguladıktan sonra tekrar 15 ml su ile yıkayın. Tekrar beslemeye başlamak için 30-60 dk bekleyin [Kanit düzeyi A]. <i>Tıkanıklık durumunda:</i> [Kanit düzeyi D]. - Tüp ilk su ile yıkanır. 8.4% NaHCO₃ solüsyon kullanılır. - NaHCO₃ içerisinde pankreatik enzim eklenir, su ile dilüe edilir 5-10 dk beklenir. - Hiçbiri işe yaramaz ise tüp fırçalanır. - Soda ya da yaban mersini kullanılmaz. - Enfeksiyon nedenli ise tüp değiştirilir.	⇒ Kanıt düzeyi A: En az bir meta-analiz veya sistematik derleme ⇒ Kanıt düzeyi B: Kohort veya vaka serilerinin yüksek kalitede sistematik derlemesi veya klinik araştırmaların iyi dizayn edilmiş meta analiz veya sistematik derlemeleri ⇒ Kanıt düzeyi C: Kohort veya vaka serileri veya kohort veya vaka serilerinin yüksek kalitede sistematik derlemesi ⇒ Kanıt düzeyi D: Vaka raporu, vaka serisi veya uzman görüşü ⇒ Kanıt düzeyi D-GPP: İyi uygulama önerisi ⇒ Kanıt düzeyi CC:Konsestis
12.Clinical Practice Guidelines for the Nursing Management of Percutaneous Endoscopic Gastrostomy and Jejunostomy (PEG/PEJ) in Adult Patients (2018) (23)	AGREE II/Evet	Tüple Beslenme	- Tüp açıldıktan 4 saat sonra beslemeye başlanabilir [Kanit düzeyi A]. - Tüp kullanımına ilk olarak 50 ml saf su ile başlanır [Kanit düzeyi D-GPP]. - Tüp yeri kontrolü yapılır [Kanit düzeyi D]. - Beslenme süresince tek kullanımlık eldiven kullanın [Kanit düzeyi A]. - Beslenme setini 24 saatte bir değiştirin [Kanit düzeyi A]. - Devamlı beslemeye tüpü 4-6 saatte bir, bolus beslemeye her beslenme sonrasında ve ilaç uyguladıktan sonra 15-30 ml saf su ile yıkayın [Kanit düzeyi B]. - Saf suyun kullanılmayacağı durumlarda steril su kullanın [Kanit düzeyi D]. - Aspirasyon pnömonisi ve gastrik reflüü önlemek için beslenme bittikten sonra eğer bir kontraendikasyon yok ise hastayı en az 1 saat 30-45 derece pozisyona alın ve klorheksidin glukonat ile ağız bakımı yapın [Kanit düzeyi A].	⇒ Kanıt düzeyi A: En az bir meta-analiz veya sistematik derleme ⇒ Kanıt düzeyi B: Kohort veya vaka serilerinin yüksek kalitede sistematik derlemesi veya klinik araştırmaların iyi dizayn edilmiş meta analiz veya sistematik derlemeleri ⇒ Kanıt düzeyi C: Kohort veya vaka serileri veya kohort veya vaka serilerinin yüksek kalitede sistematik derlemesi ⇒ Kanıt düzeyi D: Vaka raporu, vaka serisi veya uzman görüşü ⇒ Kanıt düzeyi D-GPP: İyi uygulama önerisi ⇒ Kanıt düzeyi CC:Konsestis

AGREE II; Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation 2

EK-15: (Devam) Gastrostomi Bakım Paketinin Geliştirilmesinde Kullanılan Rehberler

REHBER	KALİTE DEĞERLENDİRME ARACI-Rehberin Kullanım Tavsiyesi	İLGİLİ PARAMETRE	REHBER ÖNERİSİ	ÖNERİLERİN KANIT DÜZEYLERİ
13.NICE Guideline:Nutrition support for adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition (2019) (24)	AGREE II/Evet		• Stoma bakımı günlük yapılır. • Tüpün pozisyonu günlük kontrol edilir. • Aşırı granülasyon dokusu oluşumunu önlemek için tüp haftalık kendi etrafında döndürülür. • Balon içindeki su hacmi haftalık kontrol edilir.	-
14. CREST- Guidelines For The Management of Enteral Tube Feeding In Adults (2006) (25)	AGREE II/Evet	Tüpten İlaç Uygulama	• Tüp pozisyonu günlük kontrol edilir. • İlaç uygulamadan önce ve sonra tüp steril su ile yıkanır. Evde kaynatılmış soğutulmuş su da kullanılabilir. • Tüpü açmada elmalı su, kola ya da diğer meyveli, şekerli asitli ürünleri kullanmayın. • İlaçları ayrı ayrı uygulayın ve her ilaçtan önce ve sonra tüpü 5-10 ml su ile yıkayın. • Tüp tıkanıklığında 3 kapsül pankreatik enzim+ yarım çay kaşığı sodyum bikarbonatı 20 ml steril suda eritin. • İlaç uygulamadan önce ve sonra tüpü 30 ml su ile yıkayın.	-
14. CREST- Guidelines For The Management of Enteral Tube Feeding In Adults (2006) (25)	AGREE II/Evet	Stoma Bakımı	• İlk 48 saat pansuman aseptik tekniklere göre yapılmalıdır. • İlk 8-12 saat peristomal alana dokunulmamalıdır. • Stoma alını %0,9 NaCl ile temizlenip kurulmalıdır. • İlk 48 saatten sonra; • Stoma alanı temiz teknik ile (3 hafta kadar) pansumanı yapılmalıdır. • Stoma alanı iyileştikten sonra; (3 hafta sonra); sabun ile günlük pansuman yapılmalı, kurulmalıdır. • Peristomal alan günlük olarak pansuman yapıp değerlendirilmeli, gerekirse kültür alınmalıdır. • Enfeksiyon durumunda günde en az 2 kere sabunlu su, povidon iyot, NaCl ile temizlenmelidir.	-

AGREE II; Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation 2

EK-16: Literatür Taraması Sonucu Değerlendirilen Makaleler

Çalışmanın yazarı, yılı	Çalışmanın şekli	Sonuçlar/Öneriler	Kalite değerlendirme aracı/sonucu
PERİSTOMAL ALAN BAKIMI			
Gerbes ve ark. 2017 (238)	Retrospektif-kohort	Gömlü tampon sendromunu önlemek için perkütan endoskopik gastrotomi tüpü mide içine itilebilir.	NOS/Yüksek
Strijbos ve ark. 2016 (239)	Retrospektif	PEG yerleştirilmesinden sonra peristomal yara enfeksiyonlarını önlemede antibakteriyel gazlı bezler güvenli kullanılabilir.	NOS/Yüksek
Blumenstein ve ark. 2012 (240)	Prospektif-randomize kontrollü	Gliserin hidrojel gastrotomi bakımında peristomal yara enfeksiyonlarını önemli ölçüde azaltan uygun maliyetli bir bakım ürünüdür.	JBI/Orta
Conroy ve ark. 2009 (241)	Sistematiik derleme	Uygun pansuman, topikal antibiyotikler, bölgenin ılık su, sabun veya hidrojen peroksit ile temizlenmesi Tüptü her beslemeden veya ilaçtan önce ve sonra içilebilir su, kaynamış ılıtılmış su veya steril su ile düzenli yıkama	JBI/Orta
TÜPLE BESLEME			
Lakanurak ve ark. 2022 (242)	-	Blenderize ürünlerin optimal asılı kalma süreleri oda sıcaklığında 2 saat ile sınırlanmalıdır, toz formüller oda sıcaklığında 6 saate kadar asılı kalabilir.	NOS/Düşük
Evans ve ark. 2016 (185)	Prospektif-randomize	Sürekli beslenmede glisemik değişkenlik oranı daha düşüktür.	JBI/Orta
Mathus-Vliegen ve ark. 2006 (166)	Randomize	Enteral beslenme setleri 24 saatte bir değiştirilmelidir. Uzamış asılı kalma süresi bakteriyel kontaminasyon riskini artırır.	JBI/Yüksek
Neely ve ark. 2006 (169)	Deneyisel	Enteral ürünler 8 saat içinde verilmelidir.	JBI/Orta
Metheny ve ark. 2006 (175)	Tanımlayıcı	Baş-boyun pozisyonu 30 derece altında olan hastaların daha yüksek mide içeriği aspirasyonu insidansına sahip olduğu bildirilmiştir.	NOS/Yüksek
Rhoney ve ark. 2002 (186)	Retrospektif kohort	Sürekli beslenme enfeksiyon ve gastrik intolerasyon riskini azaltır, hedeflenen kaloriye ulaşmada daha başarılıdır. Enteral beslenme sürekli infüzyon ile sağlanmalıdır.	NOS/Yüksek
Bliss ve ark. 1998 (162)	Retrospektif kohort	Kullanıma hazır enteral ürünlerin askıda kalma süresi 8 saat olmalı, enteral setler 24 saatte bir değiştirilmelidir.	NOS/Yüksek
Donius ve ark. 1993 (243)	-	Kullanıma hazır beslenme torbaları ile doldurulabilir beslenme torbalarının kullanımında kontaminasyon açısından fark yok.	NOS/Orta
Kohn ve ark. 1991 (165)	Gözlemsel	Enteral beslenme setlerinin %24'ü 24 saatte ≥ 105 CFU/mL bakteri sayısı içermekte bu nedenle beslenme setleri en az 24 saatte bir değiştirilmelidir.	NOS/Yüksek
TÜPTEN İLAÇ UYGULAMA			
Philips ve ark (2008) (193)	Sistematiik derleme	İlaç uygulamasından sonra enteral tüpler 30 ml su ile yıkanmalı	JBI/Yüksek
Philips ve ark (2007) (244)	Sistematiik derleme	İlaçların sıvı dozaj formları kullanımlımalı İlaçların sıvı dozaj formları tercih edilmeli	JBI/Yüksek
Strom ve ark (1990) (245)	Yarı-deneyisel	Tüptün sürdürülebilirliğinin daha iyi olması nedeni ile silikon tüpler yerine polietilen tüpler tercih edilmeli Enteral formülasyonlara ilaç eklendiğinde ilaçların sadece fizikokimyasal özellikleri değil aynı zamanda biyoyararlanımları da değişmektedir. Enteral ürünler ideal bir ilaç çözütü değildir ve enteral ürünlerin içerisine ilaç eklenmemelidir.	JBI/Orta

NOS; New Castle – Ottawa Kalite değerlendirme aracı

JBI; Joanna Briggs Enstitüsü Kalite değerlendirme aracı

EK-17: Orjinallik Ekran Çıktısı

GASTROSTOMİ BAKIMINDA KANITA DAYALI HEMŞİRELİK BAKIM PAKETİNİN GELİŞTİRİLMESİ ve HEMŞİRELERİN UYUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 4	% 4	% 0	% 1
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 1
2	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% 1
3	Submitted to Nevşehir Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
4	preprints.jmir.org İnternet Kaynağı	<% 1
5	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<% 1
6	Submitted to Hacettepe University Öğrenci Ödevi	<% 1
7	openaccess.izu.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
8	Submitted to Beykent Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1

cusbed.cumhuriyet.edu.tr

EK-18: Dijital Makbuz



Dijital Makbuz

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Rana Elçin SEZER CEREN
 Ödev başlığı: GASTROSTOMİ BAKIMINDA KANITA DAYALI HEMŞİRELİK BAK...
 Gönderi Başlığı: GASTROSTOMİ BAKIMINDA KANITA DAYALI HEMŞİRELİK BAK...
 Dosya adı: Rana_Elc_in_SEZER_CEREN.docx
 Dosya boyutu: 1.69M
 Sayfa sayısı: 80
 Kelime sayısı: 17,240
 Karakter sayısı: 126,899
 Gönderim Tarihi: 17-Oca-2024 05:36ÖS (UTC+0300)
 Gönderim Numarası: 2272539911



9. ÖZGEÇMİŞ

