

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

**(DOKTORA TEZİ)**

**YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE PLANLI KABUL  
PROTOKOLÜ UYGULAMASININ HASTANIN KONFOR  
DÜZEYİ VE FİZYOLOJİK PARAMETRELERİNE ETKİSİ**

**BANU TERZİ**

**DANIŞMAN  
DOÇ. DR. NURTEN KAYA**

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

**İSTANBUL-2014**

## TEZ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Doktora Programında Banu Terzi tarafından hazırlanan “Yoğun Bakım Ünitesinde Planlı Kabul Protokolü Uygulamasının Hastanın Konfor Düzeyi ve Fizyolojik Parametrelerine Etkisi” başlıklı Doktora tezi, yapılan tez sınavında Jürimiz tarafından başarılı bulunarak kabul edilmiştir.

27 / 01 / 2014

### Tez Sınav Jürisi

Ünvanı Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı) İmzası

1.Prof.Dr.Türkinaz Aştı ( Tez İzleme Komite Üyesi ) Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi



2.Doç.Dr.Hülya Kaya İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Hemşirelikte Eğitim Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



3.Doç.Dr.Nurten Kaya ( Danışman ) İ.Ü.Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi



4.Doç.Dr.Hatice Kaya ( Tez İzleme Komite Üyesi ) İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



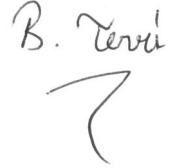
5.Doç.Dr.Perihan Ergin Ozcan İ.Ü.İstanbul Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



**BEYAN**

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

BANU TERZİ



## İTHAF

*“Yaşamının herhangi bir döneminde yoğun bakım ünitesine gereksinim duyan bireylere, Oğlum BERTUĞ KUZZEY’e ve Canım Annem’e ithaf ediyorum”*

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans ve doktora eğitimlerim boyunca çok değerli katkılarıyla rehberlik eden, mesleki bilgi ve deneyimlerini paylaştan, desteğini her zaman ailemden biri gibi hissettiğim, benim için çok özel bir yere sahip olan danışmanım *Sayın Doç. Dr. Nurten KAYA*'ya,

Anne şefkati ile beni sarıp sarmalayan, eşsiz bilgi ve deneyimleri ile rehberlik eden, desteğini hiçbir zaman esirgemeyen *Sayın Prof. Dr. Türkinaz ATABEK AŞTI*'ya, gerek kişiliği, gerekse akademik duruşu ile beni kendine hayran bırakan, değerli bilgi ve deneyimleri ile rehberlik eden *Sayın Doç. Dr. Rengin ACAROĞLU*'na, desteğini her zaman hissettiğim, mesleki bilgi ve deneyimleri ile rehberlik eden *Sayın Doç. Dr. Merdiye ŞENDİR*'e, sakin ve yardımsever tavırları ile ilgi ve desteğini esirgemeyen *Sayın Doç. Dr. Hatice KAYA*'ya,

Uzun yıllar reanimasyon ünitesinde birlikte çalışmaktan büyük bir keyif aldığım, mesleki bilgi ve becerileri ile rehberlik eden, yardımları ile her zaman yanımda olan İstanbul Üniversitesi Anesteziyoloji Anabilim Dalı öğretim üyesi *Sayın Doç. Dr. Perihan ERGİN ÖZCAN*'a, çalışmam sırasında bana destek olan ve yardımlarını esirgemeyen başta yoğun bakım hemşiresi *Hasret IŞIK* olmak üzere yoğun bakım ünitesinde ve cerrahi servislerde çalışan çok değerli *hemşire ve hekim arkadaşlarıma*,

Benim bugünlere gelmemde çok büyük emekleri olan ve dualarını her zaman üzerimde hissettiğim *anneme, babama, dedeme ve anneanneme*, çalışmam boyunca beni destekleyip yüreklendiren ve hep yanımda olan *eşime*, minicik kalbi ile bana umut veren yaşamımdaki sonsuz mutluluk kaynağım *oğluma* teşekkürlerimi sunarım.

## İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR .....	V
İÇİNDEKİLER .....	Vİ
TABLolar LİSTESİ.....	İX
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	X
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ .....	Xİ
ÖZET .....	Xİİ
ABSTRACT .....	Xİİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	5
2.1. YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ.....	5
2.1.1. Tanımı ve Tarihçesi.....	5
2.1.2. Yoğun Bakım Gerektiren Durumlar .....	7
2.1.3. Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Kabulü .....	7
2.1.3.1. Yoğun Bakım Ünitesinde Kabul Protokolü .....	11
2.1.4. Yoğun Bakım Ünitesindeki Bireyde Fizyolojik Durum .....	17
2.1.4.1. Yoğun Bakım Ünitesindeki Bireyde İzlenmesi Gereken Fizyolojik Parametreler ve Ölçümü .....	18
2.1.4.2. Yoğun Bakım Ünitesindeki Bireyde Fizyolojik Parametreleri Etkileyen Faktörler.....	23
2.2. KONFOR.....	26
2.2.1. Konfor Kavramı ve Kuramı.....	26
2.2.2. Yoğun Bakım Ünitesinde Konfor Düzeyini Etkileyen Faktörler.....	36
2.2.2.1. Fiziksel Faktörler.....	37
2.2.2.2. Psikospiritüel Faktörler .....	39
2.2.2.3. Çevresel Faktörler.....	39
2.2.2.4. Sosyokültürel Faktörler .....	41
2.3.ROPER, LOGAN VE TIERNEY'İN HEMŞİRELİK MODELİ REHBERLİĞİNDE YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNE KABUL EDİLEN BİREYİN BAKIMI .....	41
2.3.1. Yaşam Süresi .....	42
2.3.2. Yaşam Aktiviteleri .....	45
2.3.3. Yaşam Aktivitelerini Etkileyen Faktörler .....	55

2.3.4. Bağımlılık/Bağımsızlık Dizgesi.....	58
2.3.5. Bireye Özgü Hemşirelik Bakımı.....	59
2.3.5.1.Hemşirelik Tanılaması.....	59
2.3.5.2.Hemşirelik Tanısı, Hemşirelik Bakımının Sonuçları ve Hemşirelik Girişimleri .....	62
2.3.5.3.Uygulama.....	86
2.3.5.4.Değerlendirme.....	86
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	87
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ.....	87
3.2. ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİ.....	87
3.3. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ.....	87
3.4. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN.....	87
3.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	87
3.6. VERİLERİN TOPLANMASI.....	89
4. BULGULAR.....	109
4.1. DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ HASTA BİREYLERİN BİREYSEL VE SERVİSE KABULÜ SIRASINDAKİ ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	109
4.2. DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ HASTA BİREYLERİN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNE KABULDEKİ, 24. SAATTEKİ VE TABURCULUKTAKİ ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	116
4.3. DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ HASTA BİREYLERİN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDEN TRANSFER EDİLDİKTEN 24 SAAT SONRAKİ ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	129
5. TARTIŞMA.....	135
5.1. DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ HASTA BİREYLERİN BİREYSEL VE SERVİSE KABULÜ SIRASINDAKİ ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	136
5.2. DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ HASTA BİREYLERİN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNE KABULDEKİ, 24. SAATTEKİ VE TABURCULUKTAKİ ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	140
5.3. DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ HASTA BİREYLERİN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDEN TRANSFER EDİLDİKTEN 24 SAAT SONRAKİ ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	161
KAYNAKLAR.....	174
FORMLAR.....	1922
EK I.....	193
EK II.....	194
EK III.....	195

EK IV .....	199
EK V .....	200
EK VI.....	201
EK VII.....	203
EK VIII .....	204
EK IX.....	2066
EK X.....	2077
EK XI.....	2088
EK XII.....	2099
EK XIII .....	20910
ETİK KURUL KARARI.....	2111
ÖZGEÇMİŞ .....	2155



## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo 3-1:</b>	GKÖ'nün Cronbach's Alfa Analizi Sonuçları (n=100).....	94
<b>Tablo 3-2:</b>	Verilerin toplanmasında uygulanan araçlar.....	101
<b>Tablo 4-1-1:</b>	Deney ve kontrol grubundaki hastaların bireysel özelliklerinin dağılımı.....	110
<b>Tablo 4-1-2:</b>	Deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin hastalık ve YBÜ deneyimi ile ilgili özelliklerinin dağılımı.....	112
<b>Tablo 4-1-3:</b>	Deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin servisteki fizyolojik parametrelerinin ve ağrı puanlarının dağılımı.....	113
<b>Tablo 4-1-4:</b>	Deney ve kontrol grubundaki bireylerin servisteki Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (BGYAI) puanlarının dağılımı.....	114
<b>Tablo 4-1-5:</b>	Deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin servisteki Genel Konfor Ölçeği (GKÖ) puanlarının dağılımı.....	115
<b>Tablo 4-2-1:</b>	Deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin YBÜ'ye kabuldeki fizyolojik parametrelerinin, ağrı ve Riker Sedasyon-Ajitasyon Skalası (SAS) puanlarının dağılımı.....	117
<b>Tablo 4-2-2:</b>	Deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerde YBÜ'ye kabulde var olan girişimsel işlemlerin dağılımının karşılaştırılması.....	119
<b>Tablo 4-2-3:</b>	Deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin YBÜ'de 24.saatteki fizyolojik parametrelerinin, ağrı ve APACHE II puanlarının dağılımı.....	121
<b>Tablo 4-2-4:</b>	Deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin konfor düzeylerini etkileyebilecek durumların dağılımı.....	123
<b>Tablo 4-2-5:</b>	Deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin konfor düzeylerini etkileyebilecek durumların ordinal veri olarak dağılımı.....	126
<b>Tablo 4-2-6:</b>	Deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin YBÜ'den transfer sırasındaki fizyolojik parametrelerinin, ağrı puanlarının dağılımı.....	127
<b>Tablo 4-3-1:</b>	Deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin YBÜ'den transfer edildikten 24 saat sonraki fizyolojik parametrelerinin ve ağrı puanlarının dağılımı.....	129
<b>Tablo 4-3-2:</b>	Deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin YBÜ'den transfer edildikten 24 saat sonraki Genel Konfor Ölçeği (GKÖ) puanları.....	130
<b>Tablo 4-3-3:</b>	Deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin servisteki Genel Konfor Ölçeği (GKÖ) puanları ile YBÜ'den transfer edildikten 24 saat sonraki Genel Konfor Ölçeği (GKÖ) puanlarının karşılaştırılması.....	132

## ŞEKİLLER LİSTESİ

<b>Şekil 2-1:</b> Konfor Kuramının taksonomik yapısı.....	33
<b>Şekil 3-1:</b> Araştırma Deseni.....	100

## SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>ALS</b>	: Amiyotrofik Lateral Sklerozis
<b>ARDS</b>	: Acut Respiratory Distress Syndrome (Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu)
<b>Ca</b>	: Kalsiyum
<b>CO</b>	: Kardiyak Debi
<b>CVP</b>	: Santral Venöz Basınç
<b>dB(A)</b>	: Sesin insan kulağı tarafından algılanan değeri
<b>Db</b>	: Desibel; sesin ölçülen değeri
<b>DKB</b>	: Diyastolik Kan Basıncı
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>EEG</b>	: Elektroensefalografi
<b>EKG</b>	: Elektrokardiyografi
<b>GIS</b>	: Gastrointestinal Sistem
<b>IM</b>	: İntramusküler
<b>IV</b>	: İntravenöz
<b>K</b>	: Potasyum
<b>KOAH</b>	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
<b>MI</b>	: Myokard İnfarktüsü
<b>MV</b>	: Mekanik Ventilasyon
<b>NANDA</b>	: North American Nursing Diagnosis Association (Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanısı Birliği)
<b>NIC</b>	: Nursing Interventions Classification-Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması
<b>Nm</b>	: Nanometre
<b>PaO<sub>2</sub></b>	: Arteriyal Oksijen Basıncı
<b>ROM- EAH</b>	: Range Of Motion-Eklem Açıklığı Hareketleri
<b>RTKÖ</b>	: Radyoterapi Konfor Ölçeği
<b>SCCM/IDSA</b>	: Amerika Yoğun Bakım ve İnfeksiyon Hastalıkları Dernekleri
<b>SGK</b>	: Sosyal Güvenlik Kurumu
<b>SKB</b>	: Sistolik Kan Basıncı
<b>SpO<sub>2</sub></b>	: Periferik Oksijen Saturasyonu
<b>SPSS</b>	: Statistical Package for the Social Sciences
<b>SVO</b>	: Serebrovasküler Olay
<b>SVR</b>	: Sistemik Vasküler Rezistans
<b>TV</b>	: Televizyon
<b>VIP</b>	: Ventilatörle İlişkili Pnömoni
<b>YA</b>	: Yaşam Aktivitesi
<b>YBÜ</b>	: Yoğun Bakım Ünitesi

## ÖZET

Terzi, B. (2014). Yoğun Bakım Ünitesinde Planlı Kabul Protokolü Uygulamasının Hastanın Konfor Düzeyi ve Fizyolojik Parametrelerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları AB. Doktora Tezi. İstanbul.

Araştırma, yoğun bakım ünitesine (YBÜ) planlı kabul öncesi uygulanacak hasta kabul protokolünün, hastanın konfor düzeyi ve fizyolojik parametrelerine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü deneysel bir araştırma olarak gerçekleştirildi.

Örnekleme, bir üniversite hastanesinin YBÜ'ye yatışı planlı olan ve randomize yöntemle belirlenen 100 hasta bireyden (50 deney, 50 kontrol) oluştu. Verilerin toplanmasında; Hasta Bilgi Formu, Hasta Değerlendirme Formu, Ağrı Ölçekleri, Akut Fizyoloji ve Kronik Sağlık Değerlendirmesi Formu (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation- APACHEII), Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (BGYAI), Riker Sedasyon-Ajitasyon Skalası (SAS) ve Genel Konfor Ölçeği (GKÖ) kullanıldı. Veriler, hasta bireylerden (planlı kabul protokolü ile YBÜ'ye kabul edilen deney grubu ve kurum rutinine göre YBÜ'ye kabul edilen kontrol grubu) YBÜ'ye kabul öncesinde, üniteye kabul sırasında, üniteye 24. saatte, üniteden transfer sırasında ve üniteden transfer edildikten 24 saat sonra toplandı.

Bireylerin yaş ortalamasının  $52,48 \pm 13,73$  yıl, %61'inin kadın olduğu saptandı. Planlı kabul protokolü ve kurumun rutin kabul işlemleri uygulanmadan önce, bireysel özellikler, konfor düzeyini etkileyebilecek durumlar ve fizyolojik parametreler açısından deney ve kontrol grubunu oluşturan bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p > 0,05$ ). YBÜ'ye kabul anı ve sonrası; deney ve kontrol grubu arasında fizyolojik parametreler yönünden anlamlı fark bulunmazken ( $p > 0,05$ ) deney grubunun genel konfor düzeyinin, kontrol grubundan istatistiksel olarak daha yüksek olduğu belirlendi ( $p < 0,01$ ). Elde edilen veriler, YBÜ'de planlı kabul protokolü uygulamasının hasta bireylerin fizyolojik parametreleri üzerinde etkisi olmadığını ancak konfor düzeyini yükselttiğini gösterdi.

Anahtar Kelimeler: Konfor, fizyolojik parametreler, yoğun bakım ünitesi, kabul protokolü, hemşirelik bakımı

## ABSTRACT

Terzi, B. (2014). Impact of Planned Acceptance Protocol Implementation in ICU to Patient's Comfort Level and Physiological Parameters. İstanbul University, Institute of Health Science, Fundamentals of Nursing Division. PhD Thesis. İstanbul.

Search has been implemented as a randomised controlled experimental search in order to determine effect of patient acceptance protocol before planned acceptance into ICU to patient's comfort level and physiological parameters.

Random sample has been constituted 100 patients (50 experiment, 50 control) who detected with randomised method and who were admitted to ICU deliberately. Patient information form, patient evaluation form, pain scales, Acute Physiology and Chronic Health Evaluation Form (APACHEII), Barthel Daily Life Activities Index (BDAI), Riker Sedation-Agitation Scale (SAS) and General Comfort Questionary (GCQ) have been used for collect datas. Datas have been collected before acceptance to ICU, at the time of acceptance to unit, after 24 hours in unit and at the time transferring from unit from patients (experiment group who have been accepted deliberately to ICU due to establishment's routine).

Patients average age has been detected as  $52,48 \pm 13,73$  years and %61 of patient has been detected as women. Before implementing routine acceptance procedure and planned protocol, stastically meaningful differentiation between persons composing experiment individually features and circumstances that can effect comfort level and physiological parameters ( $p > 0,05$ ). However meaningful diferentiation has not been founded between experiment and control group in terms of physiological parameters at the time acceptance to ICU and after ( $p > 0,05$ ), general comfort level's of experiment group has been determined higher than control group statistically ( $p < 0,01$ ).

Obtained datas have showed that planned acceptance protocol dosen't have an effect to pyhsiological parameters of patients. Though that planned acceptance protocol has increased comfort level due to obtained datas.

Key Words: Comfort, physiological parameters, intensive care unit, acceptance protocol, nursing care

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Biyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel ve politiko-ekonomik boyutları ile insan, hücre-doku-organ sistemlerinden meydana gelmiş bir organizmadır. Bu organizmanın, bütünlüğünü ve canlılığını koruyarak yaşamını sürdürebilmesi için temel gereksinimlerinin insan onuruna yakışır biçimde karşılanması gerekmektedir. Birey, sağlık durumunda sapmalar olduğunda temel gereksinimlerini karşılamada yetersiz kalabilmektedir. Öte yandan sağlıklı/hasta bireye esenlik, sağlık, rahatsızlık, hastalık durumlarında hizmet veren hemşirelik; "bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, uygulanması, değerlendirilmesinden, bu kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplindir" şeklinde tanımlanmaktadır (Kaya 2002).

Bu tanımdan da anlaşıldığı gibi hemşireliğin amacı; sağlıklı/hasta bireyin gereksinimlerinin karşılanması için ona bakım vermek ve en kısa sürede bireyin bağımsız hale gelmesine yardımcı olmaktır (Terzi ve Kaya 2011a). Hemşireliğin yardım etme amaçları arasında yer alan ve rahatlatma işlevi üzerine temellendirilen konfor kavramı, hem hemşirelik bilimi hem de hemşirelik sanatı ile bağdaştırılmaktadır (Karabacak ve Acaroğlu 2011; Kuşuoğlu ve Karabacak 2008).

Konfor fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyokültürel olmak üzere dört boyuttan; ferahlama, rahatlama ve üstünlük olmak üzere üç düzeyden oluşmaktadır. Konfor kavramı; ferahlık, rahatlık, huzura kavuşma ve sorunların üstesinden gelebilmek için bütüncül bir yaklaşımla temel insan gereksinimlerini karşılamanın o andaki deneyimi olarak açıklanmaktadır (Kolcaba ve Steiner 2000). Bir başka deyişle konfor; "hemşirelik işlevi ya da hemşirelik bakımının sonucu", "temel bir insan gereksinimi", "bir süreç" olarak tanımlanmaktadır (Malinowski ve Stamler 2002).

Konforsuzluğa neden olan faktörleri belirleyerek, bu faktörlerin ortadan kaldırılması ya da azaltılması hemşirelik bakımı girişimlerinin temelini oluşturmaktadır. Hasta bireyin konforunun sağlanmasının son derece önemli olduğu alanlardan biri de yoğun bakım üniteleridir. Yoğun bakım üniteleri (YBÜ), yaşamı tehdit altında olan bireylere, olabilecek en üst düzeyde yarar sağlamak amacıyla kullanılan çok sayıda yaşam kurtarıcı teknolojik araç gereçlerin bulunduğu, disiplinlerarası ekip yaklaşımının

zorunlu olduğu bakım merkezleri olarak tanımlanmaktadır (Eisendrath ve Chamberlain 2004). Ayrıca YBÜ'ler, hastanedeki normal servislerden farklı olarak en fazla girişimsel, özel ve sürekli işlemlerin uygulandığı, morbidite ve mortalite oranlarının yüksek olduğu ünitelerdir ve hoş olmayan kokular, sürekli gürültü ve ışık, odanın çok sıcak/soğuk olması, mahremiyet eksikliği gibi olumsuz çevre koşullarına sahip birimler olarak görölmektedir (Dedeli ve Akyol 2005; Misak 2004; Özkan ve Şahinoğlu 2009).

Gerek yoğun bakım ortamı ve kullanılan teknolojik araç-gereçler gerekse üniteye uygulanan bakım ve tedavi yöntemleri, hasta bireylerin fiziksel ve psikolojik pek çok deneyim yaşamasına neden olmakta, bu durum konfor düzeyini olumsuz şekilde etkileyebilmektedir (Terzi ve Kaya 2011b). Örneğin; YBÜ'de medikal/cerrahi nedenlerle kabul edilen hasta bireylere endotrakeal/trakeostomi tüpü ile mekanik ventilasyon, trakeal aspirasyon, gastrik tüpler, intravenöz/santral venöz kateterler, pozisyon, dren ya da kateterlerin çekilmesi, yara bakımı vb. birçok işlem uygulanmaktadır. Bu işlemler sırasında hasta bireylerin konforunu bozacak derecede ciddi ağrı hissettikleri belirtilmektedir (Herr ve ark. 2006; Ma ve ark. 2010). Ayrıca YBÜ'de homeodinamik parametrelerin düzenli olarak izlendiği monitör, mekanik ventilatör gibi cihazların alarmları, üniteye çalışanların aşırı gürültüsü, aşırı ışıklandırma gibi faktörler de hasta bireylerin korku ve anksiyete yaşamasına neden olmaktadır (Ma ve ark. 2010; Samuelson 2011). Ma ve ark.'nın (2010) yaptığı çalışmaya göre; YBÜ'de hasta bireylerin %63,1'inin endotrakeal tüp ile ilişkili, %59,5'inin alarmlar ve korkutucu sesler ile ilişkili, %69,3'ünün ise aspirasyon ve pozisyon gibi rutin olarak uygulanan bakım işlemleri ile ilişkili olarak konforsuzluk yaşadıkları belirtilmektedir.

Yoğun bakım ünitesinde trakeal aspirasyon, yara bakımı, pozisyon, mekanik ventilasyon gibi uygulanan girişimler ile tedavi/izlem amacı ile takılan gastrik tüp, endotrakeal tüp, intravenöz kateterler vb. araç-gerecin varlığı hasta bireylerde uyarılara neden olabilmektedir. Bu uyarılar kalp hızında ve solunum sayısında artış, kan basıncında yükselme, vücut sıcaklığında yükselme vb. etkiler yaparak hasta bireylerin fizyolojik parametrelerini olumsuz şekilde etkileyebilmektedir (Tate ve ark. 2011). Eğer hasta konforunu olumsuz şekilde etkileyen bu fizyolojik değişiklikler kontrol altına alınamaz ve bu değişikliklere neden olan faktörler giderilmezse hasta bireylerde

anksiyete, ajitasyon, deliryum, akciğer kapasitesinde azalma ve hatta ölümün bile gelişebileceği belirtilmektedir (Ashkenazy ve Ganz 2011; Ma ve ark. 2010).

Hasta bireyler YBÜ'ye çeşitli sağlık sorunları nedeni ile planlı ya da plansız şekilde kabul edilmektedir. Yoğun bakım ünitesine yatışı planlı olan hastalar; cerrahi girişim geçirecek olan ve var olan kronik ek bir hastalık nedeni ile cerrahi girişim sonrası YBÜ'de takip edilmesi gereken hasta grubunu oluşturmaktadır. Yoğun bakım ünitesine yatışı plansız olan hastalar ise; solunum ya da kalp durması, travmalar, kanamalar gibi acil ve hemen müdahale edilmesi gereken, yaşamı tehdit eden durumları olan hasta grubunu oluşturmaktadır (Özkan ve Şahinoğlu 2009).

Yoğun bakım ünitelerinde, kimi hasta bireyler gözlem, ameliyat sonrası yoğun ve yakın izlem gibi amaçlarla kısa süreli olarak yatarken; kimileri de solunum, karaciğer ve böbrek yetmezliği ile birlikte görülen çoklu organ yetmezliği, kafa travmaları, infeksiyon ve sepsis, kanamalar, nörolojik hastalıklar vb. nedenlerle günler hatta haftalarca kalabilmektedir (Shelton 2010). Özkan ve Şahinoğlu'nun (2009) yaptıkları çalışmada, hastaların %42,4'ünün 1-3 gün arasında, %14,2'sinin ise 14 gün veya daha fazla süreyle yoğun bakım ünitesinde kaldığı belirtilmektedir. Öte yandan Terzi ve Kaya'nın (2011a) yaptıkları çalışmada, araştırma kapsamına alınan hasta bireylerin %70'inin YBÜ'ye planlı kabul edildiği belirtilmektedir.

Hasta bireyin hastaneye yattığı ilk günden itibaren kliniğe, bakım ve tedavi girişimlerine uyumunun sağlanması, endişelerinin azaltılması için yapılan tüm işlemler "hasta kabul süreci" olarak tanımlanmaktadır (Coşkun ve Akbayrak 2001). Hasta kabul süreci, YBÜ'ler gibi özellikli birimlere planlı ya da plansız şekilde kabul edilen hasta bireylerin konfor düzeylerini etkileyebilir. Yoğun bakım ünitesine bakım ve tedavi için kabul edilen tüm hasta bireyler, üniteye kendilerine ne tür girişimler yapılacağını bilememe, sevdiklerinden uzakta kalma vb. nedenler ile önceden var olup üniteye kabulle birlikte yoğunlaşan korkuya ve anksiyete sahip olabilir (Akıncı ve ark. 2007). Bu korku ve anksiyete hasta bireylerin fizyolojik parametrelerine ve konfor düzeylerine etki edebilir. Sonuç olarak; YBÜ'de bireylerin konfor düzeyinde ve fizyolojik parametrelerinde değer verdiği kişilerden uzak ve bilinmeyenler ile dolu bir ortamda bulunuyor olmanın etkisinin olduğu varsayılmaktadır. Dolayısı ile bu ünitelere hasta kabulünün organize şekilde yapılması gerekmektedir. Bu amaçla her kurumun "Yoğun



Bakım Ünitesine Hasta Kabul Protokolü"nü hazırlayarak, bu protokolü titiz uygulaması, hasta bireylerin konforunu sağlama ve sürdürme adına hayati önem taşımaktadır.

Yoğun bakım ünitesine kabulü planlı olan hasta bireylere; üniteye uygulanacak bakım ve tedavi girişimleri, bu girişimler sırasında kullanılacak araç-gereçler, üniteye çalışan sağlık bakımı ekibi ve üyeleri, ünitenin fiziksel özellikleri, üniteye kalış süresi, üniteye ziyaret saatleri vb. konularda bilgilendirme yapılmalı ve buna yönelik bir kitapçık hazırlanarak verilmelidir. Yoğun bakım ünitesine planlı olmayan kabullerde ise; hasta bireylerin üniteye oryantasyonun sağlanması, zamanında ve net bilgiler verilmesi, yalnız olmadığının hissettirilmesi, bakım ve tedavi girişimlerinden önce açıklama yapılarak güvenlerinin kazanılması vb. girişimler ile hasta bireylerin korku ve endişeleri giderilebilir (Akıncı ve ark. 2007). Bu nedenlerle YBÜ'ye planlı ve plansız kabul edilen tüm hasta bireylere yönelik kabul protokolünün hazırlanması ve uygulanması yararlı olacaktır.

Yoğun bakım ünitesine kabul öncesi hasta bireylere ünite hakkında yapılacak bilgilendirmenin; hastanın konforunu yükselterek YBÜ'de yatış sırasında konforu olumsuz şekilde etkileyebilecek faktörlerin azaltılmasına yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanmasında, hasta bireylerin iyileşme süreçlerinin hızlandırılmasında rehberlik edeceği düşünülmektedir. Bu noktadan hareketle çalışma; yoğun bakım ünitesine planlı kabul öncesi uygulanacak hasta kabul protokolünün hastanın konfor düzeyine ve üniteye yatış sırasındaki fizyolojik parametrelerine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü deneysel bir araştırma olarak gerçekleştirildi.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ

#### 2.1.1. Tanımı ve Tarihçesi

Yoğun bakım, hasta bireyin kısmen ya da tamamen işlevlerini yitirmiş olan organların geçici olarak desteklenerek sürdürülmesi ve hastalık etkenlerini ortadan kaldırmak için kullanılan bakım ve tedavi yöntemlerinin tamamı olarak tanımlanmaktadır (Terzi ve Kaya 2011a).

Yoğun bakım üniteleri ise; yaşamı tehdit eden bir ya da birden fazla organ yetmezliği, akut bir hastalığın komplikasyonlarının, travma ya da planlı tedavi programı gibi durumlarda vücudun aksamış olan işlevlerinin esas neden ortadan kalkıncaya kadar desteklenmesini ve yakından izlenmesini, hasta bireyin hayatta kalmasının sağlanmasına yönelik bakım ve tedavi hizmetlerinin hızlı bir şekilde gerçekleştirilmesini kapsayan, her türlü gelişmiş teknolojik cihaz ve araçların kullanıldığı, tıbbın birçok dalını ilgilendiren disiplinlerarası ekip yaklaşımını gerektiren, bilgi ve yetenekleri buna uygun sağlık bakım ekibi üyelerinin bulunduğu özel birimler olarak tanımlanmaktadır (Arslan 2006; Leary ve Ridley 2004; Terzi 2009; Uysal ve ark. 2010).

Yoğun bakım kavramının, her türlü koşulda insan yaşamını tehdit eden durumları tüm olanakları kullanarak ortadan kaldırmayı sürdürebilme çabaları ile oluştuğu belirtilmektedir. Çelikel (2001), Akpir (2002) ve Enç'in (2005) belirttiği gibi modern anlamda yoğun bakım kavramının, 1852 yılında Kırım Savaşı sırasında Florence Nightingale'in yoğun bakım gerektiren hasta bireyleri özel hemşirelik bakımı uygulayabilmek için tek bir yere toplaması ile oluştuğu bildirilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'ndeki yoğun bakım ünitelerinin başlangıcını ise ameliyat sonrası derlenme odaları oluşturmuştur. 1923 yılında John Hopkins Hastanesi'nde beyin cerrahisi hastalarının ameliyat sonrası bakımı için üç yataklı bir ünite kurulmuştur. İkinci Dünya Savaşı, Kore ve Vietnam Savaşlarının yoğun bakım gerektiren hasta bireylerin resüsitasyonu ve triyajı konusunda önemli gelişmelere neden olduğu, bu dönemde anestezi ve ameliyat sonrası bakımın gündeme geldiği bilinmektedir (Cömert 2006; Moral 2003). Yine bu dönemde şokun kan ürünleri ve intravenöz sıvılar ile tedavisi başlamış, hasta bireyler özel donanımı olan merkezlere yönlendirilmiştir.

Florence Nightingale'den 100 yıl sonra, 1952'de Kopenhag'da başlayan polio salgını ile bir anesteziyolog olan Bjorn Ibsen'in, daha önce sadece ameliyathanede uygulanan dikkatli hava yolu bakımı ve pozitif basınçlı ventilasyonun solunum paralizisi ile gelen hasta bireylerin mortalitesini önemli ölçüde azalttığını bulduğu belirtilmektedir. Basit solunum cihazları veya el cihazları ile solunumun desteklenmesi sayesinde, solunum fonksiyonlarını yitirmiş bazı hasta bireylerin yaşamı devam ettirilebilmiştir. Çelikel'in (2001) belirttiği gibi 1940'larda W. Kolff heparin ve selofan membran kullanarak ilk başarılı hemodiyaliz makinesini devreye sokmuştur. 1956'da Paul Zoll kalbi yeniden çalıştıracak ilk defibrilatörü geliştirmiştir. Modern kalp-akciğer canlandırma yöntemlerinin temelini de atan Peter J. Safar tarafından 1958 yılında Baltimore Şehir Hastanesi'nde ilk YBÜ kurulmuştur (Cömert 2006). Eksternal kardiyopulmoner resusitasyonun doğuşu ise 1960'larda olmuştur. 1960 ve 1970'lerdeki uzay araştırmalarından öğrenilenler yoğun bakım monitörizasyonuna aktarılmıştır. Organ destek tedavi yöntemlerinin gelişmesi, kardiyopulmoner monitörizasyon ve tedavisindeki bu teknolojik yeniliklerin sonucunda, 1960'lı yıllarda koroner bakım üniteleri kurulmuş ve bu ünitelerde özel eğitilmiş hemşire ve hekimler çalıştırılmış, bu ünitelere özgü protokoller geliştirilmiştir (Akpir 2002; Çelikel 2001; Arslan 2006).

Ülkemizde ise; yoğun bakım çalışmaları Avrupa ile aynı zamanda başlamıştır. Fransa'da 1950'li yıllarda var olan Pasteur Enstitüsü örneği ilk reanimasyon servisi 1959 yılında Dr. Cemalettin Öner tarafından Haydarpaşa Numune Hastanesi'nde kurulmuştur. Daha sonra 1970 yılında Prof Dr. Cemalettin Öner İstanbul Tıp Fakültesi'nde fakültenin ilk reanimasyon servisini kurmuştur. Aynı tarihlerde Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde de Prof. Dr. Sadi Sun tarafından kurulan reanimasyon servisi Türkiye'deki ilk YBÜ'lerini oluşturmaktadır (Akpir 2002).

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

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

### 2.1.2. Yoğun Bakım Gerektiren Durumlar

Hasta bireyler YBÜ'ne çeşitli sağlık sorunları nedeniyle yatmaktadır. Beğer'in (2004) yaptığı sınıflandırmada, bireylerin %30'unun medikal, %21'inin cerrahi, %3,1'inin zehirlenme, %9,5'inin renal aciller, %0,9'unun renal transplantasyon sonrası ve %10,5'inin de diğer nedenlerle YBÜ'ne kabul edildiği belirtilmektedir. Yoğun bakım gerektiren durumlar arasında solunum yetersizliği, kardiyoasküler yetersizlik, akut/kronik böbrek yetersizliği, zehirlenmeler, travmalar, cerrahi operasyon sonrası gelişen komplikasyonlar, derin komalar, sıvı-elektrolit ve asit-baz dengesizlikleri, gastrointestinal kanamalar, myastenia gravis ve gullian barrie gibi sinir sistemi hastalıkları, eklampsi vb. sayılmaktadır (Beğer 2004).

Özay ve ark.'nın (2012) YBÜ'ne kabul edilen hasta bireylerin üniteye kabul nedenlerini geriye dönük olarak yıllara göre inceledikleri çalışmada, ameliyat sonrası bakım amaçlı kabullerin her üç yılda da birinci sırada yer aldığı belirtilmektedir. Öte yandan YBÜ'ye yatış nedenlerine eşlik eden hastalıklar arasında %48,74'lik oranıyla hipertansiyon ve diğer kardiyak hastalıkların en sık görüldüğü, ikinci sırada ise endokrin hastalıkların (diabetes mellitus, %18,53) yer aldığı ifade edilmektedir (Özay ve ark. 2012).

Ayrıca YBÜ'ye en sık kabul nedenleri arasında; pnömoni, şok, beyin hasarı, myokard infarktüsü (MI), KOAH alevlenmesi, aspirasyon pnömonisi, erişkin solunum sıkıntısı sendromu (ARDS), intoksikasyonlar, gastrointestinal sistem (GIS) kanamaları, akut böbrek yetmezliği, sepsis, metabolik ensefalitler gösterilmektedir. Öte yandan YBÜ'nde bazen ağır bir hastalık, zehirlenme, travma gibi hastalığı oluşturan temel nedenler geçici olarak ikinci plana bırakılmakta, tüm bakım ve tedavi önceliği solunum, dolaşım, vücut sıcaklığının korunması, metabolizmanın düzenlenmesi gibi yaşam için temel işlevlere yöneltilmektedir (Hatipoğlu 2002; Terzi 2009).

### 2.1.3. Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Kabulü

Yoğun bakım gereksinimi olan hasta bireyler; normal hastane bakım ve tedavisinin yeterli olmadığı, fizyolojik dengesi bozulmuş, organ sistem işlevlerinin kısmen ya da tamamen yitirildiği, ağır bir hastalık, zehirlenme, travma ya da cerrahi bir girişim gibi nedenlerden dolayı ölme ihtimali yüksek, yakından izlenmesi gereken, organ ve sistemlere yönelik destek tedavisi gerektiren bireylerdir. Bu bireylerin hastalığı oluşturan temel sebeplerinden önce yaşam işlevlerinin korunması ve yeniden

sağlanması, YBÜ’de bakım ve tedavinin öncelikli amacını oluşturmaktadır. Hasta bireylerin YBÜ’ye kabulünde çeşitli hastalık faktörlerinin yanı sıra; yaş, sosyo-kültürel-ekonomik durum vb. bireysel özellikler de etkili olmaktadır.

Günümüzde YBÜ bulunan her kurum, üniteye hasta kabulü ile ilgili kendi kriterlerini belirlemektedir. Hastalığın prognozu ve şiddeti, yaş, eşlik eden durumlar, hasta bireyin homeodinamik durumu, tedaviye yanıtı ve süresi, bakım ve tedavi gereksinimlerinin yanında kaynaklar, personel sayısı, yatak kapasitesi, ailenin baskısı ve alternatif bakım olanaklarının varlığı, hayat kalitesi ile ilgili beklentiler, etik konular ve sosyal endikasyon, vb. durumlar bu kriterlerde etkili olmaktadır (Özay ve ark. 2012). Yoğun bakım sorumlusu tarafından hangi hasta bireyin hangi öncelikle üniteye kabul edileceği belirlenir.

Yoğun bakım ünitelerine hasta kabulünde; “**öncelik modeli, tanısal model ve objektif parametre modeli**” olmak üzere üç farklı modelden biri ya da aynı anda birkaçı kullanılabilir (Türedi 2011):

**Öncelik modeline** göre; YBÜ’ye kabul edilecek hasta bireyler dört gruba ayrılmaktadır:

*1. Derecede Öncelikli:* Genel durumları ileri derecede bozulmuş, ağır, stabil durumda olmayan, altta yatan ciddi kronik ya da ölümcül hastalığı olmayan, organ destek tedavileri gerektiren, YBÜ’ler dışında verilemeyecek ileri düzeyde monitörizasyon ve tedavi gereksinimi olan hasta bireylerdir. Bu bireylerin genellikle vazoaktif ilaç infüzyonları, mekanik ventilatör desteği gibi tedavilere gereksinimleri vardır. Sepsis, şok, travma, elektif cerrahi girişim sonrası ameliyat sonrası hasta bireyler, girişimsel monitorizasyon ve/veya vazoaktif ajan alan homeodinamik açıdan labil hasta bireyler vb. durumlar örnek olarak verilebilir.

*2. Derecede Öncelikli:* Girişimsel monitörizasyon gerektiren ve acil müdahale olasılığı taşıyan hasta bireylerdir. Kalp yetmezliği olan hasta bireyde kardiyojenik şok gelişmesi örnek olarak verilebilir.

*3. Derecede Öncelikli:* Stabil durumda olmayıp daha önceki sağlık durumları, altta yatan hastalıkları veya akut hastalıklarının tek başına veya kombinasyonları nedeni ile iyileşme şansı ve yoğun bakım tedavisinden yararlanma şansı çok az olan hasta bireylerdir. Bu bireyler akut sorun için destek alabilirler, ancak bu bireylere entübasyon

ya da resüsitasyon yapmak tartışmalı bir konudur. Akciğer kanseri, infeksiyon, kardiyak tamponad, vb. örnek olarak verilebilir.

*4. Derecede Öncelikli:* Yoğun bakıma alınması uygun görülmeyen ancak özel nedenlerle yoğun bakım sorumlusunun insiyatifine göre kabul edilebilen, YBÜ dışında bakım ve tedavisi güçlükle yapılabilen hasta bireylerdir. Son dönem kanserler, ağır serebral hasarlar, geri dönüşsüz çoklu organ yetmezliği, bilinci yerinde olup yoğun bakım tedavisini/girişimsel monitorizasyonu kabul etmeyen hasta bireyler örnek olarak verilebilir (Türedi 2011).

**Tanısal modele** göre; özel durumlar veya hastalıklara göre YBÜ'ye kabul için uygunluk belirlenir. Bu model doğrultusunda sistemlere göre kabul edilen hastalıklar aşağıda sıralanmaktadır (Leary ve Ridley 2004; Türedi 2011):

*Kardiyovasküler Sistem:* Komplikasyonlu akut myokard infarktüsü, kardiyojenik şok, yakın monitorizasyon ve müdahale gerektiren kompleks aritmiler, solunum yetmezliği beraberinde akut konjestif kalp yetmezliği ve/veya homeodinamik destek gereksinimi, organ hasarı olmayan hipertansif aciller, anstabil angina, özellikle aritmiler, homeodinamik instabilite veya göğüs ağrısı ile birlikte olanları, homeodinamik instabilitenin olduğu kardiyak tamponad, aortik anevrizma diseksiyonu, tam kalp bloğu vb. hastalıklar sayılmaktadır.

*Solunum Sistemi:* Ventilatör desteği gereken akut solunum yetmezliği, homeodinamik instabiliteye yol açan pulmoner emboli, ara bakım ünitelerinde bulunan ve solunumu kötüleşen hasta bireyler, daha düşük bakım ünitelerinde sağlanamayacak hemşirelik bakımına ve solunum tedavisine gereksinimi olanlar, massif hemoptizi, entübasyon düzeyine yakın solunum yetmezliği vb. hastalık durumları sayılmaktadır.

*Nörolojik Sistem:* Değişmiş mental durumla birlikte akut inme, metabolik/toksik/anoksik koma, herniasyon riski olan kafa içi hemoraji, akut subaraknoid kanama, değişmiş bilinç durumu veya solunum yetmezliği ile birlikte olan menenjit, nörolojik veya pulmoner işlevleri bozan santral sinir sistemi veya nöromusküler hastalıkları, status epileptikus, organ donasyonu olan beyin ölümü veya potansiyel beyin ölümü vakaları, vazospazm, ağır kafa travmaları vb. sayılmaktadır.

*Gastrointestinal Sistem:* Yaşamı tehdit eden GİS kanama, hipotansiyon, angina, devam eden kanama veya komorbid durumlar, fulminan hepatik yetmezlik, ağır

pankreatit, mediastinit gelişmiş ya da gelişmemiş özofagus perforasyonu vb. sayılmaktadır.

*Endokrin Sistem:* Homeodinamik instabilite, bilinç değişikliği, solunum yetmezliği veya ciddi asidoz ile komplike diyabetik ketoasidoz, homeodinamik instabilite ile birlikte tiroid fırtınası veya miksödem koması, koma birlikteliğinde hiperosmolar durum ve/veya homeodinamik instabilite, homeodinamik instabilite yaratan adrenal kriz gibi diğer endokrin sorunlar, bilinç değişikliği yaratan, homeodinamik monitorizasyon gereksinimi olan ağır hiperkalsemi, bilinç değişikliği oluşturan, nöbete yol açan hipo/hipernatremi, homeodinamik bozukluk veya disritmi yaratan hipo/hipermagnezemi, disritmi veya kas güçsüzlüğü ile birlikte olan hipo/hiperkalemi, kas güçsüzlüğüne yol açan hipofosfatemi vb. sayılmaktadır.

Ayrıca ilaç aşırı dozları, zehirlenmeler, homeodinamik monitörizasyon/ventilatör desteği ya da kapsamlı hemşirelik bakımına gereksinimi olan ameliyat sonrası hasta bireyler YBÜ'ye kabul edilmektedir.

**Objektif parametreler modeline** göre; kalp tepe atımı, kan basıncı, solunum sayısı gibi yaşam bulgularında ya da potasyum, sodyum, kalsiyum, glukoz, pH, arteriyal oksijen basıncı ( $PaO_2$ ), gibi laboratuvar bulgularında anormal değerlerin olması YBÜ'ye kabul edilme kriterlerinden sayılmaktadır (Türedi 2011).

Yoğun bakım ünitesine kabul nedeni ne olursa olsun hasta bireylerin üniteye kabul şekli planlı (elektif) ve plansız (acil) olmak üzere iki şekilde olmaktadır. Planlı hasta kabulü daha önceden karar verilmiş cerrahi bir girişim sonrası YBÜ'de yakından izlemi ve monitörizasyonu gerektiren durumlarda yapılmaktadır. Plansız hasta kabulü ise solunum ya da kalp durması, zehirlenmeler, travmalar vb. durumlarda gerçekleştirilmektedir (Leary ve Ridley 2004; Terzi 2009).

Yoğun bakım ünitesine planlı ya da plansız kabul edilen hasta bireylerin hepsi en üst düzeyde bakım ve tedavi hizmetlerinden yararlanarak yakından izlenmesi gereken kritik hasta olarak kabul edilmektedir. Yoğun bakım ünitesine kabulü gerçekleşen hasta bireylerin bakım ve tedavisi, üniteye kabulün ilk anlarında başlamaktadır.

Yoğun bakım ünitesine bakım ve tedavi için kabul edilen tüm hasta bireyler, üniteye kendilerine ne tür girişimler yapılacağını bilememe, sevdiklerinden uzakta kalma vb. nedenler ile önceden var olup üniteye kabulle birlikte yoğunlaşan korkuya ve

anksiteye sahip olabilirler (Akıncı ve ark. 2007). Bu korku ve anksiyete hasta bireylerin fizyolojik parametrelerine ve konfor düzeylerine etki edebilir. Bu nedenle YBÜ'lere hasta kabulünün organize şekilde yapılması gerekmektedir. Bu amaçla her kurum kendi "Yoğun Bakım Ünitesine Kabul Protokolü"nü oluşturmalıdır.

### **2.1.3.1. Yoğun Bakım Ünitesinde Kabul Protokolü**

Yoğun bakım ünitesi, gerek fiziksel yapısı gerekse üniteye uygulanan bakım/ tedavi girişimleri, bu girişimleri uygularken kullanılan değişik teknolojik araçların varlığı, üniteye sağlık bakım hizmeti sunan çalışanlar, vb. faktörler nedeni ile üniteye kabul edilen hasta bireylerin korku, endişe ve anksiyete yaşadığı bir ortam olarak nitelendirilmektedir (Rattray ve ark. 2005; Terzi ve Kaya 2011a). Hatta YBÜ'de kalan hasta bireylerin üniteyi tanımlarken; "çok gürültülü", "tüm elektrikler açık", "insanlar her yerde", "hastalar bağılıyor", "uyumak çok korkutucu", "hareket edememek" ve "alarmlar çalıyor" gibi ifadeleri kullandıkları belirtilmektedir (Özer ve Akyil 2008).

Öte yandan YBÜ'nün kapalı ve bilinmeyen bir ortam olması; harekette sınırlılık/yatağa bağımlı olma; tıbbi ekipmanlara bağlanma; karmaşık araçların kullanımı; aspirasyon, pozisyon vb. ağırlı işlemlerin sıklıkla tekrarlanması; aşırı uyarıların (gürültü, sürekli yapay ışıklandırma) olması; günlük yaşam aktivitelerini karşılamada başkalarına bağımlı olma; aile bireylerini/sevdiklerini görmede sınırlama; uyku sorunları; üniteye yapılan bakım ve tedavi girişimleri hakkında bilgilendirme yapılmaması, vb. durumlar YBÜ'ye kabul edilen hasta bireylerin fizyolojik parametrelerini ve konfor düzeylerini olumsuz yönde etkileyerek üniteye kaldıkları sürece ve üniteden taburcu olduktan sonra da bazı fiziksel ve psikolojik sorunlar yaşamasına neden olabilmektedir (Özer ve Akyil 2008; Scott 2004).

Yoğun bakım ünitesine kabul edilen hasta bireylerin yabancı oldukları bu ortama ilişkin olarak yaşadıkları korku ve endişeleri karşısında sağlık bakım ekibinin tutumu, bireylerin YBÜ deneyimini önemli derecede etkilemektedir (Maestri ve ark. 2012). Yoğun bakım ortamı hasta birey için yabancı, korkutucu, endişe verici ve karmaşık bir ortamdır. Bununla birlikte YBÜ'de bulunmak hasta bireyi teknolojik araçlarla donatılmış özel bakıma ve duygusal desteğe gereksinim duyan bağımlı bir kişi konumuna getirmektedir. Hasta bireyin YBÜ'ye yatmaya ilişkin deneyimleri, fizyolojik ve duygusal yanıtları farklılık gösterebilir. İşte bu noktada üniteye sağlık bakım ekibinin yaklaşımı olumlu ya da olumsuz yönde etkili olabilir. Maestri ve ark.'nın



(2012) yaptığı niteliksel araştırmada; YBÜ’de bakım veren hemşirelerin bakım uygulamaları sırasında hasta bireylere kendilerini tanıtarak yapılacaklar hakkında bilgi vermeleri, onlara isimleri ile hitap etmeleri, gülyüzlü ve nazik olmaları nedeni ile hasta bireylerin kendilerini asla yalnız hissetmediklerini, yapılan bakım ve tedavi girişimlerinden dolayı endişe yaşamadıklarını ifade ettikleri belirtilmektedir. Öte yandan planlı cerrahi girişim sonrası YBÜ’ye kabul edilecek hasta bireylerden cerrahi girişim öncesi YBÜ hakkında bilgi verilenlerde; ameliyat sonrasında bulantı, kusma ve ateş vb. cerrahi komplikasyonların daha az görüldüğü, yine bu bireylerde ağrı kesici ilaçların daha az kullanıldığı ve hastanede yatış sürelerinin de kısaldığı belirtilmektedir (Berg ve ark. 2006; Blay ve Donoghue 2005; Scott 2004). Dolayısı ile hasta bireyin; YBÜ ortamına uyum sağlamasında, kendisine yapılan bakım/tedavi girişimlerini kabullenmesinde ve kendini bulunduğu ortamda konforlu hissetmesinde, üniteye kabul protokolü doğrultusunda yapılacak olan planlı işlemlerin yarar sağlayacağı söylenebilir.

Yoğun bakım ünitesine kabul süreci; hasta bireyin üniteye kabul edilmesi ile başlayan, bakım ve tedavinin başlaması ile son bulan işlemler dizisi olarak tanımlanabilmektedir (Coşkun ve Akbayrak 2001; Karagözoğlu ve ark. 2007; Maestri 2012). Bu süreçte amaç; YBÜ’ye kabul edilen hasta bireyin bilinmeyenlerle dolu ünite ve üniteye uygulanacak olan bakım/tedavi girişimleri ile ilgili korku ve endişesini azaltmak; bireyin üniteye ve bakım/tedaviye uyumunu sağlamak; hemşirelik bakımı, tıbbi tanı ve tedavi için yeterli veri toplamak; girişimler sırasında gelişebilecek komplikasyonları önlemek; konforunu sağlamak; taburculuğu planlamak ve hasta bireyin haklarını korumaktır (Coşkun ve Akbayrak 2001; Scott 2004).

Hasta bireyin YBÜ’ye ve içinde bulunduğu yeni duruma oryantasyonunu sağlamak hemşirenin sorumluluklarından biridir. Hemşire, hasta bireyi YBÜ’ye kabul ederken bireyin; bireysel özelliklerini ön planda tutarak ve korkularını/endişelerini anlayarak kabul sürecini gerçekleştirmelidir. Hasta bireyin YBÜ’ye kabul sürecinde hemşirenin kendini tanıtarak üniteye uygulanacak bakım ve tedavi girişimleri, ziyaret saatleri, ziyaret saatleri, üniteye kullanılan araçlar ve cihazlar konusunda açıklama yapmasının hasta bireylerde anksiyete ve ağrıyı azalttığı ve hatta YBÜ’de kalış süresinin de kısalmasını sağladığı belirtilmektedir (Berg ve ark. 2006; Coşkun ve Akbayrak 2001; Maestri ve ark. 2012; Shuldham ve ark. 2002).

Hasta bireyin YBÜ'ye kabulü planlı ise; YBÜ'nün fiziksel ortamı, ünitedeki sağlık bakım ekibi üyeleri, üniteye kendisine uygulanacak bakım/televi girişimleri ve bu girişimler sırasında kullanılacak teknolojik araçlar, üniteye kaldığı sürece günlük yaşam aktivitelerini nasıl gerçekleştireceği, ziyaret saatleri vb. konular hakkında bilgilendirilmesi bireyin YBÜ'de anksiyetesinin azalması konfor düzeyinin yükselmesi adına büyük önem taşımaktadır (Fleischer 2009; Scott 2004; Shuldham ve ark. 2002). Bunun için; YBÜ'ye ameliyat sonrası kabulü planlanan hasta bireylere ameliyat öncesi sözel olarak bilgilendirme ve YBÜ hakkında hazırlanan yazılı materyal "Yoğun Bakım Ünitesi Tanıtım Kitapçığı" ile bilgilendirme olmak üzere iki yol izlenebilmektedir (Scott 2004).

*Sözel bilgilendirme;* yaklaşık 20 yılı aşkın bir süredir planlı cerrahi girişimler öncesinden kurumlarda tanımlanan ziyaretçi hemşireler tarafından yapılmaktadır (Scott 2004). Bu yöntem ile; hasta bireylerin cerrahi girişim sonrası YBÜ'de anksiyete düzeylerinin önemli ölçüde azaldığı, daha az ağrı deneyimledikleri, ameliyat sonrası daha az bulantı ve kusma sorunu yaşadıkları, hatta YBÜ'de ve hastanede kalış sürelerinin de kısaldığı belirtilmektedir (Cupples 1991; Martin 1996).

*Yazılı materyal ile bilgilendirme;* küçük bir el kitapçığı şeklinde hazırlanmalı ve içeriğindeki YBÜ'nün fiziksel ortamı, üniteye uygulanacak bakım ve tedavi girişimleri gibi bilgiler ile hasta bireyin YBÜ hakkındaki bilgi gereksinimlerini karşılamalıdır (Scott 2004). Hasta birey ve yakınlarının anlayabileceği sade bir dille yazılmış olan "Yoğun Bakım Ünitesi Tanıtım Kitapçığı"nda; ünitenin fiziksel ortamı, üniteye sağlık bakımı hizmeti sunan ekip üyeleri, hasta bireyin yaşam aktivitelerini (iletişim, güvenli çevre sağlama, solunum, beslenme, boşaltım, vücut sıcaklığının kontrolü, hareket, giyinme ve temizlik, uyku, boş zamanlarını geçirme, cinsellik) nasıl gerçekleştireceği ve bu aktiviteleri gerçekleştirirken kullanılan bakım/televi araçları, ziyaret saatleri, ziyaret saatleri vb. konulara yer verilmelidir. Ayrıca kitapçıkta; YBÜ'de yatışı sırasında hasta bireyde takılı olan monitörizasyon bağlantıları, tüpler, kateterler, ventilatör cihazı, serum infüzyon setleri vb. durumlar; YBÜ'de sıklıkla uygulanan ve ağrıya neden olabilen aspirasyon, solunum/öksürme egzersizleri, mobilizasyon, pozisyon değişikliği, fiziksel tespit, kateter/yara/ cerrahi pansumanlar, vücut banyosu, ağız bakımı vb. hemşirelik bakımı girişimleri açıklanmalıdır (Fleischer 2009; Scott 2004).

Planlı cerrahi girişim öncesi YBÜ'ye kabul edilecek olan hasta bireye hemşireler tarafından yapılan sözel ve yazılı materyal ile bilgilendirme, hemşire-hasta birey arasındaki iletişimin ve bireye özgü hemşirelik bakımının başlangıç noktasını oluşturmaktadır (Scott 2004).

Yoğun bakım ünitesine planlı kabul sürecinde şunlar önerilmektedir (Scott 2004):

- Cerrahi girişim sonrası YBÜ'ye gereksinimi olan tüm hasta bireylere ameliyat öncesi mutlaka YBÜ hakkında bilgilendirme yapılmalıdır.
- Bilgilendirmenin şekli ne olursa olsun YBÜ'nün fiziksel ortamı, uygulanan bakım/tedavi girişimleri ve üniteye sıklıkla kullanılan araçları, vb. bilgiler doğrultusunda hasta bireyin/ailesinin gereksinimlerine yanıt vermesine dikkat edilmelidir.
- Ameliyat öncesi hasta bireylerin bilgilendirme için ziyareti eğer mümkünse YBÜ'de çalışan bir hemşire tarafından yapılmalıdır.
- Ameliyat öncesi yapılan ziyaret adı altında yapılan sözel bilgilendirme yazılı bir materyal "Yoğun Bakım Ünitesi Tanıtım Kitapçığı" ile desteklenmelidir.
- Ameliyat öncesi ziyaretler sağlık bakım ekibinin tüm üyeleri tarafından desteklenmeli ve tekrarlanmalıdır.
- Yazılı materyal yalnızca ameliyat öncesi ziyaret sırasında verilmelidir.
- Yazılı materyal tıbbi terimlerden uzak kolay ve anlaşılır bir dille hasta bireyin sorularını yanıtlayacak şekilde hazırlanmalıdır.
- Yazılı materyalde hasta bireyin yakınlarını ilgilendiren YBÜ'nün yeri, ziyaret saatleri, acil durumda ulaşılabilecek telefon numaraları, vb. konulara da yer verilmelidir.
- Ameliyat öncesi ziyaretler hasta bireye, YBÜ'deki sağlık bakım ekibi üyesine ve kliniğe uygun bir zamanda yapılmalıdır.
- Ameliyat öncesi yapılan ziyaretlerde hasta bireylerle tek tek görüşülmelidir.
- Ziyaret sırasında hasta birey ve hemşire arasında geçen görüşmeler kaydedilmelidir.

Hasta bireyin YBÜ'ye kabul şekli ne olursa olsun kabul sürecinde yapılması gerekenler aşağıda sıralanmaktadır (Karagözoğlu ve ark. 2007; Maestri ve ark. 2012):

*Kabul öncesinde;*

- YBÜ'ye kabulü gerçekleşecek olan hasta bireyin yaşı, cinsiyeti, yapılan cerrahi girişimin şekli, varsa ek sağlık sorunu vb. konularda ameliyathaneden ya da anestezi hekiminden bilgi alınmalıdır.
- Hasta bireyin yatağı yapılmalıdır.
- Monitörizasyon için gerekli araçlar/gereçler, serum infüzyon setleri, ventilatör cihazı ve devreleri, aspirasyon araç-gereci, hasta bireyin yaşına uygun balon maske, ısıtıcı battaniye, ağrı kesici ilaçlar, acil durumda kullanılacak ilaçlar, pansuman arabası vb. malzemeler hazırlanmalıdır. Bu araçların ve malzemelerin eksiksiz ve çalışır durumda olduğundan emin olunmalıdır.
- Hemşirelik bakım planı formu ve protokol defteri hazırlanmalıdır.

*Kabul sırasında;*

- Hasta birey güvenli bir şekilde ameliyathane sedyesinden yatağına alınmalıdır. Hasta bireyin yatağına alınması sırasında; hemşire, hasta bireyde bağlı bulunan entübasyon/trakeostomi tüpü, kateterler, drenler, vb. bağlantıları yerlerinden çıkmayacak şekilde kontrol altında tutmalı, bunun için gereken önlemleri almalıdır.
- Hemşire hasta bireye ismi ile hitap ederek ve kendini tanıtarak ameliyatının bittiğini, YBÜ'de ve güvende olduğunu söylemeli; bireyin korku ve endişelerini giderici yaklaşımda bulunmalıdır.
- Fizyolojik parametrelerinin ölçümü için hızlı bir şekilde monitörizasyonu sağlanmalıdır.
- Eğer hasta bireyin mekanik ventilasyona gereksinimi varsa ventilatör cihazına hekimi tarafından bağlanmalıdır. Bu sırada hemşire hasta bireyin ventilatör cihazı ile uyumunu gözlemlemeli, yeterli oksijenizasyonunu sağlamalıdır. Gerekirse endotrakeal aspirasyonu yapılmalıdır.
- Hemşirelik bakımının başlatılabilmesi için hasta bireyin durumunu bilmek çok önemlidir. Bu doğrultuda aşağıda yer alan bilgiler elde edilerek bakım planı formuna kayıt edilmelidir:

- ✓ Hasta bireyin adı, soyadı, cinsiyeti, yaşı,
  - ✓ Fizyolojik parametreleri (kalp tepe atımı, kan basıncı, vücut sıcaklığı, periferik oksijen saturasyon düzeyi- $SpO_2$ ),
  - ✓ Ağrı düzeyi, sedasyon ve ajitasyon düzeyi,
  - ✓ Bilinç düzeyi ve pupillaların durumu,
  - ✓ Genel vücut yapısı ve derinin görünümü,
  - ✓ Görme ve işitme durumu,
  - ✓ Hareket düzeyi,
  - ✓ Protez kullanıp kullanmadığı belirlenmelidir.
- Eğer hasta birey hipotermik ise derhal bireyin üstü örtülerek ısıtıcı battaniye ile vücut sıcaklığının normal sınırlara yükselmesi sağlanmalıdır. Bu arada vücut sıcaklığını düşürücü vücut banyosu, ameliyat bölgesindeki antiseptik solusyon lekelerini silme, pansuman, vb. bakım girişimleri yapılmamalı; bu girişimler bireyin fizyolojik yaşam belirtileri normale dönünce yapılacak şekilde planlanmalıdır.
  - Bireyin ağrı, ajitasyon ve sedasyon düzeyine göre gereksinimi doğrultusunda hekim istemi ile uygun ağrı kesici ya da sedatif ilaç uygulanmalıdır.
  - Hasta bireye ait özel eşyaları varsa bunlar bir tutanak ile bireyin yakınlarına teslim edilmelidir.
  - Hasta bireyin YBÜ'ye kabul edildiği yakınlarına bildirilmelidir. Hasta bireyin yakınlarından acil durumda ulaşılmak üzere iletişim bilgileri alınarak hasta dosyasına kayıt edilmelidir.
  - Hasta bireyin bireysel özellikleri ve gereksinimleri doğrultusunda hemşirelik bakım planı hazırlanmalı ve uygulanmalıdır.

Yoğun bakım ünitesine kabulü planlı ya da plansız olarak gerçekleştirilen hasta bireyde hemşirelik bakımının amacı; bireyin YBÜ'ye ve içinde bulunduğu duruma uyumunu gerçekleştirmek, yakından gözlem ve izlem yapmak, anormal fizyolojik parametrelerin normal sınırlarda sürdürebilmesine yardımcı olmak ve konforunu yükseltecek hemşirelik bakım girişimlerini planlayarak uygulamaktır. Bu doğrultuda YBÜ'de bakım hizmeti sunan hemşire, öncelikle hasta bireyin haklarını savunucu

rolünü üstlenerek ortaya çıkabilecek sorunları engelleyici bakımı uygulamalı, diğer sağlık ekibi üyeleri ile de olumlu işbirliğini sürdürmelidir.

#### **2.1.4. Yoğun Bakım Ünitesindeki Bireyde Fizyolojik Durum**

Yoğun bakım ünitesindeki hasta birey grubunu, girişimsel işlemlerin ve monitörizasyon cihazlarının en fazla uygulandığı, genel olarak hastanedeki en ağır hastalığı ve dolayısıyla hastanede kalış süresi daha uzun olan kritik durumdaki bireyler oluşturmaktadır. Yoğun bakım ünitesine planlı ya da plansız kabul edilen tüm hasta bireylerin kritik durumda olduğu düşünülmektedir. Dolayısı ile bu bireyler, YBÜ'deki ileri teknolojiye sahip cihazlar ve araçlarla 24 saat kesintisiz bir şekilde yakından izlenmektedir.

Kritik hasta izleminde, homeodinamik monitörizasyon esastır. Homeodinamik monitörizasyon, kritik hasta bireylerin tanılanmasında, hastalığın seyrinin belirlenmesinde, bakımı/tedaviyi yönlendirmede ve kesin tıbbi tanı konulmasında yardımcıdır. Yoğun bakım ünitesinde homeodinamik monitörizasyon ile sıklıkla izlenen fizyolojik parametreler arteriyal kan basıncı, kalp tepe atım hızı, SpO<sub>2</sub> ve vücut sıcaklığıdır. Bu fizyolojik parametreler girişimsel ya da girişimsel olmayan yöntemlerle izlenebilmektedir (Akıncı 2003; Çamcı 2006; Gök ve Yosunkaya 2012).

Temel yaşam bulguları olarak da ifade edilen arteriyal kan basıncı, kalp tepe atım hızı, SpO<sub>2</sub> ve vücut sıcaklığı YBÜ'deki hasta bireyin sağlık durumunun en önemli göstergeleridir. Bireyin fizyolojik işlevlerindeki değişiklikler yaşam bulguları değerlerine yansır. Bu nedenle YBÜ'de bu değerlerin yakından izlenerek değişiklik olduğunda anında müdahale etmek oldukça önemlidir. Ayrıca bu fizyolojik parametreler YBÜ'de verilen hemşirelik bakımının kalitesinin ölçülmesinde de yardımcıdır.

Yoğun bakım ünitesindeki fizyolojik parametrelerin izlemi kadar bu parametrelerin ölçüm yollarını ve bu parametreleri etkileyen durumları bilmek de oldukça önemlidir. Aşağıda YBÜ'de izlenmesi gereken fizyolojik parametrelerin ölçümleri ve bu parametreleri etkileyen durumlar açıklanmaktadır.

### 2.1.4.1. Yoğun Bakım Ünitesindeki Bireyde İzlenmesi Gereken Fizyolojik Parametreler ve Ölçümü

Yoğun bakım ünitesinde fizyolojik parametreler (arteriyal kan basıncı, kalp atım hızı/nabız, SpO<sub>2</sub> ve vücut sıcaklığı) kritik hasta bireylerin tanılanmasında, hastalığın seyrinin belirlenmesinde, tedaviyi yönlendirmede ve kesin tıbbi tanı konulmasında yardımcıdır. Temel yaşam bulguları olarak ifade edilen vücut sıcaklığı, arteriyal kan basıncı, nabız, solunum ve ağrı bireyin sağlık durumunun göstergeleridir. Bireyin fizyolojik işlevlerindeki değişiklikler yaşam bulguları değerlerine yansır. Bu nedenle yaşam bulgularının normal değerlerden sapması dengenin (homeodinamizmin) bozulduğunu ya da bir sorun olduğunu gösterir (Pour ve Yavuz 2010). Yoğun bakım ünitelerinde hasta bireylerin izlenmesinde kullanılan standart fizyolojik parametreler arteriyal kan basıncı, nabız sayısı, oksijen saturasyon değeri ve vücut sıcaklığıdır (Akıncı 2003; Bigatello ve George 2002). Her saat başı bazı kritik hasta bireylerde daha sık ölçülerek kayıt edilen bu fizyolojik parametreler, vücudun fizyolojik durumunu yansıtarak homeodinamik dengenin değerlendirilmesinde önemli veriler sağlamaktadır (Zaybak ve Güneş 2007).

Yoğun bakım ünitesinde bu fizyolojik parametrelerin dikkatlice izlenmesi, anormal değişiklik durumunda hekime bildirilerek derhal müdahale edilmesi ve kayıt edilmesi yoğun bakım hemşiresinin sorumluluğundadır. Bu nedenle YBÜ’de fizyolojik parametrelerin ölçümlerinin doğru yöntemlerle yapılması çok önemlidir.

Yoğun bakım ünitesinde sıklıkla ölçülen fizyolojik parametreler ve ölçümleri aşağıda açıklanmaktadır.

#### ***Kan Basıncının Ölçülmesi:***

Temel yaşam bulgularından biri olan kan basıncı YBÜ’deki hasta bireyin sağlık durumunun önemli bir göstergesidir. Elde edilen kan basıncı ölçüm değerleri hasta bireyin bakım ve tedavi yöntemlerini belirlemede önemli bir kriterdir. Bu nedenle kan basıncının doğru teknikle ölçülmesi ve değerlendirilmesi son derece önemlidir (Zaybak ve Güneş 2007).

Kan basıncı, akan kanın damarlarda uyguladığı lateral kuvveti yansıtmaktadır. Ventrikül sistolünden sonra sistolik kan basıncı (SKB) en fazladır, diyastolden sonra en düşük kan basıncı olan diyastolik kan basıncı (DKB) gelmektedir. Arteriyal kan basıncı kardiyak debi (CO) ve sistemik vasküler rezistans (SVR) tarafından belirlenmektedir

(Akıncı 2003; Cuhruk 2008). Yoğun bakım ünitesinde kan basıncı direkt ve indirekt olmak üzere iki şekilde ölçülmektedir:

*1. Direkt yolla kan basıncının ölçülmesi:* Periferik artere yerleştirilen bir kateter yardımı ile kan basıncının sürekli anlık olarak kaydedilerek ölçülmesidir. Direkt olarak arter kateteri ile kan basıncının izlemi en güvenilir yöntemdir. Bu yöntemle kan basıncını izleyebilmek için periferik arterlerden; radial, ulnar, aksiller, femoral, dorsalis pedis, tibialis posterior kullanılmakla birlikte en yaygın kullanılan radial arterdir. Bu arterlere perkütan, “seldinger” yöntemi veya “cut-down” ile yerleştirilen kateter basınç transduserlerine bağlanarak monitörizasyonu yapılır. Bu yöntem kan basıncının her atımda izlenmesine olanak sağlar. Kan basıncında hızlı değişiklikler olduğunda, hipotansiyon ya da hipertansiyonun elektif tedavisinde, kan basınç değişikliklerinin organ hasarına neden olabileceği durumlarda, ciddi akciğer sorunlarında arter kan gazlarının sık izleminde ve indirekt yöntemle kan basıncı ölçümlerinin güvenilir olmadığı durumlarda kan basıncı direkt yolla ölçülmektedir. Kollateral yetmezlik, damar sorunları, lokal infeksiyon ve trombus varlığında ise bu yöntem uygulanmamaktadır (Akıncı 2003; Cuhruk 2008; Çamcı 2006).

Arteriyel kateterin yerleştirilmesinden önce kollateral dolaşımın yeterli olduğunun değerlendirilmesi amacı ile “Allen” testi yapılır. Allen testini uygulamak için radial ve ulnar arterlere kompresyon uygulanırken ele, soluklaşımaya kadar egzersiz yaptırılır. Sonra ulnar arter serbest bırakılır ve elin normal rengine ulaşması için geçen süre kaydedilir. Normal bir kollateral dolaşım varlığında bu süre 5-7 saniye civarındadır. Radyal artere kateter yerleştirilmesi, el bileği dorsifleksiyon getirilerek uygulanır. Bu yöntem için genellikle yetişkin hasta birey için 20 G teflon kateter seçilmektedir. Kateter 15-30°lik açıyla ve cerrahi aseptik teknikle yerleştirilir (Cuhruk 2008).

Kateterin yerleştirildikten sonra 1000 ml içerisine 1 ml heparin eklenmiş serum fizyolojik solüsyonu ile 1-3 ml/st hızında devamlı olarak yıkanması sağlanmalıdır. Ayrıca kateter pansumanı da cerrahi aseptik tekniğe uygun bir şekilde yapılarak kateterin yerinden çıkmamasına özen gösterilmelidir.

Direkt yöntemle kan basıncının ölçümünde; yanlış ölçüm sonuçlarına neden olabilecek faktörler arasında yetersiz dinamik yanıt, transduserin yanlış sıfırlanması, yanlış pozisyon, transduser tüp sisteminin uzun olması, sistemde hava kabarcığının/kan pıhtısının olması, üç yollu musluklar, ek bağlantılar, tüp bağlantı sisteminde



bükülmeler, arteriyal kateterin yerinden oynaması sayılabilmektedir. Doğru pozisyon hizası triküspit kapakçıktır. Bu horizontal hat dördüncü interkostal aralık ve orta aksiller çizgiye denk gelmektedir. Ölçüm sırasında sıfır ayarı bu nokta üzerinden yapılmalıdır (Akıncı 2003; Bigatello ve George 2002).

Direkt yöntemle kan basıncı ölçümünün komplikasyonları arasında; kateter giriş yerinde ağrı ve konforsuzluk, distal iskemi, arter trombozu, hematoma oluşumu, kateter giriş yeri enfeksiyonu, sistemik enfeksiyon, kateter giriş yerinin üstünde kalan bölgede cilt nekrozu sayılabilmektedir (Akıncı 2003; Cuhruk 2008; Köner 2006).

Yoğun bakım ünitesine planlı kabul edilen hasta bireylerde arteriyal kateter genellikle ameliyathane ortamında yerleştirilmektedir ve birey bu kateter ile kan basıncı monitörize edilmiş şekilde YBÜ'ye transfer edilmektedir.

*2. İndirekt yolla kan basıncının ölçülmesi:* Arteriyal kan basıncı indirekt olarak; istenilen arterin proksimaline bir kaf yerleştirilip şişirilmesi ve indirilirken arteriyal basıncın dönmesiyle ölçülmesidir. İndirekt olarak kan basıncı nabızın palpe edilmesi (palpasyon), dinlenmesi (oskültatuar yöntem, "Korotkoff" sesleri) veya osilometrik yöntem ile ölçülebilmektedir. Günümüzde YBÜ'de genellikle osilometrik yöntem kullanılmaktadır (Akıncı 2003; Köner 2006). Bu yöntem ile ölçüm için kullanılacak ekstremitedeki arterin üst kısmına yerleştirilen kaf bağlantı kablosu ile monitöre bağlanmaktadır. Bu şekilde monitör, istenilen sıklıkta otomatik olarak kan basıncı ölçümünü gerçekleştirmektedir.

İndirekt ölçüm yöntemi bazı hipertansif ve obez hasta bireylerin kan basınçlarının ölçümünde güvenilir sonuçlar vermeyebilir. Hasta bireyin yaşına ve kilosuna uygun olmayan kaf seçimi, kafın patlak olması, hasta bireyin pozisyonu, kaf ile monitör arasındaki bağlantı borusunda kaçak olması vb. faktörler indirekt yöntemle kan basıncının yanlış ölçülmesine neden olabilmektedir (Cuhruk 2008; Zaybak ve Güneş 2007).

Yoğun bakım ünitesine planlı kabul edilen hasta bireylerde; indirekt yöntemle kan basıncının ölçümü sadece arteriyal kateterin çıktığı ve yeniden takılmadığı durumlarda ve hasta birey başka bir kliniğe transfer için hazırlanırken kullanılmaktadır.

### ***Kalp Tepe Atım Hızının Ölçülmesi:***

Yoğun bakım ünitesinde kalp tepe atım hızı, elektrotlar yardımı ile hasta bireyin göğsüne bağlanan beş uçlu konfigürasyonların monitöre takılması ile ölçülmektedir. Bu konfigürasyonlar ile yedi değişik elektrokardiyografi (EKG) derivasyonu (I, II, III, aVR, aVL, aVF ve V5) izlenebilmektedir. Kalp tepe atım hızı, EKG derivasyonlarının trasesinden hesaplanmaktadır. Monitörden izlenen EKG ile kalp atım hızı dışında ritm bozuklukları, ileti bozuklukları (AV blok, erken atriyal kontraksiyonlar, erken ventrikül kontraksiyonlar), miyokard iskemisi, ventrikül ve atriyum hipertrofisi, pace maker (kalp pili) işlevi, elektrolit düzeyinde (kalsiyum-Ca, potasyum-K) bozukluklar, diğer bazı tıbbi sorunlar (perikardit, hipotermi, pulmoner emboli, korpulmonale, serebrovasküler olaylar veya kafa içi basınç artışı vb.) teşhis edilebilmektedir (Arboura ve Gélina 2010).

### ***Periferik Oksijen Saturasyonu (SpO<sub>2</sub>)'nun Ölçülmesi:***

Yoğun bakım ünitesinde hasta bireylerin oksijenlenme durumlarını değerlendirmek için en sık kullanılan yöntem arterial kan gazı ölçümleridir. Ancak oksijenlenme durumunu anlık ve sürekli olarak ölçerek saat başı kaydedebilmek için ise pulse oksimetre adı verilen bir araçtan yararlanılmaktadır. Pulse oksimetre, kullanımı kolay, ağrısız, çabuk sonuç veren, kan almaya alternatif ve güvenilir bir yöntemle oksijenlenmeyi değerlendirmek amacı ile kullanılan ve kalibrasyon gerektirmeyen bir araçtır. Diğer bir deyişle pulse oksimetre hasta bireyin oksijene olan gereksinimini belirlemede ve uygulanan tedavinin etkinliğini değerlendirmede kullanılmaktadır. Pulse oksimetre, ilk olarak 1970'lerin ortalarında Takuo Aoyagi tarafından geliştirilmiştir (Akansel ve Yıldız 2010; Hakverdioğlu 2007).

Pulse oksimetre ışık kaynağı ve mikro işlemci olmak üzere iki fonksiyonel birimden oluşmaktadır. Nonpulsatil (venöz kan ve doku) ile pulsatil spektrumu (arteriyal kan) ayırma ve yaşayan dokular tarafından ışık Emiliminin ölçülmesi yoluyla işlev görür. Mikro işlemci, emilen dalgaların nonpulsatil bileşeninde pulsatilin oranını temel alarak saturasyonu hesaplamaktadır (Hakverdioğlu 2007).

Pulse oksimetreler teknik olarak 660 nanometre (nm) ve 940 nm olarak ışığın iki dalga boyunu kullanmaktadır ve ayrı ayrı iki dalga boyunda ışık Emiliminin değişken bileşenini ölçerek sonra bunu sabit bileşene bölmektedir. Pulse oksimetre, bu değerlerden bir saturasyon yüzdesinin hesaplanmasını ve bu farklı ölçümlerin

izlenmesini sağlamaktadır. Pulse oksimetre, arteriyal kanda oksijenlenmiş hemoglobinin yüzdesini belirlemekte olup bu yolla elde edilen bulgu işlevsel oksijen saturasyonu olarak bilinmektedir (Hakverdioğlu 2007).

Pulse oksimetre, aslında ameliyathanede cerrahi girişim sırasında kullanılmaya başlanmakla birlikte, günümüzde kullanımını akut bakım kliniklerinde, yoğun bakım ünitelerine ve klinik alanlara kadar yaygınlaştırmıştır. Tek kullanımlık olan probalar ile hasta bireyin parmak ucuna, alınına, burnuna ya da kulak memesi üzerine yerleştirilerek dokudan geçen ışık yardımı ile oksijen saturasyonunu ölçmektedir. Kulak memesi, vazokonstriksiyondan en az etkilenir ve saturasyon değişikliklerinin en erken algılandığı yerdir. Pulse Oksimetre, SpO<sub>2</sub>'yi ölçer ve %95'in üzerindeki SpO<sub>2</sub> değeri normal kabul edilirken, %93'ten az olan değerler oksijen tedavisinin gerekli olduğuna işaret eder ve hasta bireyin daha yakından izlenmesini gerektirir. Nabız dalgası ya da EKG ile aynı anda olan pulse oksimetre sinyalleri ölçümün doğru olduğunu göstermektedir (Akansel ve Yıldız 2010; Cuhruk 2008).

Bazı probalar uzun süre kullanımda; probun kullanım alanı üzerine yaptığı basınçtan ve ışık kaynağının sıcaklığından dolayı yanıklara neden olabilmektedir. Bu nedenle, probun yerleştirildiği ekstremitede kan akımına engel olmamasına dikkat edilmeli; tek kullanımlık probalarda her 8 saatte bir, çoklu kullanımlarda ise her 4 saatte bir yerleştirilen probun takılı olduğu yer gözlemlenmelidir. Prob arteriyal bağlantıların ve direkt olmayan kan basıncı izlem araçlarının karşısındaki ekstremitelere üzerine yerleştirilmelidir. Probun altında kalan dokunun veya cildin kan akımında azalma veya cilt bütünlüğünde bozulma olup olmadığı tanımlanmalı ve cilt bütünlüğünü korumaya yönelik hemşirelik girişimleri planlanmalıdır. Prob paralizi olan eklem üzerine yerleştirildiyse, hasta bireyin eklemdeki sıcaklığı hissedemeyeceği için, olası yanıklara karşı dikkatli olunmalı ve periferik perfüzyonu, deri turgoru ve probtan kaynaklanan sıcaklık değerlendirilmelidir (Hakverdioğlu 2007).

### ***Vücut Sıcaklığının Ölçülmesi:***

Vücut sıcaklığı, kan basıncı, nabız ve solunum hızı ile birlikte ölçülen bir fizyolojik parametredir. Vücut sıcaklığı, ısı üretimi ile ısı kaybı arasındaki denge ile elde edilir. Isı üretimi egzersiz, kasların kasılması, yüksek metabolizma, besinler, titreme ve bazal ısı ile oluşur. Isı kaybı ise terleme, yüzeysel kan dolaşımının fazla olması, ince ve hafif giysilerin giyilmesi, hava hareketi ile oluşur. Isı kaybı

mekanizmaları radyasyon, kondüksiyon, konveksiyon ve buharlaşmadır. Vücut sıcaklığı, vücut iç sıcaklığı ve vücut yüzey sıcaklığı olarak iki tip sıcaklığı içermektedir. Vücut iç sıcaklığı, derin dokuların sıcaklığıdır. Vücut iç sıcaklığı çok düzenlidir ve normal değeri  $37\pm 1^{\circ}\text{C}$ 'dir. Isı üretimi ile ısı kaybını sağlayan tüm ısı kontrol mekanizmaları bu değeri sürdürmeye çalışır. Vücudun yüzey sıcaklığı, çevre sıcaklığı ile ilişkili olarak daha kolay düşer ya da yükselir (Khorshid ve ark. 2004; Pour ve Yavuz 2010).

Termoregülasyon, YBÜ'deki hasta bireylerde fizyolojik dengeyi yansıtan vücudun yaşamsal bir işlevidir. Bu nedenle YBÜ'de vücut sıcaklığının doğru olarak ölçümü önemlidir. Vücut sıcaklığının ölçümü; civalı-cam, elektronik, digital, transtimpanik (kızıl ötesi), tek kullanımlık termometreler ve termal kamera aracılığıyla yapılmaktadır. Ancak son yıllarda içeriğindeki civanın çevre sağlığını tehdit etmesi nedeni ile civalı-cam termometrelerin kullanılması önerilmemektedir. Yoğun bakım ünitelerinde vücut sıcaklığının ölçümü girişimsel ve girişimsel olmayan yöntemlerle yapılmaktadır. Girişimsel yöntemlerde pulmoner arter, özefagus, nazofarenks ve mesaneye yerleştirilen kateter aracılığıyla vücut sıcaklığı ölçülmektedir. Girişimsel olmayan yöntemlerde termometreyle ağız, koltukaltı, rektal, deri ve timpanik zarı yolundan vücut sıcaklığı ölçülmektedir (Lenhardt 2003; Pour ve Yavuz 2010).

Vücut sıcaklığının ölçümü için kullanılan termometreler genelde hastanelerin seçimine göre değişmektedir. Ancak son yıllarda YBÜ'lerde vücut sıcaklığının ölçümü için timpanik termometreler kullanılmaktadır. Vücut sıcaklığı ölçümü için gerekli zamanı çok azaltması ve kullanımının kolay olması, timpanik membrandan yayılan kızıl ötesi ışınları ölçen bu termometrelerin en büyük avantajını oluşturmaktadır. Aynı zamanda bu termometrelerde infeksiyon riskinin yok denecek kadar az olduğu ve timpanik zarın ısı merkezi olan hipotalamus ile aynı kanı paylaşmasından dolayı, elde edilen vücut sıcaklığının gerçeğe en yakın değer olarak kabul edildiği belirtilmektedir (Khorshid ve ark. 2004).

#### **2.1.4.2. Yoğun Bakım Ünitesindeki Bireyde Fizyolojik Parametreleri Etkileyen Faktörler**

Yoğun bakım ünitesinde fizyolojik parametrelerin ölçülmesi, hasta bireyin sağlık durumunun izlenmesinde ve ortaya çıkan sorunların tanımlanmasında hızlı ve etkili bir yöntemdir. Fizyolojik parametrelerin ölçümü için gereken hemşirelik becerileri oldukça

kolaydır, ancak yoğun bakım hemşiresinin bu parametreleri etkileyen faktörlerin neler olduğunu, bu parametrelere nasıl yansıdığını, aralarındaki ilişkinin ne olduğunu ve parametrelerdeki değişikliklere yönelik hemşirelik girişimlerinin neler olduğunu da bilmesi gerekmektedir.

### ***Kan Basıncı Ölçümünü Etkileyen Faktörler:***

Yoğun bakım ünitesine kabul edilmek hasta bireyler için başlı başına bir stres yaratmakla birlikte; YBÜ'nün fiziksel ortamı, ünite de kullanılan teknolojik donanım, ünitenin işleyişi, ünite de uygulanan bakım ve tedavi girişimleri, hasta bireyin yakınlarından ayrı kalması, yaşam aktivitelerini bağımlı bir şekilde gerçekleştirmesi vb. faktörler bireyin olumsuz deneyimler ve dolayısıyla anksiyete yaşamasına neden olmaktadır (Özer ve Akyıl 2008; Terzi ve Kaya 2011a). Bunun yanı sıra hasta bireyin YBÜ'ye kabul öncesi ünite hakkında bilgilendirilmemiş olması da gözlerini, bilmediği yabancı bir ortam olan YBÜ'de açan birey için oldukça korkutucudur (Berg ve ark. 2006).

Yoğun bakım ünitesinde sıklıkla uygulanan tedavi girişimlerinden biri olan endotrakeal entübasyon ile mekanik ventilasyona bağlanma, trakeal aspirasyon, pozisyon değiştirme vb. işlemler, bu işlemler sırasında hasta bireyin uyanık olması ve ağrı deneyimlemesi, YBÜ'de bakım ve tedavi gören hasta bireylerin, fizyolojik parametrelerden biri olan kan basıncı üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir. Yoğun bakım ünitesindeki hasta bireyler için rahatsızlık veren bazı işlemler sonucu hasra bireyin kan basıncında ani yükselme ya da düşmelere neden olabilmektedir.

*1. Direkt yolla kan basıncı ölçümünü etkileyen faktörler:* Hasta bireyin yaşı, sağlık durumu vb. hasta bireye ait bireysel özelliklerin yanı sıra arteriyal ölçüm için kullanılan sisteme ve katetere ilişkin teknik sorunlar da direkt yolla kan basıncı ölçümünü etkileyen faktörler arasında sayılabilmektedir. Arteriyal transduser sistemi ve arteriyal katetere ilişkin faktörler şunlardır (Köner 2006):

- Sistemde hava kabarcığı, sisteme uymayan yumuşak uzatma ya da uzun, kırılmış veya düğüm olmuş uzatma kullanılması arteriyal kan basıncı ölçümlerinin yanlış sonuçlar vermesine neden olabilmektedir.
- Kateterin ucunda pıhtı olması ve kateter ucunun damar cidarına dayanması da SKB'nin düşük, DKB'nin ise yüksek ölçülmesine yol açabilmektedir.

2. *İndirekt yolla kan basıncı ölçümünü etkileyen faktörler:* Hasta bireyin yaşı, sağlık durumu vb. hasta bireye ait bireysel özelliklerin yanı sıra; ölçüm için seçilen kafın hasta bireyin yaşına ve kilosuna uygun olmaması, kafın patlak olması, kafın ekstremiteye yanlış yerleştirilmesi vb. teknik sorunlar da indirekt yolla kan basıncı ölçüm sonuçlarını etkileyen faktörler arasında sayılabilmektedir (Zaybak ve Güneş 2007). Ayrıca, indirekt yolla yapılan kan basıncı ölçümünde obez ve hipertansif hasta bireylerde SKB değerlerinin direkt yolla ölçüme göre daha düşük ölçülmesine, vazodilatasyon ile seyreden taşikardi ile kompanse şok tablosunda ise ekstremitede artmış kan akımı nedeniyle kan basıncı değerlerinin daha yüksek ölçümüne neden olabildiği belirtilmektedir (Köner 2006).

***Kalp Tepe Atım Hızı Ölçümünü Etkileyen Faktörler:***

Yoğun bakım ünitesindeki hasta bireyin yaşı, sağlık durumu, kardiyovasküler sistem ile ilgili ek hastalıklar, bireyin aşırı terlemesi, bireye verilen pozisyon, bireyin ajite olması, aşırı hareketli olmasının yanı sıra, EKG derivasyonları için bağlantı kablolarının yanlış yerleştirilmesi, kabloların ayrılması EKG elektrotlarının hasta bireyin göğsünden ayrılması, EKG elektrotlarının yanlış yerleştirilmesi vb. teknik faktörler de kalp tepe atım hızı ölçümünü etkileyebilmektedir.

***Periferik Oksijen Saturasyonunun Ölçümünü Etkileyen Faktörler:***

Hipotansiyon, nabzın zayıflığı ya da yokluğu hasta bireyin aşırı hareketi  $SpO_2$ 'nin ölçümünde sinyallerin iyi alınamamasına neden olabilmektedir. Karboksihemoglobin, methemoglobin ve YBÜ'deki sürekli floresan ile beyaz ışıklandırma  $SpO_2$ 'nin yüksek ölçümüne yol açabilirken; hiperlipidemi, koyu ten rengi, tırnak cilası, vazokonstriksiyon, hipotermi ve saturasyon probunun iyi yerleştirilmemiş olması ise  $SpO_2$ 'nin düşük ölçümüne neden olabilmektedir. Ayrıca saturasyon probunun üzerinde kurumuş sıvı ya da kan da yanlış ölçümlere yol açmaktadır (Hakverdioğlu 2007).

***Vücut Sıcaklığı Ölçümünü Etkileyen Faktörler:***

Vücut sıcaklığı ölçümünü etkileyen faktörler arasında; YBÜ'deki hasta bireyin yaşı, hormonal faktörleri, aktivite durumu, YBÜ'de yaşadığı stres; YBÜ'nün fiziksel ortamı, üniteye uygulanan bakım ve tedavi girişimleri, ölçüm için kullanılan termometrenin cinsi, kalibrasyonu, ölçüm yeri, termometrenin bekletilme süresi, termometreyi kullanan kişinin bilgisi; YBÜ'ye kabul edilen hasta bireyde

ameliyathanede yapılan girişimler, ameliyathanenin ısı, ameliyat sırasında verilen sıvılar, uygulanan anestezi maddeleri, vb. sayılabilmektedir (Davie ve Amoore 2010).

## **2.2. KONFOR**

### **2.2.1. Konfor Kavramı ve Kuramı**

“Konfor”, Latince “güçlendirmek” anlamına gelen “confortare” kelimesinden türetilmiştir (Siefert 2002). Oxford İngilizce Sözlüğü’nde ise “bedensel gereksinimlerin karşılanması”, “sıkıntı ve ağrıdan kurtularak fiziksel ve maddi iyi olma durumu”, “ruhsal sıkıntı ya da ızdıraptan kurtulma ve destek alma”, “teselli etme, yatıştırma”, “güçlendirme, cesaretlendirme ve yardım etme” şeklinde tanımlanmaktadır (Siefert 2002; Tutton ve Seers 2003).

Ayrıca günlük yaşamda bireylere, konfor kelimesinin; “çok sevilen bir kazak ya da battaniye”, “aile üyeleri ile kucaklaşmak”, “sevilen bir müzik türü”, “insanlara dokunmak/temas etmek”, “bir arkadaş tarafından ziyaret edilmek ya da aranmak”, “ağrıyı hafifletmek için ilaç almak” gibi durumları ifade ettiği belirtilmektedir (Morse ve ark. 1994).

Hemşirelik literatüründe ise konfor kavramı; hemşireliğin bir işlevi ya da sonucu olarak hasta bireyin/ailenin/toplumun konfor gereksinimlerinin tanımlanması, karşılanamayan gereksinimlere yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanması, temel konfor düzeyi ile uygulama sonrası konfor düzeyinin değerlendirilmesi süreci olarak tanımlanmaktadır (Kolcaba 1991; Kolcaba ve Kolcaba 1991; Malinowski ve Stamler 2002; Yücel 2011; Zengin 2010).

### ***Hemşirelik Tarihinde Konfor Kavramı***

- Hemşirelikte konfor kavramının yirminci yüzyılda dört kronolojik kategoride tanımlanarak açıklandığı belirtilmektedir. Bu kronolojik sıralamaya göre konfor; (Siefert 2002; Kolcaba ve ark. 2006):
- 1929’a kadar hemşireliğin moral boyutu ve ana merkezi,
- 1930- 1959 yılları arasında; hemşirelik bakımını başarıya ulaştırmada temel bir strateji,
- 1960-1989 yılları arasında; küçük bir amaç, bakımın fiziksel yönünün baskın hale gelmesi ve emosyonel konforun öneminin artmaya başlaması,

- 1990-2006 yılları arasında; konfor kavramının kuram haline dönüşmesi ve bu dönemde; doğum ağrısı, yaşam sonu ve palyatif bakım, ağrı yönetimi konularına odaklanılması; rahatsızlığın/konforda bozulmanın hemşirelik tanı listesinde ve konforu geliştirmenin Hemşirelik Girişimlerinin Sınıflaması'nda (Nursing Interventions Classification-NIC) yer almasının önerilmesi gündeme geldi.

Hemşire kuramcılardan bazılarının konfor kavramını aşağıdaki gibi tanımladığı belirtilmektedir (Neil ve Tomey 2006;Siefert 2002):

- Peplau'nun konforu; “beslenme, dinlenme, uyku, arkadaşlık ve anlaşma ile birlikte temel bir gereksinim” olarak tanımladığı,
- Orlando'nun; konfor ölçütlerini sağlamaya yönelik olarak fiziksel ve mental konforu tanımladığı,
- Roy'un; adaptasyon modelinde psikolojik konforun belirlenmesinde konfor ölçütlerini kullandığı,
- Watson'ın bakım kuramında; destekleyici, koruyucu, iyileştirici, mental, fiziksel, sosyo-kültürel ve manevi ortamın sağlanmasından oluşan sekizinci iyileştirici faktörün ilk boyutunun konforu oluşturduğu vurgulanmaktadır. Konfor, hemşire tarafından belli bir dereceye kadar değiştirilebilen dış değişken, hasta bireyin çevresidir. Watson, hasta bireye düzenli aralarla pozisyon verilmesi, yatağının rahat hale getirilmesi, eklem açıklığı hareketlerinin (EAH-ROM), sırt masajı, ilaç uygulaması, solunum egzersizleri, meditasyon gibi uygulamaların konforu sağladığını düşünmektedir.
- Kolcaba (1991) ve Kolcaba ve Kolcaba (1991)'ya göre konfor; “bireyin gereksinimlerine yönelik yardım etme, huzur sağlama ve sorunların üstesinden gelebilmeye ilişkin fiziksel, psikospiritüel, sosyal ve çevresel bütünlük içinde karmaşık bir yapıya sahip beklenen bir sonuç”tur. Kolcaba (1992; 1994) bütüncül yaklaşıma göre konfor kavramını; “ferahlama, huzura kavuşma ve sorunların üstesinden gelebilmek için temel insan gereksinimlerini karşılamanın o andaki deneyimi” olarak açıklamaktadır.

Geleneksel olarak hemşirelik bilim ve sanatı ile bağdaştırılan konfor ve hasta bireyin konforu oldukça karmaşık, bireye özgü ve bütüncül kavramlardır. Ayrıca hemşireler konforu sağlayarak ve konfora yönelik önlemleri alarak;



bireyi/aileyi/toplumu cesaretlendirerek ve başetme yöntemlerini destekleyerek bakım ve yardımı gerçekleştirmektedir (Kolcaba1991; Kolcaba ve Kolcaba 1991; Kolcaba 1994).

Sonuç olarak; konfor, hemşirelikte pozitif, bütüncül, çok boyutlu, kuramsal olarak tanımlanmakta ve uygulamaya konulabilir bir kavram olarak ele alınmaktadır. Hemşirelik işlevlerinden biri olan rahatlatma üzerine temellenen konfor ilk kez Kolcaba tarafından kuramsallaştırılmıştır (Kolcaba 1991; Kolcaba ve Kolcaba 1991; Zengin 2010).

### ***Konfor Kuramı***

#### *Konfor Kuramının gelişim süreci*

Konfor Kuramı, bir hemşirelik kuramı olarak ilk kez 1990 yılında Katharina Kolcaba tarafından ortaya atılmıştır (Kolcaba ve Kolcaba 1991; Kolcaba 1994). Kolcaba konfor kavramı ve hasta konforunun sağlanması ile ilgili çalışmalarını yaklaşık 15 yıl sürdürmüştür. 1988 yılında konfor kavramının üç düzey ve dört boyuttan oluşan taksonomik yapısını oluşturmuştur (Kolcaba1991a; Kolcaba 1991b). Bu doğrultuda Konfor Kuramının temel varsayımlarından şu şekilde söz edilmektedir (Kolcaba 1994; Kolcaba 2001):

- Bireyler, karmaşık uyarılara bütüncül yanıt verir.
- Konfor, hemşireliğe özgü istendik bir sonuçtur.
- Bireyler, temel konfor gereksinimlerini kendileri karşılamalı ya da bu gereksinimler başkaları tarafından karşılanmalıdır.
- Geleneksel bütünlük hasta merkezli değer sistemine temellenen kuralcı ve tanımlayıcı bir yapıya sahiptir.

Kolcaba konforun kavramsal çalışmalarını tamamladıktan sonra oluşturduğu taksonomik yapıyı test etmek üzere hasta bireyde beklenen konfor sonucunu ölçmek amacı ile 48 maddeden oluşan dörtlü likert tipte Genel Konfor Ölçeği'ni (General Comfort Questionary-GCQ) geliştirme çalışmalarına başlamış ve sonuçlarını 1992 yılında yayınlamıştır (Karabacak 2004; Yücel 2011).

*Kuramın Gelişmesinde Yararlanılan Kuramcılar ve Felsefi Görüşler*

Kolcaba'nın, Konfor Kuramı'nı geliştirirken konfor kavramının üç düzeyini (ferahlama, rahatlama ve üstünlük) oluşturmada Orlando, Henderson ve Paterson'dan yararlandığı belirtilmektedir:

Orlando (1961-1990)'nun Etkileşim Kuramı'nda, hastayı gereksinimleri olan ve gereksinimleri karşılanmadığı zaman sıkıntı yaşayan bir birey; hemşireyi bugereksinimleri değerlendirerek hastasının sıkıntısını giderebilecek kişi olarak tanımlamaktadır. Kolcaba, bu tanımdan yola çıkarak, gereksinimleri karşılanan hasta bireyin yaşayacağı duygunun, konforun ilk boyutu olan sıkıntıdan kurtulma olduğunu ifade etmektedir. Hemşire, konfor ölçümü öncesi ve sonrasında etkili bir hasta-hemşire etkileşimi ile hasta bireyin fiziksel ve mental konforunu değerlendirebilir (Kolcaba ve Kolcaba 1991; Kolcaba 1992; Tutton ve Seers 2003; Yücel 2011).

Henderson (1978), insanın varlığının dengesini sürdürebilmesi için; normal solunum, yeterli yeme ve içme, boşaltım, hareket etme ve uygun pozisyonu devam ettirme, uyku ve istirahat, uygun giyim eşyası seçme; giyinme, soyunma, çevreye uygun giyinme ve vücut sıcaklığını normal sınırlarda sürdürme, vücudun temiz tutulması ve cildin bütünlüğünün korunması, çevrenin tehlikelerden uzak tutulması ve kazalardan korunma, diğer bireylerle iletişime girerek duygularını, gereksinimlerini, korku ve düşüncelerini ifade etme, inançları doğrultusunda ibadet etme, çalışırken başarı duygusuna erişme, çeşitli eğlence faaliyetlerine katılma, bireyin normal gelişimi ve sağlığı için mevcut sağlık olanaklarından yararlanmasına yardımcı olacak öğrenme, keşfetme ve merakını tatmin etme gibi 14 temel insan gereksiniminin karşılanmasına yardımcı olunması ve bu temel gereksinimlerin bağımsız olarak karşılanmasının sağlanması gerektiğini vurgulamaktadır (Kaya 2013). Kolcaba'ya göre bu aşamalarda denge sürdürülürse, hasta birey konforun rahatlama aşamasında olabilir (Kolcaba 1991; Kolcaba ve Kolcaba 1991; Tutton ve Seers 2003; Yücel 2011).

Paterson (1976-1988) konforu, hemşireliğin doğası ve deneyimi ile etkileşimde olan bir yapı olarak ifade eder ve büyüme, sağlık, özgürlük gibi kavramları altında barındıran bir şemsiyeye benzediğine inanmaktadır. Psikiyatri hemşiresi olan Paterson konforu, hasta bireyin potansiyeline göre belli zaman ve durumda kaderini kontrol etme ve geleceğini planlamada özgür olmasını amaçlayan, fizikselden çok mental bir durum olarak tanımlamaktadır (Kolcaba ve Kolcaba 1991, Tutton ve Seers 2003; Yücel 2011).

Kolcaba'nın, Konfor Kuramı'nın gelişim aşamalarında; “Holizm, İnsan Gereksinimleri ve Henry Murray'ın Gereksinim-Baskı Kuramı” olmak üzere üç felsefi görüşten etkilendiği belirtilmektedir:

*Holizm (Bütüncüllük) Kavramı:* Kolcaba'nın bütüncüllük kavramına göre; birey fiziksel yapısı ile içiçe olan mental, spiritüel ve emosyonel yaşantılarından oluşan bir bütündür ve yaşamını sürdürebilmesi için koşulları oluşturan sosyal ve çevresel ortamlar içerisinde yer almaktadır (Karabacak ve Acaroğlu 2011; Yücel 2011).

*İnsan Gereksinimleri:* Sağlık bakımı ortamında, bireyin temel gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik yardımın hedeflendiği bu aşamada, özellikle beklentilerinin sağlanmasında bireysellik ve kültürel özellikleri doğrultusunda bütüncül bakımın sürdürülmesinin önemi üzerinde durulmaktadır (Karabacak ve Acaroğlu 2011; Yücel 2011).

*Öğrenilmiş Gereksinim-Baskı Kuramı:* Henry Murray ve ark. (1939) tarafından geliştirilen bu kuramda insan davranışını kontrol ettiğine inanılan bir dizi gereksinim öne sürülmektedir. Bu gereksinimler, fizyolojik eksikliklerden doğar ama oldukça durağan kişilik özelliklerini simgelemektedir. Murray, yaklaşımını “kişilik bilimi” (personoloji) olarak adlandırmış ve kişiliğin temel gereksinimlerini belirlemiştir. Yiyecek ve su gibi, iç organlardan kaynaklanan gereksinimlerle pek ilgilenmeyen Murray psikolojik kökenli gereksinimlere odaklanmıştır. Psikolojik kökenli gereksinimi, belirli bir koşulda belirli bir şekilde tepki göstermeye hazır bulunma durumu olarak tanımlamıştır (Akman 2011).

Murray'ın Kuramı'na göre; bireyin yaşadığı çevredeki bireysel gereksinimler ve çevresel baskı arasında bir etkileşim söz konusudur. Çevresel baskı bireysel gereksinimlerin ya desteklendiği ya da engellendiği dış faktörleri belirtmektedir. Murray'a göre alfa baskısı ve beta baskısı olmak üzere iki tür baskı vardır. Alfa baskısı dıştan algılanan çevresel baskıyı ifade ederken, beta baskısı çevresel durumu bireyin kendisinin algılamasını ifade etmektedir (Mumcu 2008). Alfa baskısı negatif güçler (zorlayıcı), pozitif güçler (kolaylaştırıcı) ve etkileşim içinde olan güçlerden oluşurken, beta baskısı alfa baskısında yer alan güçlerin toplam etkisinin birey tarafından algılanması olarak açıklanmaktadır. Birey tarafından yapılan öz değerlendirilmede sonucun olumlu algılanması, diğer durumların da olumlu sonuçlanacağı beklentisini güçlendirmektedir. Üniter yön olarak ifade edilen bu beklenti, önceden yaşanan

deneyimlere göre olumlu ya da olumsuz olabilmektedir. Kolcaba'nın, konfor kuramında alfa baskısını oluşturan negatif güçleri sağlık bakımı gereksinimleri, pozitif güçleri hemşirelik girişimleri olarak ele alınırken, etkileşim içinde olan güçleri hem bireyin gereksinimlerini hem de bakım gereksinimlerini etkileyen yaş, cinsiyet, medeni durum vb. değişkenler olarak tanımlanmaktadır. Beta baskısını ise, sağlık bakımı ortamında hasta bireyin konforunu sağlayacak, sağlık bakımı gereksinimlerini ve bunların karşılanmasına yönelik uygulanan hemşirelik girişimlerini algılaması olarak tanımlanmaktadır. Artan konfor algısı bireyi olumsuz etkileyen gerginliğin azalmasına, yaşama amacı ve yaşam aktivitelerinin yeniden güçlenmesine yol açtığı belirtilmektedir (Karabacak ve Acaroğlu 2011; Kolcaba 1994; Yücel 2011).

#### *Konfor Kuramının Kavramları*

Katharine Kolcaba, konfor konusu üzerine yaptığı ve halen sürdürdüğü çalışmalarının ardından Konfor Kuramı'nı geliştirerek 2003 yılında Konfor Kuramı ve Uygulama: Bütüncül Sağlık Bakımı ve Araştırma İçin Bir Görüş (Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Care and Research) adlı kitabını yayınlamıştır (Karabacak 2004; Kolcaba ve Kolcaba 1991). Kolcaba, konfor ve hasta konforunun sağlanması ile ilgili çalışmaları sonucu Konfor Kuramı'nın üç düzey ve dört boyuttan oluşan taksonomik yapısını oluşturmuştur. Konfor Kuramının ferahlama (relief), rahatlama (ease), üstünlük (transcendence) olmak üzere üç düzeyi bulunmaktadır (Karabacak 2004; Karabacak ve Acaroğlu 2011; Kolcaba ve Kolcaba 1991; Üstündağ ve Eti Aslan 2010; Yücel 2011; Zengin 2010):

*Ferahlama (Relief); Konforu bozan durumdan kurtulma hissi:* Bireyin gereksinimlerinin karşılanmaya başlanması sonucu sıkıntıdan kurtulması ile hissettiği durum olarak tanımlanmaktadır. Özel bir gereksinimin karşılanması sonucu ferahlama yaşanır, eski işlevlere dönme ya da huzurlu ölüm için gereklidir. Hasta bireyin gereksinimlerinin karşılanmasına temellenen hemşirelik kuramlarından kaynağını alan ferahlama; Orlando'nun kuramında gereksinimleri karşılanan hastanın yaşadığı duygu, Henderson'nun kuramında hasta bireyin on dört temel gereksinimden herhangi birinin karşılanması ile hissedilen durum olarak adlandırıldığı belirtilmektedir (Kolcaba ve Kolcaba 1991; Karabacak 2004; Üstündağ ve Eti Aslan 2010; Yücel 2011).

*Rahatlama (Ease); Konforlu olma durumu:* Sakin, rahat ya da huzur içinde olma durumu olarak tanımlanmaktadır. Hasta bireyin rahatlama, memnuniyetten söz etmesi,

memnun olduğunu belirtmesi durumudur. Fiziksel ve duygusal deneyimler ve çevresel özelliklerden etkilenir (Kolcaba 1991; Kolcaba ve Kolcaba 1991; Karabacak 2004; Üstündağ ve Eti Aslan 2010; Yücel 2011).

*Üstünlük (Transdence); Kişisel gelişim (Yenilenme hissi):* Bireyin sorunlarının üstesinden gelmesi, sıradan güçlerin artırılması durumu olarak tanımlanmaktadır. Konfora yönelik gereksinimleri tam olarak karşılanan birey, konforun üstünlük derecesi olan sorunların üstesinden gelme düzeyine ulaşabilmektedir (Kolcaba 1991; Kolcaba ve Kolcaba 1991; Karabacak 2004; Yücel 2011).

Her üç konfor düzeyi de hasta bireyin performansını pozitif yönde etkiler ve kuramsal olarak güç verici bileşenlerdir (Kolcaba 1991a; Kolcaba 1991b; Karabacak 2004; Yücel 2011).

Konfor Kuramı'nın boyutları ise konforun gereksinimlerinin ortaya çıktığı fiziksel, sosyokültürel, psikospiritüel ve çevresel ortamlardır (Kolcaba1991; Kolcaba ve Kolcaba 1991; Kolcaba 1994; Kolcaba ve ark. 2006):

*Fiziksel Konfor:* Bedensel algılarla ilgilidir. Bireyin fiziksel durumunu etkileyen dinlenme ve gevşeme, hastalığa karşı yanıtları, beslenme ve homeodinamizm, bağırsak işlevlerinin sürekliliği gibi fizyolojik faktörleri içermektedir. Ağrı, fiziksel konforun azalmasında en büyük etkenlerden biri olarak görülmektedir. Kolcaba (1994) uyararı oluşturur ya da oluşturmasını fiziksel konforun bireyin hastalığa karşı yanıtlarından kaynaklandığını belirtmektedir. Bu anlamda fiziksel konfor için gerekli fizyolojik göstergeler; sıvı elektrolit dengesi, düzenli ve dengeli kan biyokimyası, yeterli oksijen saturasyonu; metabolik reaksiyonları içeren sağlık göstergeleridir. Bu fizyolojik göstergelerin birinde var olan normalden sapmanın konforu da etkileyebileceği vurgulanmaktadır (Kolcaba 1991; Kolcaba ve Kolcaba 1991; Kolcaba 1994). Bu nedenle gerçekleştirilen araştırmada fizyolojik parametreler ölçülerek YBÜ'deki fiziksel konforun belirlenmesi amaçlanmıştır.

*Psikospiritüel Konfor:* Akılsal, tinsel ve manevi bileşenlerden oluşmaktadır. Bireyin yaşamına anlam veren öğeler, öz-saygı, benlik kavramı, cinsellik ve kendini farkında olma ile ilgili duyguları kapsamaktadır (Kolcaba 1991; Kolcaba ve Kolcaba 1991).

*Çevresel Konfor:* Dış etkenler, durumlar ve bunların üzerindeki etkilerini kapsamaktadır. Bu kapsamda aydınlatma, gürültü, ortamın rengi, ortam ısısı, güvenilir çevre, pencereden görülen manzara gibi insanın dış ortamı ile ilgili kavramlar yer almaktadır (Kolcaba 1991; Kolcaba ve Kolcaba 1991).

*Sosyokültürel Konfor:* Bilgi ve danışmanlık verme, bireyin/ailenin gelenekleri ve alışkanlıklarına duyarlı bakım verme, dini inançlar, finansal destek sistemlerinden yararlanma, kişilerarası iletişimin sağlanması, taburculuğun planlanması ve taburculuk eğitimi, evde bakımın sağlanması sosyokültürel bakımı oluşturan faktörler arasında sayılmaktadır (Kolcaba 1991; Kolcaba ve Kolcaba 1991).

KONFOR BOYUTLARI	KONFOR DÜZEYLERİ		
	Ferahlama	Rahatlama	Üstünlük
Fiziksel			
Psikospiritüel			
Çevresel			
Sosyokültürel			

Şekil 2-1. Konfor Kuramının taksonomik yapısı

Konfor kuramının taksonomik yapısı incelendiğinde; her bir bileşenin birbiri ile ilişkili olduğu görülmektedir (Şekil 2-1). Örneğin; fiziksel konfor bedensel algılarla ilgilidir. Dolayısı ile bireyin çeşitli uyarılara karşı verdiği fiziksel yanıtlara yönelik gereksinimleri karşılandığında, birey bu yanıtların verdiği sıkıntıdan kurtularak rahatlayacak, bir başka deyişle istenilen konfor düzeyine ulaşacaktır.

#### *Kolcaba'nın hemşireliğin temel kavramları tanımları*

Kolcaba'nın Konfor Kuramı'nda hemşireliğin temel kavramları olan hemşirelik, insan, çevre ve sağlık tanımları aşağıdaki gibi açıklanmaktadır (Karabacak ve Acaroğlu 2011; Kolcaba 2010; Yücel 2011):

#### *Hemşirelik:*

- Hasta bireyin konfor gereksinimlerinin tanılanması, bu gereksinimlerin karşılanmasına yönelik hemşirelik bakımı girişimlerinin planlanması ve

uygulanması, uygulama sonrası hasta bireyin konforunun değerlendirilmesi sürecidir.

- Konfor gereksinimlerinin amaçlı olarak değerlendirilmesi, bu gereksinimleri belirlemeye yönelik konfor ölçüm aracının oluşturulması ve uygulama sonrası konfor düzeylerinin yeniden değerlendirilmesidir.
- Değerlendirme, örneğin; yara iyileşmesinin gözlenmesi gibi objektif olabildiği gibi hasta bireyin kendini konforlu olduğunu ifade etmesi gibi subjektif de olabilir.

#### *Sağlık:*

- Hasta birey, aile ya da toplum tarafın işlevlerin en üst düzeyde olduğunun ifade edilmesidir.

#### *İnsan/Hasta Birey:*

- Sağlık bakımı gereksinimi olan birey, aile ya da toplumdur.

#### *Çevre:*

- Konforu sağlamaya yönelik değiştirilebilir dış ortam (oda/ev, araçlar vb.); hemşire ya da etkisi olan/sevilen kişi tarafından düzenlenen birey, aile ya da toplumu çevreleyen durumdur.

Kolcaba, kuramında hastalık kavramını doğrudan tanımlamamakla birlikte, hemşirelik ve sağlık kavramlarının içinde hastalık kavramını ele almaktadır.

#### ***Konfor kuramının iç analizi***

*Açıklık:* Katharine Kolcaba, orta düzey kuramında konforu meydana getiren dört boyut (fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyokültürel) ve üç düzeyden (ferahlama, rahatlama, üstünlük) oluşan temel bileşenleri açıkça tanımlamaktadır. Kolcaba, konforu açık ve net bir şekilde tanımlamaktadır. Ancak diğer yazarlar konforu tanımlarken yanlış yorumlayabilir (Kolcaba ve ark. 2006; Peterson ve Bredow 2009).

*Uygunluk:* Kuramın anlamı, anahtar bileşenleri ile uyum içinde açıklanmaktadır. Kolcaba, farklı araştırma projelerinin hepsinde konforun düzeylerini ve boyutlarını daima aynı uyum içinde açıklamayı sürdürmektedir.

*Yeterlik:* Kuram herhangi bir sağlık bakımı hizmetlerine, değişik yaş gruplarına, evde, hastanede, toplumda, değişik kesim ve gruplarda uyarlanabilir. Kuramın temel anlamı hasta sonuçlarını iyileştirmeye yönelik olduğundan konfor kuramının ölçütleri sadece hastanede değil, aynı zamanda hastane dışında da kullanıma uygun yeterli ölçme aracıdır (Kolcaba ve ark. 2006).

*Mantıksal gelişimi/uygunluğu:* Kuram zaman içinde mantıksal bir gelişimi izlemektedir. Hemşirelikte yeni bir kavram geliştirilmeye başlanırsa kavram analizi gerekmektedir. Kolcaba, konfor kavramını oluştururken değişik birden fazla sözlükten yararlanarak bunlarla ilgili çalışmalar yapmıştır. Konfor kavramı varsayımlarla desteklenmektedir (Peterson ve Bredow 2009).

*Kuramsal gelişimi:* Konfor Kuramı, dergilerde, araştırmalarda ve literatürde açıkça tanımlanmaktadır. Kolcaba, Konfor Kuramını bir orta düzey kuram olarak yayınlamaktadır. Kuramın kavramları ve önermeleri grand teoriye göre daha az olduğundan orta düzey kuram olarak sınıflandırılmaktadır. Kuram, kolaylıkla test edilebilmekte, uygulanabilmektedir. Ancak kuram, tüm araştırma bulgularında yararları ve sonuçları halen tartışılmaktadır (Kolcaba 2001).

#### ***Konfor kuramının dış analizi***

*Gerçeği yansıtma:* Kolcaba, Konfor Kuramının oluşturulmasında ilk hemşirelik araştırmacılardan biri olarak gösterilmektedir. Kolcaba kuramını oluştururken geçmişteki hemşire kuramcılarının çalışmalarına güvenmemiştir; yalnızca konforun geçmişteki tanımlamalarını kullanmıştır (Peterson ve Bredow 2009).

*Yararlılık:* Konfor Kuramı, tüm yaş gruplarındaki hasa bireylerde, kültürel bilgilerde, toplumlarda, durumlarda ya da bölgelerde kullanılabilir. Tüm alanlarda test edilmesine gerek olmaz iken herhangi birinin sağlık durumunu iyileştirme çabalarında kullanılabilir (Kolcaba ve ark. 2006).

*Ayrımcılık:* Konforu yükseltmede hemşirenin rolünü tanımlamaktadır. Hemşireler geçmiş deneyimlerinden yararlanarak bireylerin temel fiziksel, psikososyal ve spiritüel insan gereksinimlerini karşılamaya gereksinim duymaktadır (Malinowski ve Stamler 2002).

*Kapsamlılık:* Kuram tüm yaş gruplarında ve kesimlerde değişik şekillerde hasta bakım sürecinde uygulanabildiğinden geniş bir alanı kapsamaktadır.



*Anlamlılık:* Hemşire ve diğer sağlık bakımı ekibi üyeleri bu kuramı uygulamalarında kullanırsa hasta sonuçlarını anlamlı derecede iyileştirecektir.

*Karmaşıklık:* Kuram dört kavramsal bileşen (fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel ve çevresel) ile birlikte üç ana kavramı (ferahlama, rahatlama ve üstünlük) ortaya koymaktadır. Kuramın tanımı karmaşık olmamakla birlikte, aşırı detaylar ve tanımlamalar olmaksızın daha az sayıdaki değişkenlerle kolayca anlaşılabilir.

#### *Kuramın hemşireliğe katkısı*

Konfor, sağlıklı bakım davranışları ile bağlantılı olumlu bir sonuçtur. Hemşireler hasta bireyleri tanılamada, bireylerin fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel ve çevresel gereksinimlerini değerlendirmektedir. Hemşireler hasta bireylerin fiziksel gereksinimlerini değerlendirirken, fizyolojik işlevlerde bozulmaya neden olan hastalık, virüs, cerrahi girişim gibi durumları araştırmaktadır. Bazı fiziksel konfor gereksinimleri (ağrı, bulantı, kusma, titreme, kaşınma vb.) ilaç kullanılmadan tedavi edilebilmektedir. Hemşireler bu tür sorunları azaltmaya yardımcı olmadıkça ve hasta bireyin memnuniyetini arttırmada değişik girişimler kullanabilir (Kolcaba ve ark. 2006).

Sonuç olarak; Kolcaba'nın orta düzeydeki Konfor Kuramı, sağlık bakımı hizmetlerinin tüm alanlarında uygulanabilir. Buna göre; YBÜ'ye kabul edilen hasta bireyin öncelikle karşılanmayan konfor gereksinimleri belirlenmeli, belirlenen gereksinimleri karşılamak üzere girişimler planlanmalı, girişimlerin başarıya ulaşmasını etkileyen faktörler dikkate alınmalı ve girişimler değerlendirilmelidir. Hasta bireye uygulanan tüm hemşirelik bakımı girişimleri sonucunda bireyin konforu artmış olmalıdır. Bu doğrultuda YBÜ'deki hasta bireyin konforunu sağlayarak sürdürebilmek için öncelikle YBÜ'de konfor düzeyini etkileyebilecek faktörlerin gözden geçirilmesi gerekmektedir. Aşağıda bu faktörler konfor kuramının boyutlarına göre ele alınmaktadır.

#### **2.2.2. Yoğun Bakım Ünitesinde Konfor Düzeyini Etkileyen Faktörler**

Yoğun bakım ünitesinde konfor, üniteye yaşanabilecek stresli durumlarda ortaya çıkan sorunlardan kurtulma, huzurlu olma ve üstesinden gelme gereksinimlerinin karşılanması şeklinde tanımlanabilir. Konfor, YBÜ'deki hasta bireyde beklenen pozitif bir sonuç olarak kabul edilebilir (Üstündağ 2009).

Yoğun bakım ünitesindeki hasta bireyin konfor düzeyi aynı zamanda üniteye sunulan hemşirelik bakımının kalitesini ölçmek için bir gösterge sayılabilir. Bu nedenle YBÜ’de hemşirelik bakımının kalitesini yükseltebilmek için konfor düzeyini olumsuz yönde etkileyebilecek faktörlerin bilinmesi ve bu faktörlerin düzenlenmesi oldukça önemlidir. Aşağıda YBÜ’de konfor düzeyini etkileyebilecek fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyokültürel faktörler ele alınmaktadır.

### **2.2.2.1. Fiziksel Faktörler**

Yoğun bakım ünitesinde konfor düzeyini etkileyen fiziksel faktörler arasında; homeostatikdengenin bozulması, ağrı, uykusuzluk, yetersiz beslenmeye da beslenme şeklinin değişmesi, endotrakeal entübasyon, mekanik ventilasyon, endotrakeal aspirasyon, susuzluk hissi ve intravenöz girişim uygulamaları, sedasyon için uygulanan ilaçlar, pozisyonu, boşaltım alışkanlığının değişmesi, immobilizasyon, yaşam aktivitelerinde bağımlılık, bakım ve tedavi sürecinde gelişen komplikasyonlar (basınç yaraları, düşme, infeksiyonlar vb.) sayılabilmektedir (Kolcaba ve ark. 2006; Zengin 2010).

Ağrı, YBÜ’de hasta bireyin konforunu bozan en önemli stresör olarak görülmekle birlikte; vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan, kuvvetli bir doku hasarına bağlı olan ya da olmayan, bireyin geçmişte edindiği, öznel, primitif protektif deneyimleri ile ilgili, hoş olmayan emosyonel bir duyum, davranış şekli olarak tanımlanmaktadır (Düzel 2008). Yoğun bakım ünitesinde özellikle cerrahi girişim sonrası girişim alanındaki cerrahi yaralar, bireylere uygulanan girişimsel araç-gereçler (arteriyel kateter, santral venöz kateter, pulmoner arter kateteri, idrar sondası, nasogastrik sonda, drenler vb.), uzun süreli hareketsizlik, endotrakeal entübasyon, endotrakeal aspirasyon, mekanik ventilasyon, cerrahi pansuman uygulamaları, kateter takma ya da çıkarma, pozisyon verme, vb. bakım ve tedavi girişimleri hasta bireyin ağrı deneyimlemesine neden olmaktadır (Demir 2012; Kolcaba ve ark. 2006; Zengin 2010). Ayrıca uzun süre kontrol altına alınamayan ağrının bağışıklık sisteminin baskılanmasına, taşikardi, miyokardın oksijen gereksiniminde artışına, serebrovasküler otonömlasyonda azalmaya, intrakranial basınçta artmaya ve katabolizma sürecinin uzamasına, diyafram ve göğüs hareketinin azalmasına bağlı olarak solunum sistemi ile ilgili komplikasyonların gelişmesine; dolayısıyla mekanik ventilasyona bağlı kalma ve yoğun bakım sürecinin uzamasına neden olduğu belirtilmektedir (Demir 2012; Zengin 2010).

Yoğun bakım ünitelerinde hava yolunun kontrolünü sağlamak amacıyla vazgeçilmez bir yöntem olarak uygulanan endotrakeal entübasyonun sağladığı yararların yanısıra bazı komplikasyonlara da neden olduğu bilinmektedir. Bu komplikasyonlar arasında; aspirasyon, dişlerde hasar, kardiyak aritmi, kollaps, hipoksi, tüpün kaf arkasında biriken sekresyonun yer değiştirmesine bağlı ventilatörle ilişkili pnömöni riskinde artma vb. sayılabilmektedir (Gündoğan ve ark. 2011). Öte yandan YBÜ’de sıklıkla uygulanan endotrakeal entübasyonun, hasta bireylerde susuzluk, konuşamama ve boğulma hissine yol açtığı belirtilmektedir (Yava ve Koyuncu 2006). Endotrekeal tüp uygulamalarında, katekolamin deşarjı, sedasyon gereksiniminde artma, ajitasyon ve hareketliliğe bağlı endotrakeal tüpün spontan ya da hasta bireyin müdahalesine bağlı olarak çıkması ile kardiyak arrest, ağrı, acı vb. komplikasyonlar ve ölüm gelişebildiği belirtilmektedir (Zengin 2010). Ayrıca mekanik ventilasyon tedavisinin hasta bireylerin kontrol hissini azaltan en önemli stres faktörü olduğu ve bu nedenle bireylerin konuşamama, susuzluk, trakeal aspirasyon ve bir alete bağımlı olmaktan dolayı sıkıntı yaşadıkları ifade edilmektedir.

Yoğun bakım ünitesinde konfor düzeyini etkileyen fiziksel faktörlerden biri de immobilizasyondur. Yoğun bakım ünitesinde çok fazla sayıda uygulanan girişimsel araç-gereçler ve hastalık özellikleri hasta bireyleri uzun süre yatağa bağımlı hale getirmektedir. Başkalarının yardımı olmaksızın hareket edemeyen ve yaşam aktivitelerini de bağımlı olarak gerçekleştiren hasta bireylerin konfor düzeyleri olumsuz yönde etkilenmektedir. Aynı zamanda yatakta uzun süre aynı pozisyonda bırakılan hasta bireylerde; pulmoner komplikasyonlar (atelektazi, pnömöni ve aspirasyon) kardiyak performans değişimleri, basınç yaraları, kas ve kemik atrofileri, tromboembolik komplikasyonlar, anemi, hormonal değişimler, sekresyon birikimi, kas kütlelerinde azalma, eklem açıklığı hareketlerinde azalma, basınç yaraları vb. görüldüğü belirtilmektedir (Polat 2007; Yıldırım ve Yavuz 2009).

Yoğun bakım ünitesinde konfor düzeyini etkileyen diğer fiziksel faktör uykusuzluktur. Uykusuzluk, YBÜ’de yaygın olarak görülen hasta birey için önemli bir sorundur. Uyku bireyi stres ve sorumluluklardan uzaklaştırarak rahatlatan, ruhsal ve fiziksel açıdan yeniden enerji depolamasını sağlayan iyileşme ve sağlık için zorunlu bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Zengin 2010). Uykusuzluğa neden olan faktörler arasında; YBÜ’de gece ve gündüz zaman kavramının olmaması, YBÜ’nün fiziksel

ortamı (ışık, ısı, gürültü, hoş olmayan kokular vb.), bakım ve tedavi uygulamalarının gece yapılması, hasta bireyin ağrı deneyimlemesi, ilaç uygulamaları vb. sayılabilmektedir. Uykusuzluk sonucu bireylerde bilişsel işlevlerde bozulma, yara iyileşmesinde gecikme, konfüzyon, deliryum, depresyon görülebilmektedir (Kadiev ve Ali 2008; Matthews 2011; Uğraş ve Öztekin 2007). Ayrıca uykusuzluğun kardiyovasküler sistemi etkilemesi sonucu; aritmi, geceleri kan basıncında yükselme, kalp yetmezliğinde kötüleşme ve ölüm; solunum sistemini etkilemesi sonucunda da üst hava yolu kaslarında zayıflama, mekanik ventilatörden ayırlamama, apne ve hipoapne gelişebilmektedir (Zengin 2010). Uğraş ve Öztekin'in (2007) yaptıkları çalışmada; nöroşirürji YBÜ'de hasta bireylerin %78,6'sının uykusuzluk sorununu deneyimledikleri ve uykusuzluğa neden olan faktörler arasında ise en sıklıkla immobilizasyon (%63,6) ve ünitenin gürültüsü (%57,6) sayılmaktadır.

Ayrıca YBÜ'de hasta bireylerin yaşam aktivitelerini bağımlı bir şekilde gerçekleştirmeleri de konfor düzeyini etkileyen fiziksel faktörlerden sayılabilir.

#### **2.2.2.2. Psikospiritüel Faktörler**

Teknolojik araç-gereç ve bilinmeyenlerle dolu bir yer olan YBÜ'de bulunmak hasta bireyler için başlı başına bir anksiyete kaynağıdır ve YBÜ'de konforu olumsuz yönde etkileyen psikospiritüel faktörlerin başında gelmektedir. Yoğun bakım ünitesinde anksiyeteye neden olan faktörler arasında; başlıca fiziksel kontrolün kaybı, hastalığın ciddiyetini algılama, özellikle yapay havayolu nedeniyle iletişim kuramama, yetersiz ağrı yönetimi, yer/zaman oryantasyonu kaybı, çevreden kaynaklanan kötü kokular, gürültü, çalışanlardan kaynaklanan kötü iletişim, hasta bireyin yanında ünite çalışan sağlık bakımı ekibinin konuşması, her türlü konu ve girişim ile ilgili bilgilendirilmeme, hastalık süreci ile ilgili belirsizlik, uykunun bölünmesi, beden imajının zedelenmesi, kendine olan güvenin kaybı, ilişkilerde değişiklikler, kontrolü kaybetme duygusu, olası ekonomik kayıplar, yaşam aktivitelerinde başkalarına bağımlı olma, kötüye giden hastalık süreci, korku, hasta bireyin genel durumunda ani değişimler sayılmaktadır (Üstündağ 2009; Zengin 2010).

#### **2.2.2.3. Çevresel Faktörler**

Yoğun bakım ünitesinde konforu etkileyen çevresel faktörler arasında; YBÜ'nün ırsısı, aydınlatması, üniteye duvarların rengi, ünitenin penceresinden görülen manzara, üniteye gürültü, hasta yatakları, ünitenin giriş kapısında yer karşılama notu, vb.

sayılmaktadır (Kolcaba 1991; Kolcaba ve Kolcaba 1991). Yoğun bakım ünitesindeki klimalı soğuk ortam, gürültü, kargaşa, kaos, çok parlak ışık, hoş olmayan kokular, hasta bireyin mahremiyetine saygı gösterilmemesi, rahat olmayan sedye ve yataklar YBÜ'ye kabul edilen hasta bireyin konforunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Üstündağ 2009). Bu faktörlerden gürültü YBÜ'de konforu etkileyen en önemli çevresel faktörlerden biri olarak görülmektedir.

Gürültü, istenmeyen ses, bireyin/grubun fizyolojik ve psikolojik boyutlarını olumsuz yönde etkileyebilen ses; hasta bireyde rahatsızlığa neden olan çevresel zarar/tehlike olarak tanımlanmaktadır. Gürültülü bir YBÜ ortamının uyku bozukluğu, yara iyileşmesinde gecikme ve sempatik sinir sisteminin aktivasyonuna yol açtığı, hatta işitme kayıplarına, vertigo, ajitasyon, yorgunluk, mide ve duodenal ülser vb. gastrointestinal sorunlara, kardiyak aritmi, sinir sistemi bozukluklarına, psikişik sorunlara ve YBÜ'de kalma süresinin uzamasına neden olabileceği belirtilmektedir (Juang ve ark. 2010; Pugh 2007).

Yoğun bakım ünitesinde kullanılan tüm teknolojik araç-gereçlerin, hasta bireye takılı bulunan göğüs tüplerindeki su seslerinin, çalan telefonun, ünite kapılarının açılıp kapanmasının, sürekli çalan monitör alarmlarının gürültüye neden olduğu bilinmektedir. Yoğun bakım ünitesinde kayıt edilen gürültü seviyeleri dikkate alındığında; üniteye yere bir şeyler düşürmenin 92 desibel'in (dB(A)) üzerinde, ekipmanların hareketi (ör; yatakların çekilmesi vb.) 90 dB(A), ventilatör alarmlarının 70-85 dB(A), monitör alarmlarının 79 dB(A), IV infüzyon cihazı alarmlarının 65-77 dB(A), aspiratörlerin 50-75 dB(A) düzeyinde ses çıkarttıkları belirtilmektedir (Pugh 2007). Yoğun bakım ünitelerindeki 55-70 dB(A) arasındaki gürültü seviyesinin normal kabul edilebileceği ancak bu seviyenin 80 dB(A)'in üzerine çıktığında ünite çalışanlar üzerinde olumsuz etkilere yol açtığı; hatta aşırı gürültünün işitme kayıplarına bile neden olabileceği ifade edilmektedir (Terzi ve ark. 2012). Terzi ve ark.'nın (2012) yaptığı araştırma sonuçlarına göre; YBÜ'deki gürültüye en fazla (n=130, %86,67) ünitelerde bulunan araç-gereçlerin (aspiratör, ventilatör, infüzyon pompaları, hemofiltrasyon cihazı, pendant fren sistemi) ve çalışanların neden olduğu belirtilmektedir. Aynı çalışmada YBÜ'leri arasında gürültü düzeyleri karşılaştırıldığında ise; gürültü düzeyinin en yüksek (71,37 dBA) yenidoğan yoğun bakım ünitesi, en düşük (56,77 dBA) ise aritmi yoğun bakım ünitesi olduğu belirtilmektedir.

Ayrıca YBÜ’de aydınlatmada sürekli yanarak beyaz ışık veren floresan lambalarının, üniteye dışarıya görebilecek bir pencere olmaması, ünitenin soğuk olması, üniteye hoş olmayan kötü kokuların hakim olması, üniteye duvarların renklerinin soluk olması vb. faktörler de konfor düzeyini etkileyebilmektedir.

#### **2.2.2.4. Sosyokültürel Faktörler**

Yoğun bakım ünitesinde hasta bireyin aile ve arkadaşlarıyla sözlü ya da sözsüz iletişim kuramaması, aile ve hastanın genel sağlık durumu ve yapılan uygulamalar ile ilgili yeterli bilgi alamaması, yoğun bakım ortamından ve sağlık sorunlarından dolayı toplumdan izole olması sosyokültürel boyutta hasta konforunu etkileyebilmektedir (Zengin 2010).

Öte yandan aileden ayrı kalma, YBÜ’de kültürel geleneklerin önemsenmemesi ve uygulanmaması, özensiz bakım, bakımın sürekli olmaması, bakımın kalitesinin kötü olması, hasta bireyin sosyal güvencesinin olmaması, güvensizlik, hasta bireye/aileye bakım ve tedavi uygulamaları ve tam bir iyileşme için güvence verilememesi, bakım ve tedavi uygulamaları sırasında yapılan tıbbi hatalar, girişimsel işlemler sırasında aseptik tekniğin doğru uygulanmaması, nazokomiyal infeksiyonlar vb. sosyokültürel faktörler konfor düzeyini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Kolcaba 1991; Kolcaba ve Kolcaba 1991; Üstündağ 2009; Williams ve Irurita 2006).

Bu çalışmada YBÜ’ye planlı kabul protokolünün oluşturulmasında Roper, Logan ve Tierney’in Hemşirelik Modelinde yer alan yaşam aktivitelerinden yararlanıldı. Bu nedenle aşağıda bu model ve öğeleri doğrultusunda bireyin bakımı ele alındı.

### **2.3. ROPER, LOGAN VE TIERNEY’İN HEMŞİRELİK MODELİ REHBERLİĞİNDE YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNE KABUL EDİLEN BİREYİN BAKIMI**

Hemşirelik modeli, aralarında mantıksal ilişki kurulan kavramların şematik olarak uygulamaya aktarılmasıdır (Arslan Özkan ve Okumuş 2012; Ekim ve ark. 2012). Hemşirelik modelleri hemşirelik sürecinin tanımlama aşamasında verilerin eksiksiz ve doğru olarak toplanmasını, toplanan verilerin sistematize şekilde analiz edilmesini sağlamaktadır. Araştırmalara rehberlik etme ve hemşirelik uygulamalarına yönelik bilgi sağlama konusunda hemşirelik modelleri önemli bir role sahiptir. Ayrıca hemşirelik bakımı sürecinde hemşirelik modellerinin kullanımı profesyonel ortak bir dil

oluşturulmasını sağlamakla birlikte hemşirelik mesleğinin imajını ve değerini yükseltmekte, hemşirelik uygulamalarının yasallaşmasında yol gösterici olmaktadır (Colley 2003; Kaya ve ark. 2010).

Araştırma ve uygulamada modellerin rehber alınması, hemşirelerin tıbbi uygulamalara değil hemşirelik bakımı rolüne odaklanmasına yardımcı olmaktadır. Modeller, hem düşünme sürecine hem de uygulamalara rehberlik etmektedir (Ekim ve ark. 2012).

Hemşirelikte birçok kavramsal model bulunmaktadır ve hemşire araştırmacıların, araştırmalarında bu kavramsal modellerden birini kullanmaları, hemşirelik disiplinine önemli katkılar sağlamaktadır. Hemşirelik eğitimi ve uygulama alanlarında en çok kullanılan modellerden biri Roper, Logan ve Tierney'in Hemşirelik Modeli'dir. Bu Hemşirelik Modeli ilk defa Britanya'da Roper (1976) tarafından tasarlanmıştır; Roper, Logan ve Tierney bu çalışma üzerinde incelemeler yaptıktan (1980, 1981, 1983) sonra son şeklini belirlemişlerdir. Humanist ve bütüncül bir yaklaşımla bireyi bakım merkezine koyan bu model, bakımda bireyin katılımını öngörmektedir. Ayrıca hemşirelik uygulamalarının sağlık bakımı sisteminin tüm hizmet alanlarına entegre edilmesinin önemini belirtmekte ve bunu sağlayan bir yapı oluşturmaktadır (Kaya 2012; Roper ve ark. 1996; Terzi 2009).

Roper, Logan ve Tierney'in Hemşirelik Modeli; yaşam süresi, yaşam aktiviteleri, yaşam aktivitelerini etkileyen faktörler, bağımlılık/bağımsızlık dizgesi ve bireye özgü hemşirelik bakımı olmak üzere beş ögeden oluşmaktadır (Roper ve ark. 1996; Terzi 2009).

### **2.3.1. Yaşam Süresi**

Yaşam, döllenme ile başlayıp ölüme kadar olan bir süreçtir. Bu modelde yaşam dönemleri; doğum öncesi, bebeklik, çocukluk, ergenlik, yetişkinlik ve yaşlılık olarak ele alınmaktadır. Hemşire, döllenme sonrası doğumdan ölüme kadar yaşam süresinin her aşamasında, bireyin sağlığının korunması, geliştirilmesi ve bakım gereksinimlerinin karşılanmasında önemli rol ve sorumluluklar üstlenmektedir. Öte yandan hemşirelik bakımının, bireyin içinde bulunduğu yaşam evresinin göz önüne alınarak gerçekleştirilmesi, hemşirelik sürecinin tüm aşamalarında etkili olmakta ve bireye özgü hemşirelik bakımının verilmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Roper ve ark. 1996; Terzi 2009).

Yoğun bakım üniteleri, bebek, çocuk, adölesan, erişkin, yaşlı her yaştan bireylere bakım veren birimlerdir. Hatta günümüzde bebekler için yenidoğan yoğun bakım, çocuklar için çocuk yoğun bakım üniteleri de bulunmaktadır (Terzi 2009).

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

Kritik hastalıkları nedeniyle YBÜ'ye kabul edilen bebeklerin, yaşam şansları YBÜ'de verilen bakıma dayanmaktadır. Yoğun bakım ortamı, bebeğin gelişimsel olarak hazır olmadığı bir anda hastalık, gürültü, ışık, tekrarlanan ağrılı uyaranlar, analjeziklerin uygulanması, ilaç uygulamaları gibi etkenler ile karşılaşmasının yanında dokunma, emme ve anne sesi gibi normal anne-bebek etkileşimini sağlayan faktörlerden de uzak kalmasına neden olmaktadır. Stres ve ağrı gibi uyaranlar nöroendokrin sistemi aktive ederek, gelişim üzerine değişik etkilerde bulunmaktadır. Anne-baba temasından ve uyaranlardan yoksun, bebeği rahatsız eden, onun için stres ve aşırı uyaranlara neden olan yoğun bakım ortamı, bebeğin fizyolojik parametrelerini ve henüz gelişmemiş organ sistemlerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Erdeve ve ark. 2008; Terzi 2009).

Adölesan dönemindeki genç bireyler genellikle intihar amaçlı ilaç intoksikasyonları, aşırı doz alkol alımı sonucu bilinç bulanıklığı, trafik kazaları gibi nedenlerle bakım ve tedavi almak üzere YBÜ'ye kabul edilmektedir. Yoğun bakım ünitesi adölesanlar için sıkıcı ve korkutucu olmakla birlikte adölesanların üniteye uyum sürecinde birtakım sorunlar yaşanabilmektedir. Adölesan, bakım, tedavi ve izlem için kendisine bağlı bulunan ve beden imajını bozan monitör ve destek sistemlerinin (MV devresi, kateterler vb.) bağlantılarını çekerek ajitasyon, huzursuzluk gösterebilmektedir. Bu durumlar genç hasta bireylerin fizyolojik parametrelerini ve konfor düzeylerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. (Roper ve ark. 1996).



Yetişkin bireylerin YBÜ'ye uyum süreçleri adölesanlara göre daha kolay olabilmektedir. Ancak bu bireylerin YBÜ'de ailelerinden uzakta kalarak toplum içinde üstlendikleri rollerini gerçekleştirememeleri, bakım-tedavi destek sistemlerine ve diğer bireylere bağımlı duruma geçmeleri gibi nedenler; anksiyete, ümitsizlik, korku vb. olumsuz duygular yaşamasına yol açabilmekte dolayısıyla bu bireylerin fizyolojik parametreleri ve konfor düzeyleri de etkilenebilmektedir (Roper ve ark. 1996; Terzi 2009).

Modern tıbbın ilerlemesi ile hasta bireylerin bakım ve tedavisi başarılı sonuçlar vermekte ve yaşam kalitesi ile birlikte yaşam süresi de uzamaktadır. Bu durum özellikle bakım ve tedavi için YBÜ gerektiren yaşlı bireylerin sayısında da artışa sebep olmaktadır. Ancak ilerleyen yaş, YBÜ'de kalış süresini uzatarak ek hastalıkların sayısının ve şiddetinin artmasına neden olmakta, yaşamı tehdit altında olan hasta bireylerde mortaliteyi arttıran bir faktör olarak görülmektedir. Yaşlı bireyler geçirdikleri cerrahi bir girişim sonrası yakından izlemin yanında genellikle böbrek yetmezliği, miyokart enfarktüsü, aritmiler, kalp yetmezliği, solunum yetmezliği gibi ek kronik hastalık nedenleri ile YBÜ'ye kabul edilmektedir. Hiç bilmedikleri bir ortam olan YBÜ, yaşlı bireylerin yer, zaman ve kişi oryantasyonunu bozabilmekte; bu bireylerin bilinç bulanıklığı, depresyon, anksiyete, yalnızlık, ağrı gibi konforlarını bozabilecek olumsuz deneyimler yaşayabilmektedir (Terzi 2009; Umuroğlu ve ark. 2006). Öte yandan; yaşlı hasta bireylerde cerrahi girişim sırasında aşırı sıvı kayıplarının yetersiz replasmanı hipovolemiye, hipovolemi de YBÜ'ye kabulden sonra ameliyat sonrası dönemde hipotansiyona neden olabilmektedir. Yaşlı hasta bireylerde hava yolunun aspirasyondan koruma yeteneğinin belirgin biçimde azalması, abdominal ağrı ve ameliyat sonrası ağrıyı gidermek için verilen opioid ilaçların solunum işlevini deprese etmesi sonucu solunum sayısı ve ritminde değişikliklere hatta hipoksiye neden olabilmektedir. Ayrıca yaşlı hasta bireylerin vücut sıcaklıkları uzun süren cerrahi girişimden sonra hipotermiktir (32.2°C-35.0°C'ye kadar düşebilir) ve yeniden ısınmaları uzun zaman almaktadır (Aygin ve ark. 2012).

Sonuç olarak; tüm yaşam dönemlerindeki bireyler YBÜ'ye kabul edilmekte, bireyin fizyolojik parametreleri ve konfor düzeyi, içinde bulunduğu yaşam döneminden etkilenebilmektedir. Araştırmamızda ise, YBÜ'ye kabul edilen 18-75 yaş arasındaki hasta bireyler örneklem grubunu oluşturmaktadır.

### 2.3.2. Yaşam Aktiviteleri

Yaşam Aktiviteleri (YA), Roper, Logan ve Tierney'in Hemşirelik Modeli'nin temel ögesini oluşturmakta ve 12 hayati aktiviteden meydana gelmektedir. Bu aktivitelerin bir bölümü yaşamın sürdürülmesi için gerekli olan biyolojik aktiviteleri (güvenli çevrenin sağlanması, solunum, beslenme, boşaltım, vücut sıcaklığının kontrolü, hareket, uyku) kapsamaktadır. Kişisel temizlik ve giyim, iletişim, çalışma ve eğlenme, cinselliği ifade etme aktiviteleri ise yaşam kalitesini yükselten aktivitelerdir. Ayrıca bu modelde YA'yi etkilemesi ve yaşamın sonunu ifade etmesi açısından ölüm sürecine de yer verilmektedir. Modelde YA'nın her biri, birbiri ile etkileşim içindedir (Kaya 2012; Roper ve ark. 1996; Terzi 2009).

#### *Güvenli Çevrenin Sağlanması Aktivitesi*

Bireyin canlı olarak kalabilmesi ve diğer YA'yı gerçekleştirebilmesi için güvenli bir ortam içinde bulunması gerekir. Güvenli çevre, biyolojik, fiziksel, sosyal ve kültürel yönden güvenli bir ortamı çağrıştırmaktadır (Roper ve ark. 1996; Terzi 2009).

Yoğun bakım ünitesinde; ortamın aydınlatılmasının çoğunlukla yapay olarak sağlanması, hoş olmayan kokuların çok fazla olması, yatak başı monitörler, ventilatör cihazları, infüzyon pompaları, aspiratörler, vb. yabancı araç gereçlerin varlığı ve bu araç gereçlerden ve sağlık bakımı ekibinin hasta yatak başlarında konuşmalarından kaynaklanan gürültü, hasta yataklarının birbirine çok yakın olması, üniteye televizyon (TV), radyo gibi araçların olmaması, ziyaretçi kısıtlaması, başka hasta bireylere yapılan tıbbi işlemlere, hasta bireylerin acı çektiğine ve kötüleştiğine ya da ölümüne tanık olunması gibi faktörler YBÜ'ye kabul edilen hasta bireylerin rahatsızlık hissetmesine neden olmaktadır (Tunçay ve Uçar 2010).

Yer ve zaman oryantasyonunun olmadığı YBÜ'de yaşamsal işlevlerin devamı için uygulanan endotrakeal tüp, santral venöz kateter, üretral kateter gibi girişimsel girişimler ve monitörizasyon, hasta bireylerin hareketlerini kısıtlamaktadır. Kısıtlanmış bireyler kendilerini ifade edemediklerinden çaresizlik yaşayabilmektedir. Hatta bu durumlar bir süre sonra bireylerin bilinç durumlarında değişmeler, halüsinasyonlar, disoryantasyonlarla karakterize deliryum yaşamalarına neden olabilmektedir (Dedeli ve Akyol 2005; Terzi 2009).

Yoğun bakım üniteleri hastane infeksiyonlarının sık görüldüğü ortamlardır. Yoğun bakım ünitelerinde yatan hasta bireylerin kan, vücut sıvıları vb. oluşumlarının

ortama açık olması, girişimsel girişimlerin daha fazla olması, diğer yandan sağlık personeli ile hasta bireylerin çok fazla temas halinde olmaları hastane infeksiyonlarının %25'nin bu ünitelerde görülmesine neden olduğu belirtilmektedir (İlgün ve Ovayolu 2005; Terzi 2009). İnfeksiyon gelişen hasta bireylerin fizyolojik parametrelerinde değişiklikler (hipertermi, hipotansiyon, taşikardi vb.) olabilmektedir. Bu durumu iyileştirmek ya da hafifletmek için YBÜ'de uygulanan bakım ve tedavi girişimleri (soğuk uygulama, ilaç tedavisi, kateter takılması vb.) hasta bireylerin konforunu bozarak rahatsızlık hissetmelerine yol açabilmektedir.

Yoğun bakım ünitelerinde girişimsel uygulamaların neden olduğu ağrının yanı sıra, çeşitli amaçlarla uygulanan kateterler, drenler, girişimsel ve girişimsel olmayışlemler, aspirasyon, pansuman değişimleri, pozisyon değişiklikleri, vücut banyosu, solunum fizyoterapisi uygulamaları ile nakil ve taburculuk işlemleri de ağrıya neden olabilmektedir. Yoğun bakım ünitelerinde bakım ve tedavisi sürdürülen hasta bireylerin %60'ından fazlasının orta ya da şiddetli ağrı çektikleri, ancak bu bireylerin %79'unun entübasyon tüpü nedeniyle ağrılarını sözlü olarak yeterince ifade edemedikleri yapılan çalışmalarla ortaya konmaktadır (Aslan ve Karadağ 2007). Ağrı özellikle cerrahi girişim sonrası YBÜ'ye kabul edilen hasta bireylerde sıklıkla görülen bir rahatsızlıktır ve bireylerin fizyolojik parametrelerini de olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Araştırmada hem bilinci açık hem de ameliyat sonrası sedatize edilmiş olan hasta bireyler ile çalışıldı.

### ***İletişim Aktivitesi***

Sosyal bir varlık olan insan, yaşadığı grup ve ortamlarda sözel ve sözel olmayan iletişim tekniklerini kullanmaktadır. Sağlıklı bir insanın yaşamında gereklilik olarak belirtilen iletişim, hastane, okul gibi yeni bir duruma ve yeni bir ortama uyum söz konusu olduğunda önemli bir aktivite olmaktadır (Roper ve ark. 1996; Terzi 2009).

Yoğun bakım ünitesinde entübasyon olgusu, hasta bireyler tarafından en önemli yoğun bakım stresörleri arasında sayılmaktadır. Bunun en önemli nedenleri arasında entübe hasta bireylerin trakealarına yerleştirilen tüpten dolayı konuşamamaları, gereksinimlerini ve korkularını ifade edememeleri ile iletişim kurma güçlükleri sayılmaktadır. Böylece entübasyona bağlı gelişen korku ve anksiyete bireylerin rahatsızlık hissetmelerine neden olmakta ve hatta iyileşmeyi de olumsuz yönde etkilemektedir (Fredriksen ve Ringsberg 2007; Yava ve Koyuncu 2006).

Yoğun bakım ünitesindeki pek çok olumsuz çevre koşulları ve yapılan girişimsel işlemler hasta bireylerin anksiyete, ajitasyon, deliryum vb. sorunlar yaşamasına neden olmakta ve konfor düzeyleri düşmektedir. Sedasyon YBÜ'de hasta bireylerin konforunun sağlanmasında yoğun bakımın en önemli bileşenini oluşturmaktadır. Yetersiz sedasyon hasta bireylerde hipertansiyon, taşikardi, hipoksi, ventilatörle boğuşma gibi belirtilere yol açarken; aşırı sedasyon durumunda ise hipotansiyon, bradikardi, solunum depresyonu, koma gibi istenmeyen durumlar görülebilmektedir. Her kurumun kendine özgü bir sedasyon uygulama protokolü ve sedasyon-ajitasyon değerlendirme skalası mevcuttur. Son yıllarda YBÜ'de hasta bireyin konforunu ve uyanıklılığını sağlayacak kadar sedasyon yapılması gerektiği savunulmaktadır. Öte yandan hasta bireyin sedasyon gereksiniminde sedasyon-ajitasyon düzeyini değerlendirme skalalarının kullanılması oldukça önem taşımaktadır (Sarıcaoğlu ve ark. 2005). Araştırmada deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin sedasyon-ajitasyon durumlarını incelemek ve dolayısı ile bu değişkenlerin fizyolojik parametreler ve konfor düzeyine etkisini test etme amacı ile Riker Sedasyon-Ajitasyon Skalası kullanıldı.

### ***Solunum Aktivitesi***

İnsanın doğumu ile başlayan ve ölümü ile son bulan, diğer aktivitelerin gerçekleşmesi için zorunlu olan çok önemli bir aktivitedir (Kaya 2012; Roper ve ark. 1996; Terzi 2009).

Yoğun bakım ünitesine kabul edilen hasta bireylerde solunum aktivitesi ile ilgili sorunlar sıklıkla görülmektedir. Hasta bireyin kendi solunumunu yapabileceği döneme kadar eksternal bir araçla akciğerlerindeki gaz değişimini sağlamak olarak tanımlanan mekanik ventilasyon, YBÜ'lerinde yaygın olarak uygulanan bir destek tedavi yöntemidir. Bu yöntem; entübasyon ya da trakeostomi ile trakeaya tüp yerleştirilmesi şeklindeki girişimsel olabildiği gibi girişimsel olmayan yöntemlerle de uygulanabilmektedir. Girişimsel mekanik ventilasyonda (MV) aynı zamanda açık hava yolunun sürdürülmesi için akciğerlerde biriken sekresyonların, oral ve nazal sekresyonların temizlenmesi için aspirasyon işlemi uygulanmaktadır. Bu uygulamalar sırasında özellikle bilinci açık hasta bireyler rahatsız olmakta, bu işlemler bireylerin ağrı ve anksiyete yaşamalarına neden olabilmektedir (Çelik 2006; Öz ve Köksal 2006). Ayrıca MV tedavisi ve aspirasyon işlemleri sırasında hasta bireylerin SpO<sub>2</sub> değerleri ve

solunum tipleri değişebilmektedir. Özellikle MV'den ayırarak uzun süreli aspirasyon yapmak solunumun kötüleşmesine ve SpO<sub>2</sub>'nin düşmesine neden olabilmektedir.

Solunum aktivitesi, YBÜ'ye kabul edilen bireylerde bağımlı ya da yarı bağımlı şekilde gerçekleştirilebilirken, diğer tüm YA olumsuz etkilenebilmektedir.

### ***Beslenme Aktivitesi***

Beslenme, diğer aktivitelerin yerine getirilebilmesi için gerekli olan enerjinin sağlanması, hücresel faaliyetlerin sürdürülmesi, yaşamın devam ettirilmesi için günde birkaç kez yapılan temel aktivitelerden biridir (Kaya 2012; Roper ve ark. 1996; Terzi 2009).

Yoğun bakım ünitesine cerrahi bir girişim sonrası kabul edilen hasta bireyler, ameliyattan sonra birkaç saat beslenmemektedir. Ameliyat sonrası bulantı ve kusması olmayan hasta bireyler eğer cerrahi nedenle herhangi bir kısıtlama yoksa sıvı gıdalarla yavaş yavaş oral yoldan beslenebilmektedir. Beslenme gereksinimi normal oral yol ile karşılanabileceği gibi bazen de nazogastrik, orogastrik, gastrostomi gibi gastrik tüplerle enteral yollarla ya da santral/periferal bir kateter aracılığıyla parenteral yollarla gerçekleştirilmektedir. Beslenme gereksiniminin karşılanması amacı ile takılan yardımcı araç gereçler hasta bireyin rahatsızlık yaşamasına diğer bir deyişle konfor düzeyinin düşmesine neden olabilmektedir. Örneğin; YBÜ'de sedatize edilen hasta birey uyandığında, burnunda ya da ağzındaki tüpü, rahatsız olduğu için çekip çıkarabilmektedir. Ayrıca beslenme gereksiniminin yardımcı araç gereçlerle karşılanması bazı komplikasyonların gelişmesine neden olabilmektedir. Bu komplikasyonlar arasında enteral beslenme ile ilişikili diyare, konstipasyon, aspirasyon pnömonisi, gastrik tüplerde tıkanmalar, yetersiz beslenme vb.; parenteral beslenme ile ilişikili santral/periferal katetere bağlı infeksiyonlar, hiperglisemi, enerji gereksiniminden daha az beslenme vb.yaygın olarak görülebilmektedir (Moral ve Uyar 2006).

Öte yandan YBÜ'de MV tedavisi sırasında endotrakeal entübasyona bağlı olarak sıklıkla görülen ve konforu olumsuz yönde etkileyen başka bir sorun da susuzluktur. Susuzluk hissi YBÜ'de konforu bozabilecek en önemli nedenlerden biri olarak gösterilmektedir (Zengin 2010).

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

### ***Boşaltım Aktivitesi***

Yaşamın sürdürülmesi için gerekli en temel ve en mahrem aktivitelerden biridir. Üriner ve bağırsak gibi iki farklı vücut sisteminin fizyolojik sonuçları, boşaltım aktivitesini oluşturmaktadır. Boşaltım aynı zamanda istemli olarak uygun bir zaman ve mekan bulununcaya kadar bastırılabilen bir gereksinimdir (Roper ve ark. 1996; Terzi 2009).

Yoğun bakım ünitesindeki hasta bireylerin çoğu boşaltım aktivitesini üretral sonda, sistostomi gibi yardımcı araçlarla bağımlı şekilde gerçekleştirmektedir. Ancak cerrahi girişim sonrası idrar sondası ile YBÜ'ye kabul edilen hasta bireyler, anestezinin etkisi ile sondaları olduğu halde sürekli olarak tuvalete gitme isteğinde bulunabilirler. Ayrıca boşaltım gereksiniminin sağlanması için takılan idrar sondası hasta bireylerin mesanesinde yanmaya neden olarak konfor düzeyini olumsuz etkileyebilir (Kadanalı 2006).

Yoğun bakım ünitesine kabul edilen hasta bireyler, gerek hastalık durumları, gerekse verilen ilaçların etkisi ile konstipasyon, diyare gibi sorunlarla karşılaşabilmektedir. Bu sorunların çözümü için birtakım yardımcı bakım ve tedavi yöntemleri uygulanmaktadır. Barsak yönetim sistemi kateterleri diyaresi olan bireylerde kullanılan araçlardan biridir. Konstipasyonu olan bireylere barsak boşaltımını sağlayan lavmanlar uygulanabilmektedir (Korfalı 2008). Gerek görülen komplikasyonlar gerekse bu komplikasyonları gidermek için uygulanan bakım ve tedavi girişimleri hasta bireylerin fizyolojik parametrelerini ve konfor düzeylerini olumsuz etkileyebilir.

### ***Kişisel Temizlik ve Giyim Aktivitesi***

Kişisel temizlik aktivitesi, deri ve eklerinin temizlik ve bakımı ile ağız-diş bakımını kapsayan uygulama ve alışkanlıklardan oluşmaktadır. Giyim aktivitesi ise, bireyin bedensel korunma ile geleneksel ve kültürel ifadenin yanı sıra seksüel ifadeyi de yansıtmaktadır (Kaya 2012; Roper ve ark. 1996; Terzi 2009).

Yoğun bakım ünitesindeki hasta bireylerde yatağa bağımlılık, cerrahi yara bölgesi, üretral sonda, santral/periferal/hemodiyaliz kateterlerin varlığı, hareketsizlik, hipertermi, gaita inkontinansı gibi nedenlerle deri bütünlüğü bozulabilmekte, vücut temizliği gereksinimi daha da önem kazanmaktadır. Endotrakeal entübasyonla MV'a bağlanan hasta bireylerde trakeadan ve ösefagustan gelerek ağız içinde biriken sekresyonlar kötü ağız hijyenine sebep olabilmektedir (Çelik 2003). Ayrıca YBÜ'de hasta bireylere monitörizasyon kablo bağlantıları, kateterler, vb. araç gereçler nedeni ile giysi giydirilmemesi, bireylerin hipotermiye girerek üşümelerine neden olabildiği gibi mahremiyetlerinin de bozulmasına yol açmakta ve konfor düzeylerini düşürmektedir. (Akın ve Arıboğan 2006).

### ***Vücut Sıcaklığının Kontrolü Aktivitesi***

İnsan organizmasının, sıcaklığı hem üretici hem de kaybedici özellikte olup vücut sıcaklığının kontrolünün de üretilen ve kaybedilen sıcaklığın dengede olmasına bağlı olduğu bilinmektedir. Sağlıklı birey, vücut sıcaklığını normal sınırlarda sürdürebilmek için; çevre ısısını ayarlama, ortamı havalandırma, giysi türü ve sayısını seçme, fiziksel aktiviteyi düzenleme gibi yöntemlerden yararlanırken, hasta bireyin tüm bunları gerçekleştirmesinde dışarıdan başka bireylere/yardımcı araçlara gereksinimi bulunmaktadır (Kaya 2012; Roper ve ark. 1996; Terzi 2009).

Ameliyathane ısısının düşük olması, cerrahi girişim sırasında giysilerin çıkarılması, soğuk sıvıların tansfüzyonu, ameliyathaneden YBÜ'ye transfer sırasında uygun şekilde örtülmeme vb. faktörler YBÜ'ye kabul edilen hasta bireylerin vücut sıcaklığında düşmelere (hipotermi) neden olmaktadır. Ayrıca YBÜ'de sürekli soğuk hava veren merkezi klimaların çalıştırılması, hasta bireylere uygulanan tüm bakım ve tedavi uygulamaları (kateter takma, dren yerleştirme, cerrahi batın pansumanı gibi) sırasında bireylerin üzerindeki giysilerin çıkarılması, hemodiyaliz/hemofiltrasyon vb.kanın vücut dışında bir ortamda dolaştırılması gibi tedavi yöntemleri, YBÜ'deki hasta bireylerin vücut sıcaklıklarının düşmesine neden olabilmektedir (Akın ve

Arıboğan 2006; Terzi 2009). Yoğun bakım ünitesine cerrahi girişim sonrası kabul edilen hasta bireyler genellikle hipotermiktir ve bu nedenle bireyler ısıtıcı battaniyeler ile ısıtılmaktadır.

Hipotermimin yanısıra YBÜ'deki hasta bireylerin %30-40'ında hipertermi görülebilmektedir. Cerrahi girişim sonrası ilk 48 saat içinde hipertermi görülmesi, cerrahi girişim sırasındaki doku hasarına verilen inflamasyon yanıtına bağlanmaktadır. Ameliyat sonrası bu durum kısa sürmekle birlikte 24-48 saat içinde kendiliğinden geçtiği düşünülmektedir. Ameliyat sonrası dönemde 96 saatten daha uzun süren hiperterminin kaynağı enfeksiyona bağlanmaktadır. Öte yandan ameliyat sonrası dönemde hareketsiz kalma sonucu gelişen atelektazi de hipertermiye yol açabilmektedir. Hipertermide, terleme, titreme, sıcaklık basması, tikişardi gibi bazı fizyolojik belirti ve bulgular görülebilmektedir (Akıncı 2010; Özcan 2010).

Sonuç olarak YBÜ'ye kabul edilen hasta bireylerde görülen hipotermi ve hipertermi aynı zamanda konforu da bozan hemşirelik tanırlarıdır.

### ***Hareket Aktivitesi***

Hareket aktivitesi, Roper ve ark.'nın Hemşirelik Modelinin öğelerinden biri olan bağımlılık/bağımsızlık dizgesi ile de yakından ilişkili ve hayati öneme sahip bir aktivitedir (Kaya 2012; Roper ve ark. 1996; Terzi 2009).

Cerrahi girişim sonrası YBÜ'ye kabul edilen hasta bireylerin kan gazı değerleri normal sınırlara dönüp spontan solumaya geçinceye kadar sedasyon yapılabilmektedir. Sedatif ilaçlar bireyleri hareketsiz hale getirmektedir. Öte yandan hasta bireylerde bakım ve tedavi amaçlı takılan kateterler, monitör bağlantı kabloları, cerrahi pansumanlar hasta bireylerin hareketlerini kısıtlamaktadır. Uzun süre hareketsiz kalmak YBÜ'deki bireylerin özellikle bel ve sırt bölgelerinde ağrı, basınç bölgelerinde deri bütünlüğünde bozulma vb. durumlara yol açarak konforu olumsuz etkileyebilmektedir (Terzi 2009).

Ayrıca YBÜ'deki hasta bireylerin oksijenlenme durumlarını iyileştirmek ve YBÜ'den taburculuklarını hızlandırmak amacı ile, bu bireyler sandalyede oturtularak mobilize edilmektedir. Ancak YBÜ'de sandalyede uzun süre oturmak bilinci açık olan ameliyat sonrası hasta bireyler için rahatsızlığa neden olabilmektedir. Aynı zamanda hipovolemik ve hipotansif hasta bireylerin YBÜ'de sık pozisyon değişikliklerini tolere



edemedikleri ve bu bireylerin konforlarının bozulduğu belirtilmektedir (Yıldırım ve Yavuz 2009).

### ***Çalışma ve Eğlenme Aktivitesi***

Yaşamın sürdürülmesinde olduğu kadar, yaşam kalitesini geliştirmekte önemli rolü olan bir aktivitedir. Yetişkin sağlıklı birey, yaşamında geçimini sağlamak ve zamanını değerlendirmek için bir uğraş edinir, çalışır. Geriye kalan zamanını ise kendisine zevk verecek türde bir aktivite seçerek değerlendirebilir (Kaya 2012; Roper ve ark. 1996; Terzi 2009).

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

Yoğun bakım ünitesine cerrahi girişim sonrası kabul edilen şuuru açık hasta bireyler, bu ortamda kendilerini oyalayacak hiçbir aktivitenin olmamasından dolayı zamanın hiç geçmediğini, çok sıkıldıklarını ifade ederek YBÜ’den bir an önce çıkmak istediklerini dile getirebilmektedir (Akın ve Arıboğan 2006).

Tunçay ve Uçar’ın (2010) yaptıkları araştırmada; hasta bireylerin %69,8’inin sürekli yatakta olmaktan, %62,3’ünün televizyon (TV), radyo gibi iletişim araçlarının olmamasından, %27,4’ünün gazete, dergi vb. olmamasından, %35,8’inin ise ziyaretçilerinin kısıtlı olmasından rahatsız oldukları ifade edilmektedir.

Yoğun bakım ünitesinde hareket edememek, yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede başkalarına bağımlı olmak, sosyal aktiviteleri yerne getirememek hasta bireylerin sıkılmasına dolayısı ile konforsuzluk yaşamasına neden olmaktadır.

### ***Cinselliği İfade Etme Aktivitesi***

Bireyin fiziksel görünüşü, giyim tarzı, sözel ve sözel olmayan iletişimi, ailesi, sosyal rolleri ve ilişkileri ile ilgili bir aktivitedir (Kaya 2012; Roper ve ark. 1996; Terzi 2009).

Yoğun bakım ünitesinde genellikle hasta yataklarının birbirine yakın olması, hasta bireylerin sürekli olarak birbirlerini görmesine olanak vermektedir. Bu durum özellikle bilinci açık olan hasta bireylerde utanma, sıkılma, kendini ifade edememe gibi sorunlara neden olabilmektedir. Tunçay ve Uçar'ın (2010) yaptıkları araştırmada; hasta bireylerin her an başkaları tarafından görülebilir olmaktan rahatsızlık duydukları belirtilmektedir. Ayrıca YBÜ'de hasta bireylere uygulanan hemşirelik bakımı (vücut banyosu, yatak takımlarının değişimi, perine bakımı vb.), dış kliniklerden konsültasyon için hekimlerin üniteye gelmesi, ziyaretçilerin üniteye alınması sırasında ve ayrıca bilinci açık diğer hasta bireylerin tüm uygulamalara tanık olması, üniteye giysisiz olan hasta bireylerde rahatsızlık ve sıkıntı yaratabilmektedir (Cheanaud ve ark. 2006). Özellikle bilinci açık kadın hasta bireyler bu durumdan oldukça rahatsız olduklarını ifade edebilmektedir (Akın ve Arıboğan 2006).

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

Yoğun bakım ünitesinde çeşitli araç-gereçler ile vücudun çeşitli bölgelerine yakın izlem/monitörizasyon amacı ile takılan kablolar, üniteye uygulanan girişimsel işlemler hasta bireylerin giyinmesine engel olmaktadır. Bu nedenle YBÜ'ye kabul edilen hasta bireyler sadece alt bezi ile üstlerinde giysi olmaksızın izlenmektedir. Bu durum özellikle cerrahi girişim sonrası YBÜ'ye kabul edilen ve bilinci açık hasta bireylerin bazı sosyokültürel faktörlerin (yaş, cinsiyet, gelenek, görenekler, alışkanlıklar vb.) de etkisi ile beden imajlarını kötü hissetmelerine neden olarak bireylerde konforsuzluğa yol açmaktadır.

### ***Uyku Aktivitesi***

Uyku, bireyi stres ve sorumluluklardan uzaklaştırarak rahatlatan, fiziksel ve ruhsal açıdan yeniden enerji depolanmasını sağlayan yaşam aktivitelerinden biri olarak tanımlanmaktadır. William Shakespear, uykunun iyileştirici etkisini doğanın yumuşak hemşiresi olarak ifade etmektedir. Yetişkin bireyler yaşamlarının 1/3'ünü uykuda geçirmektedir. Uyku diğer yaşam aktiviteleri (solunum, beslenme, boşaltım) gibi temel fizyolojik bir gereksinimdir. Ancak uyku yoksunluğu/bozukluğu durumlarında uykunun

önemi anlaşılmaktadır. Yapılan araştırmalarda YBÜ’de sürekli takip için kullanılan monitörlerin alarmları, MV cihazları, entübasyon tüpüne bağlı nefes alamama hissi, ağrı, gece saatlerinde yapılan hemşirelik bakımlarının sıklığı, üniteye çalışan sağlık bakımı üyelerinin yüksek sesle konuşması, ışıkların sürekli yanması, ortamın aşırı sıcak ya da soğuk olması gibi faktörlerin hasta bireylerin uyku aktivitesini etkileyebildiği belirtilmektedir (Çelik ve ark. 2005; Erol ve Enç 2009).

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

Uyku gereksinimlerini karşılamakta güçlük yaşayan YBÜ’deki hasta bireylerin uyumalarını sağlamak için çeşitli antidepresan ilaçlar ya da sedatif ilaçlar verilmekte, bu ilaçlar da uykunun kalitesini olumsuz yönde etkileyerek hasta bireylerde deliryum gibi psikolojik sorunlara neden olabilmektedir (Seyhan 2006; Yaşar 2006).

Sonuç olarak; YBÜ’deki hasta bireylerde görülen uykusuzluk fizyolojik parametreleri ve konfor düzeyini olumsuz yönde etkileyebilecek en önemli faktörlerden birisidir.

### ***Ölüm***

Yaşam sonunu ifade eden ölüm; bu modelde ölüm sürecinin tüm yaşam aktivitelerini etkilemesi ve bu aktivitelerdeki bakım gereksinimlerinin karşılanması açısından önemli bir kavramdır. Ölümü yaklaşan bireye yaklaşım ve bireyin bakımı hemşirenin önemli rol ve sorumlulukları arasında yer almaktadır (Roper ve ark. 1996; Terzi 2009).

Alaca ve ark.’nın (2011) yaptıkları araştırmada; hasta bireylerin %50’sinin YBÜ’de olmaları nedeniyle ölümü düşündükleri ve YBÜ’yü yaşamla ölüm arasında

ince bir çizgi olarak tanımladıkları ve ölüm kararının sanki burada verildiğini belirttikleri ifade edilmektedir.

Sonuç olarak; Roper ve ark.'nın Hemşirelik Modelinin bir ögesi olan YA'nın hepsi birbirleriyle ilişkilidir. Özellikle YBÜ'deki hasta bireylerde bir aktivitenin yerine getirilememesi diğer aktiviteleri de etkileyebilmektedir. YBÜ'de bakım ve tedavi gören hasta bireylerin YA'nın tümü etkilenebilmekte, böylece fizyolojik parametreleri ve konfor düzeylerinde olumsuz değişiklikler meydana gelebilmektedir.

### 2.3.3. Yaşam Aktivitelerini Etkileyen Faktörler

Roper ve ark.'nın Hemşirelik Modelinde YA'yi etkileyen faktörler; biyolojik, psikolojik, sosyokültürel, çevresel ve politikoeconomik faktörler şeklinde sıralanmaktadır (Kaya 2012; Roper ve ark. 1996; Terzi 2009). Bu faktörlerin YBÜ'deki bireylerin fizyolojik parametrelerini ve konfor düzeylerini etkileme durumları aşağıda ayrıntılı biçimde açıklanmaktadır.

***Biyolojik Faktörler:*** Yoğun bakım ünitesindeki hasta bireyin genetik yapısı, yaşı, cinsiyeti, sağlık/hastalık durumu, bedensel işlevlerinin durumu gibi özellikler bireyin fizyolojik parametrelerinin ve konfor düzeyinin tanımlanmasında oldukça önemlidir (Kaya 2012; Roper ve ark. 1996; Terzi 2009).

Yoğun bakım ünitesindeki hasta bireylere uygulanan cerrahi girişimler, uzun süre devam eden hareketsizlik, tanı ve tedavi amaçlı girişimsel ve nongirişimsel girişimleri, MV tedavisi, endotrakeal aspirasyon, fizyoterapi uygulamaları, kateter ve yara pansumanları, yatak banyosu ve pozisyon değişimleri gibi işlemler oldukça acı ve ağrı verici uygulamalardan sayılmaktadır (Esen ve ark. 2010; Zengin 2010). Ağrı, konforu bozan istenmeyen bir deneyim olmakla birlikte; kontrol altına alınamayan ağrı hasta bireylerde taşikardi, solunum sayısında artma, SpO<sub>2</sub>'de azalma, hipotansiyon gibi belirtilere yol açabilmektedir (Zengin 2010). Özellikle ameliyat sonrası YBÜ'ye kabul edilen yaşlı hasta bireylerde, hipotansiyon, hipotermi, hipoksi, ağrı olumsuz fizyolojik yanıtların sıklıkla görüldüğü; yine bu bireylerin YBÜ ortamı nedeniyle anksiyete ve korku yaşayarak konforlarının bozulduğu belirtilmektedir (Aygin ve Eti Aslan 2012).

Yoğun bakım ünitesinin fiziki ortamı (gürültü, yapay ışık, kapalı alan, hoş olmayan kokular vb.) hasta bireylerde değişik derecelerde strese yol açarak bazı yaşam aktivitelerinin normal bir şekilde sürdürülmesine engel oluşturmaktadır (Akın ve

Arıboğan 2006). Uykusuzluk da YBÜ'nün fiziksel ortamı nedeniyle hasta bireylerde sıklıkla karşılaşılan en önemli sorunlardan birisidir. Taştan ve ark.'nın (2012) yaptıkları araştırmaya göre; hasta bireylerin YBÜ'de yaşadıkları uykusuzluk sorununun nedenleri arasında ilaç uygulamalarını (%95), YBÜ ortamının ışığını (%80) ve tansiyonlarının sürekli olarak ölçülmesini (%75) saydıkları ifade edilmektedir. Uykusuzluk sonucu ise ağrı toleransında azalma, aritmi, geceleri kan basıncında yükselme, apne ve hipoapne gibi fizyolojik parametrelerde bazı değişiklikler görülebileceği belirtilmektedir (Zengin 2010).

Sonuç olarak; YBÜ ortamı ile üniteye uygulanan bakım ve tedavi girişimleri hasta bireyin fizyolojik parametrelerini ve konfor düzeylerini etkileyebilmekte; bireyin yaşı, hastalık durumu gibi biyolojik özellikler de bu durumların derecesini ve etkisini değiştirebilmektedir.

***Psikolojik Faktörler:*** Entelektüel beceriler, bireysel özellikler, ruhsal durum, inançlar, mizaç, tutum, anksiyete, korku ve heyecan YBÜ'deki bireyin fizyolojik parametrelerini ve konfor düzeyini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Kaya 2012; Roper ve ark. 1996; Terzi 2009). Örneğin; normal yaşantısında bağımsızlığına oldukça düşkün, sınırlı yapıya sahip olan bir birey, MV tedavisi altında endotrakeal entübasyona ve sık aralıklarla uygulanan aspirasyon işlemine aşırı tepki ve öfke göstererek ajitasyon gösterebilir. Bu durum da fizyolojik parametrelerinde ve konfor düzeyinde olumsuz yönde değişikliklere neden olabilir (Griffiths ve Jones 1999; Terzi 2009).

Yoğun bakım ünitelerinde gelişen teknoloji ile birlikte gittikçe artan çok sayıda teknolojik araç-gereç yaşam kurtarıcı olmakla birlikte, hasta bireyler için korkutucu olabilmektedir. Yaşamı tehdit altında olan hasta bireylerin kritik durumlarını kavramaları, monitörizasyon, ventilatör, infüzyon setleri, idrar sondası gibi nedenlerden dolayı hareket kısıtlılığı, temporal ritmin ve gece-gündüz ayrımının kaybedilmesi, izolasyon, sık tekrarlanan ağrılı girişimler, alışık olunmayan çevre ve kişiler ajitasyona neden olmaktadır. Ayrıca yoğun bakım temposu içinde uyku düzeninin bozulması, çeşitli tıbbi araç-gerecin monoton sesleri, yakınlarını ve ailelerini görememe, araçlara veya YBÜ'ye bağımlılık duygusu, uygulanan bakım ve tedavi işlemleri, bakım ve tedavi uygulamaları hakkında yeterince bilgilendirilmeme gibi faktörler hasta bireylerde ajitasyon, anksiyete, depresyon, dizoryantasyon, deliryum gibi çeşitli psikolojik semptomların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Efil ve ark. 2011; Zengin 2010).

Özellikle anksiyetenin, MV desteğinde olan hasta bireyler başta olmak üzere yoğun bakımdaki hasta bireylerin %70-80'inde ortaya çıktığı belirtilmektedir (Uyar ve Akın Korhan 2011). Görülme sıklığı bu kadar fazla olan anksiyete gibi semptomlar, hasta bireylerin fizyolojik parametrelerini ve konfor düzeylerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

**Sosyo-Kültürel Faktörler:** Sosyokültürel faktörler, gelenek ve görenekler, yaşamın spiritualite (maneviyat), din ve etik yönünü kapsamaktadır (Kaya 2012). Yoğun bakım ünitesine kabul edilen bireyin eğitim düzeyi, inanç ve değerleri, yaşadığı sosyal yapının özellikleri, toplumsal statüsü ve rolleri, ailesinin varlığı/yokluğu, sosyal ilişkileri fizyolojik parametreleri ve konfor düzeyini farklı biçimlerde etkileyebilmektedir.

Yoğun bakım ünitelerinde hasta bireylerin ailelerinden/sevdikleri biri tarafından ziyaret edildiklerinde ağrı ve uykusuzluk sorunlarının görülmediği, bireylerin konfor düzeyini arttırdığı ve dolayısıyla iyileşme süreçlerini de hızlandırdığı; öte yandan esnek ziyaret politikası uygulamasının, hasta bireyi yorabileceği, bireyin nabız ve kan basıncı değerlerini yükseltebileceği, fizyolojik parametrelerinde zarar oluşturabileceği belirtilmektedir (Taşdemir ve Özşaker 2007).

Yoğun bakım ünitesine planlı kabul edilen hasta bireylere kabul öncesi; YBÜ, üniteye uygulanan bakım ve tedavi girişimleri hakkında bilgilendirme yapılmadığı için YBÜ'de ağızlarında entübasyon tüpü ile uyandıklarında çok öfkelenedikleri, entübasyon tüpünü çekmeye çalıştıkları ve bu bireylerin YBÜ'ye uyum sağlamalarının oldukça zor olduğu belirtilmektedir (Yava ve Koyuncu 2006). Hasta bireyin YBÜ'ye uyum sürecinde öfke ve ajitasyon duyguları yaşaması fizyolojik parametrelerini ve konfor düzeyini de olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

**Çevresel Faktörler:** Çevresel faktörler, bireyin yaşadığı yerdeki atmosfer özellikleri (organik ve inorganik partiküller, güneş ışığı, ses, ve elektrik dalgaları vb.), bitkiler, hayvanlar, iklim ve coğrafi koşullar, yapay çevre koşulları, ev/yaşadığı ortamı vb. özellikleri ifade etmektedir (Kaya 2012; Roper ve ark. 1996; Terzi 2009).

Yoğun bakım ünitesinde bakım ve tedavi amacı ile kullanılan teknolojik araç-gereçler; ventilatörler, aspiratörler, monitörlerin alarmları (kan basıncı, nabız, SpO<sub>2</sub>, vb. fizyolojik parametrelerin tonları ve yüksek alarm limitleri), telefon sesi, havalandırma, sağlık bakımı üyelerinin ayak sesleri ve aralarındaki konuşmaları, üniteye uygulanan

genel bakım girişimleri, vb. nedenler YBÜ'de aşırı gürültüye neden olmaktadır (Xie ve ark. 2009). Yoğun bakım ünitesinde; ventilatörlerin 70-85 dB(A), monitörlerin 79 dB(A), aspiratörlerin 50-75 dB(A), infüzyon pompalarının 65-77 dB(A) seviyelerinde ses çıkardıkları ifade edilmektedir. Bu seviyelerdeki gürültünün hasta bireylerin fizyolojik parametrelerini olumsuz etkilediği ve hatta işitme kayıplarına bile yol açabileceği belirtilmektedir (Pugh 2007; Juang ve ark. 2010).

Yoğun bakım ünitesinde beyaz floresan lambalar ile yapay ışıklandırma yapılmakta ve bu lambalar 24 saat süreyle yanmaktadır; aynı zamanda ünitenin dış ortama tamamen kapalı olması, dışarıdan hiçbir şekilde gün ışığı almaması, ünitenin duvarlarının soğuk renklerle boyanmış olması, üniteye saat, takvim, vb. zamanı gösteren araçların olmaması; üniteye dışkı, açık yara, ter, idrar, tıbbi atıklardan ortaya çıkan kötü kokular hasta bireylerin fizyolojik parametreleri ve konfor düzeyini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

***Politiko-Ekonomik Faktörler:*** Yaşamın yasal, yönetsel ve ekonomik yönlerinin ilişkisini ifade etmekte ve sıklıkla politik ve/veya ekonomik yaptırım ve eylemler, yasalar ile düzenlenmektedir (Kaya 2012; Roper ve ark. 1996; Terzi 2009).

Yoğun bakım ünitesinde tedavi maliyeti oldukça yüksektir. Eğer YBÜ'deki hasta bireyin sağlık ve sosyal güvencesi yok ise yaşadığı maddi sorunlar bireyin YBÜ'de kaldığı sürece endişe ve sıkıntı yaşamasına neden olacaktır. Bu durum da bireyin fizyolojik parametrelerini ve konfor düzeyini olumsuz yönde etkileyebilir (Zengin 2010).

Ayrıca; YBÜ'de hasta yataklarının sınırlı olması ve kronik hastalıklı bireylerin üniteden taburculuklarının gecikmesi ya da acil yoğun bakım tedavisi gerektiren başka hasta bireylerin üniteye kabul edilmesi, vb. faktörler cerrahi girişim sonrası YBÜ'ye kabul edilecek bireylerin ameliyatlarının ertelenmesine neden olmaktadır. Bu durum bireylerin fizyolojik parametreleri ve konfor düzeylerini olumsuz yönde etkilemektedir.

Öte yandan YBÜ'de çalışan sağlık bakım müyelerinin sayısının az olması ve nitelikli olmaması, hasta bireylere sunulan sağlık bakımı hizmetlerinin aksamasına ve bireylerin konfor düzeylerinin bozulmasına yol açabilmektedir.

### 2.3.4. Bağımlılık/Bağımsızlık Dizgesi

Bağımsızlık, tüm YA'ni yardım almadan bireysel ve sosyal olarak kabul edilebilir düzeylerde gerçekleştirebilme yeteneği olarak tanımlanmaktadır. Roper ve ark.'nın Hemşirelik Modeli'nin en önemli öğelerinden biridir. Normal gelişim sürecine göre; yaşam sürecinde, bebeklikten yetişkinliğe doğru YA'nin gerçekleştirilmesinde bağımsızlık artmakta, yetişkinlik döneminde bağımsızlığın en üst düzeyde olduğu ve yaşlılıkta ise bağımsızlığın azalarak bağımlılığın arttığı görülmektedir (Kaya 2012; Roper ve ark. 1996; Terzi 2009).

Yoğun bakım ünitesine kabul edilen hasta bireylerin YA incelendiğinde; bireylerin bütün YA'ni gerçekleştirirken sağlık bakımı ekibi üyelerine ve yardımcı araç-gerece gereksinim duydukları görülmektedir. Hasta bireyler yaşam dönemlerine göre incelendiğinde ise; özellikle bebeklik, çocukluk ve yaşlılık döneminde fizyolojik parametreler ve konfor düzeyi diğer dönemlere göre daha fazla etkilenmektedir. Bu nedenle bu dönemlerdeki hasta bireylerin bağımlılık düzeyleri artmaktadır ve hasta bireyler YBÜ'de kaldıkları sürece aile bireyelerine (anne, baba, çocuklar vb.) daha fazla gereksinim duymaktadır. Yoğun bakım ünitesinde aile bireyleri tarafından ziyaret edilmek ya da refakat edilmek bireylerin fizyolojik parametrelerini iyileştirmekte, konfor düzeylerini yükseltmektedir. Adölesan ve yetişkinlik dönemindeki bireylerde ise YBÜ'de bağımlılık ya da yarı bağımlılık ön plandadır. Bu dönemlerde bireyin YBÜ'ye uyumu daha kolaydır ve bakıma katılımı daha fazladır. Dolayısıyla bu bireylerin fizyolojik parametreleri normal sınırlarda izlenebilmekte, ancak konfor düzeyleri bireyin durumuna göre değişiklik gösterebilmektedir.

### 2.3.5. Bireye Özgü Hemşirelik Bakımı

Roper ve ark.'nın Hemşirelik Modeli'nin bu öğesinde; her bireyin tüm YA'ni gerçekleştirdiği, ancak bu aktiviteleri gerçekleştirirken farklı yolları kullandığı vurgulanmaktadır. Yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede her bireyin bireyselliği, hangi yaşam evresinde bulunduğu, bağımlılık/bağımsızlık derecesine ve aktiviteleri etkileyen faktörlere göre biçimlendirilmektedir (Kaya 2012; Roper ve ark. 1996; Terzi 2009).

Bireye özgü hemşirelik bakımı ancak hemşirelik süreci doğrultusunda gerçekleştirilebilmektedir. Yoğun bakım ünitesindeki bireyin bakımı aşağıda hemşirelik sürecinin aşamaları doğrultusunda ele alınmaktadır:



### 2.3.5.1. Hemşirelik Tanılaması

Tanılama, hemşirelik sürecinin ilk aşaması olup, sağlıklı/hasta bireye özgü verilerin sistemli ve sürekli toplanması, verilerin doğrulanması ve veriler arasında organizasyonun sağlanması süreci olarak tanımlanmaktadır (Kaya 2012; Kaya 2013).

Tanılama aşamasında, YBÜ'deki hasta bireyin önceki alışkanlıkları, bağımsız olarak yapabildiği aktiviteler, bağımsız olarak yapamadığı aktiviteler, var olan uyum davranışları, bireyin her bir YA'daki mevcut ve olası sorunlar öğrenilir/saptanır. Tanılama aşaması ayrıca hastane ortamında bireyin alışkanlıklarının sürdürülmesinde hemşireye yardımcı olur (Kaya 2012; Kaya 2013; Roper ve ark. 1996; Terzi 2009).

Yoğun bakım ünitesindeki bireyden elde edilen subjektif (bireyin ifade ettiği) ve objektif (hemşire ve diğer sağlık ekibi tarafından fiziksel değerlendirme, tanı işlemleri, ölçekler, skalalar vb. yollardan elde edilen) veriler YA kapsamında değerlendirilir (Roper ve ark. 1996; Terzi 2009):

Yoğun bakım ünitesindeki bireyin;

- Güvenli çevrenin sağlanması aktivitesinde; kan basıncı ve kalp tepe atım hızı değerleri, görme, işitme vb. duyuşsal sorunlarının olup olmadığı, yardımcı araç-gereç (gözlük, işitme cihazı, diş protez vb.) kullanma durumu, ek sağlık sorunu, uygulanan girişimsel işlemler (endotrakeal tüp, santral venöz kateter, arteriyal kateter, idrar sondası, nasogastrik sonda, epidural kateter vb.), ağrısı olup olmadığı, infeksiyon varlığı, YBÜ deneyimi gibi durumlar sorgulanır.
- İletişim aktivitesinde; bilinç durumu, iletişimini etkileyen araç-gereçler (entübasyon/trakeostomi tüpü varlığı vb.), iletişim biçimleri, sedasyon-ajitasyon durumu/puanı, sedatif ilaç alıp almadığı sorgulanır.
- Solunum aktivitesinde; yardımcı araç-gereç (entübasyon/trakeostomi tüpü, ventilatör cihazı ve tipi) gereksinimi, solunum güçlüğü yaşama durumu, solunum/dakika sayısı ve tipi, SpO<sub>2</sub> değeri, MV cihazına uyum durumu, MV cihazında hangi solunum modunda takip edildiği, trakeal sekresyonların niteliği, MV'dan ayrılabilme durumu sorgulanır.

- Beslenme aktivitesinde; kilosu ve boyu, beslenmede yardımcı araç-gereç (enteral beslenme tüpleri, parenteral yol vb.) varlığı, elektrolit değerleri, tıbbi tanısına uygun beslenme planı, günlük kalori gereksinimi sorgulanır.
- Boşaltım aktivitesinde; yardımcı araç-gereç varlığı, dışkılama sıklığı, bağırsak sesleri aldığı-çıkardığı sıvı miktarı sorgulanır.
- Kişisel temizlik ve giyinme aktivitesinde; deri ve ekleri (ağız içi, saçlı deri, cildin tonüsü, nemi vb.), temizlik ve giyinme gereksinimleri sorgulanır.
- Vücut sıcaklığının kontrolü aktivitesinde; vücut sıcaklığının ölçüm değeri, hipotermi/hipotermi riski veya varlığı, vücut sıcaklığını olumsuz etkileyebilecek faktörler (cerrahi pansuman varlığı, cerrahi yaradan akıntı varlığı, hemofiltrasyon uygulaması vb.) sorgulanır.
- Hareket aktivitesine yönelik; hareketsizlik durumu, basınç bölgelerinin durumu, hangi pozisyonda rahat ettiği, en son verilen pozisyon, fiziksel tespit varlığı, eklem açıklığı hareketleri sorgulanır.
- Çalışma ve eğlence aktivitesinde; ilgi alanları, gerçekleştirmek istediği aktiviteleri, sorgulanır.
- Cinselliği ifade etme aktivitesinde; cinsiyeti, beden imajını etkileyebilecek organ kayıpları olup olmadığı, bireyin görüntüsünü olumsuz etkileyebilecek yardımcı araç-gereç (entübasyon/trakeostomi tüpü, kolostomi, santral venöz kateter vb.) algısı sorgulanır.
- Uyku ve dinlenme aktivitesinde; YBÜ'nün gürültü düzeyi, ışıklandırması, sedasyon-ajitasyon durumu/puanı, alışkanlıkları, sedasyon gereksinimi, uykusuzluğa neden olabilecek diğer faktörler sorgulanır.
- Ölüme karşı; duygu ve düşünceleri, yanında ölen başka bir hasta bireyi görme durumu ve olaya tepkileri sorgulanır.

Yoğun bakım ünitesindeki bireylerin hemşirelik tanısını belirlemeye yardım eden çok sayıda tanı testleri, laboratuvar ve radyolojik incelemeler uygulanmaktadır. Bu uygulamalardan en sık olanı özellikle YBÜ'ye özgü arteriyal kan gazı alınmasıdır. Arteriyal kan gazı bireyin solunum aktivitesine bağlı sorunların tespit edilmesinde ve hemşirelik tanısının konmasında önemli testlerden biridir. Kan gazı analizi için kan

örneği arteriyal kateterden ya da arteriyal kateter yoksa santral venöz kateterden alınmaktadır. Bu şekilde alınan kan hiç bekletilmeden YBÜ’de var olan kan gazı cihazında analiz edilir. Kan gazı analizi YBÜ’de hasta bireylerin solunum aktiviteleri hakkında güvenilir ve gerçek veriler sağlamaktadır (Kocamanoğlu 2003; Terzi 2009).

Radyolojik incelemelerden ise akciğer grafisi YBÜ’deki tüm hasta bireylere öncelikle uygulanan tanı işlemlerindedir. Akciğer grafisi, nasogastrik tüpün yerinin doğrulanmasında önemli rol oynamaktadır. Öte yandan akciğer grafisi, YBÜ’de hasta birey kendi yatağında iken radyoloji teknisyeni tarafından taşınabilir röntgen cihazı ile çekilmektedir ve tıbbi tanının prognozunu belirlemede en önemli yardımcı tanı testlerinden biridir (Şahinoğlu 2003; Terzi 2009).

Ayrıca YBÜ’deki hasta bireylerin kan basıncı, kalp tepe atım hızı ve SpO2 gibi fizyolojik parametrelerinin değerleri hasta monitörlerinden 24 saat süreyle kesintisiz şekilde ölçülerek izlenmekte, değerler her saat başı kaydedilmektedir. Yine fizyolojik bir parametre olan vücut sıcaklığı ise, timpanik termometre aracılığı ile ölçülmektedir. Konfor düzeyinin en önemli göstergelerinden biri olan ağrı düzeyi; “Davranışsal Ağrı Ölçeği” ya da “Sayısal Ağrı Değerlendirme Ölçeği” ile; sedasyon-ajitasyon düzeyi ise “Riker Sedasyon-Ajitasyon Skalası” ile ölçülmektedir.

Yoğun bakım ünitesindeki bireyin fizyolojik parametreleri ve konfor düzeyinin izlenmesi, bunları etkileyen faktörlerin bilinmesi ve olumsuz faktörlerin giderilmesi yoğun bakım hemşiresinin sorumluluğundadır.

### **2.3.5.2. Hemşirelik Tanısı, Hemşirelik Bakımının Sonuçları ve Hemşirelik Girişimleri**

Hemşirelik tanısı hasta bireyin hastalık semptomlarına verdiği yanıt olarak tanımlanmaktadır. Bireylerin bazı hastalıklara karşı gösterdikleri belirti ve bulgular sonucu oluşan ve konforu bozan bazı fiziksel yanıtları (bulantı, kusma, titreme, üşüme vb.) ilaç kullanmadan sadece hemşirelik bakımı girişimleri ile düzeltilebilir. Bu anlamda YBÜ’deki hasta bireye doğru hemşirelik tanısı koyarak bakım girişimlerini planlamak oldukça önemlidir (Birol 2007; Kaya 2013; Terzi 2009). Yoğun bakım ünitesindeki bireye özđü veriler toplanarak bireyin fizyolojik parametrelerini ve konfor düzeyini olumsuz yönde etkileyebilecek sorunlar tespit edildikten sonra sorunun ismi belirlenir, diğer bir deyişle hemşirelik tanısı konur. Yoğun bakım ünitesindeki bireyler hemen hemen tüm YA’de bağımlı olabildiklerinden birçok hemşirelik tanısı konulabilir.

Bu nedenle YBÜ'ye kabul sırasında sıklıkla karşılaşılan hemşirelik tanılarının tanımı, tanımlayıcı özellikleri, ilişkili/risk faktörleri, ayrıca hemşirelik tanısına yönelik hemşirelik bakımının sonuçları ve hemşirelik girişimleri aşağıda açıklanmaktadır.

### **Hemşirelik Tanısı: Konforda/Rahatta Değişim: Akut Ağrı**

*Tanım:* Yoğun bakım ünitesindeki bireyin bir saniyeden uzun, altı aydan kısa bir süre rahatsızlık duygusu ya da şiddetli rahatsızlığı olduğunu ifade etmesi ve bunu yaşamasıdır. *Tanımlayıcı Özellikler:* Bireyin fizyolojik parametrelerinde değişiklikler olması (kan basıncı, kalp tepe atımı ve solunum sayısında artış gibi), huzursuzluk, ajitasyon, mekanik ventilasyon cihazı ile uyumsuzluk, bireyin sözel ya da sözel olmayan davranışlarıyla ağrıyı ifade etmesi, ağrı puanında artma olması, uyku düzeninde bozulmadır (Esen ve ark. 2010). *İlişkili Faktörler:* Cerrahi girişim, YBÜ'ye gelmeden ameliyathanede uygulanan tüm girişimsel işlemler, uzun süren hareketsizlik durumu, trakeal aspirasyon, hemşirelik bakımı girişimleri, YBÜ'deki cihazların gürültüsü, uyarıların fazla oluşu vb. (Badır ve Aslan 2003; Terzi 2009).

**Hemşirelik Bakımının Sonuçları:** Birey ağrı nedenini, ağrıyı arttıran/azaltan faktörleri tanımlayacak, ağrısının geçtiğini sözlü/sözsüz olarak ifade edecek, bağlı bulunduğu tıbbi cihazlar ile etkili bir şekilde baş edebildiğini ifade edecek, yeterince dinlenebildiğini, uyuyabildiğini ve ağrısının kontrol altına alındığını belirtecek, fizyolojik parametreleri normal sınırlarda izlenecek.

### **Hemşirelik Girişimleri:**

- Ağrının yeri ve şiddeti, ağrıyı arttıran/azaltan faktörler değerlendirilir.
- Ağrıya karşı oluşan ajitasyon ve huzursuzluk durumları gözlemlenir.
- Uygulanacak tüm girişimler öncesinde bireye açıklama yapılır.
- Endotrakeal entübasyon/trakeostomi gibi girişimlerden önce bireye uygun şekilde açıklama yapılır, gerekirse hekim istemi ile sedasyonu sağlanır.
- Bireye bağlanan cihazların kablo ve bağlantı sistemlerinin yerleri kontrol edilerek bunların bireye zarar vermeleri engellenir.
- Bireye rahat edebileceği uygun pozisyon verilir.
- Ortamdaki uyarı azaltılır, gereksiz gürültü engellenir.

- Bireye özel ağrı tedavi planının uygulanması sağlanır.
- Ağrılı girişimsel işlemlerden önce hekim istemi ile bireye uygun analjezik ilaçlar uygulanır (Badır ve Aslan 2003; Birol 2007; Erdemir 2005).

### **Hemşirelik Tanısı: Anksiyete**

*Tanım:* Yoğun bakım ünitesindeki bireyin güvenliğinin tehdit altında olduğunda, gerginlik, endişe ve kaygı hissetmesidir. *Tanımlayıcı Özellikler:* Fizyolojik parametrelerde değişiklikler (kan basıncında ve kalp tepe atımında artış, SpO<sub>2</sub>'de düşme), yorgunluk, huzursuzluk, halüsinasyonlar, uykusuzluk, uyumsuzluk, ajitasyon, zaman ve yer oryantasyonunda bozulma, içe kapanma ve dış dünya ile iletişimi koparma, uyaranlara tepkisiz kalma. *İlişkili Faktörler:* Fiziksel çevrede değişiklik, YBÜ'de aşırı gürültü, yapay ışıklandırma, hoş olmayan kokular gibi uyaranların oluşu, çevresel stresörler nedeniyle uykusuzluk, aniden hastalanma, tanının bilinmemesi, ölüm korkusu, ağrı, tedavi hakkında bilgi alamama, girişimsel işlemler, yaşam aktivitelerinin etkilenmesi, daha önceden yoğun bakım deneyiminin olmaması ya da daha önceki olumsuz yoğun bakım deneyimleri, sevdiklerinden/bakımını sağlayan bireyden ayrılma (Akın ve Arıboğan 2006; Carr 2007; Wong ve Arthur 2000).

**Hemşirelik Bakımının Sonuçları:** Birey; uygulanan bakım ve tedavi planına katılacak ve bu plana uyum sağlayacak, işbirliği ve iletişimi sürdürecektir, dış dünya ile sürekli bağlantı halinde olacak, huzursuzluk ve ajitasyon belirti ve bulguları göstermeyecektir.

### **Hemşirelik Girişimleri:**

- Bireye, bireyselliği vurgusu ile hitap edilir.
- Bireye YBÜ hakkında açıklama yapılır.
- Uygulanan tüm bakım ve tedavi girişimleri, rutinler hakkında bilgi verilir.
- Yapılacak olan her işlem basit terimler, kısa ve net cümleler ile açıklanır.
- Bireyin bilinç durumu, yer ve zamana oryantasyonu gözlemlenir.
- Anksiyete ile ilgili duygu ve düşüncelerini ifade etmesine izin verilir.
- Anksiyetesini arttıran ve azaltan faktörler araştırılır.
- Geçmişteki yoğun bakım deneyimi ve özellikleri araştırılır.

- Başetme yöntemleri değerlendirilerek uygun yöntemi kullanması sağlanır.
- Mümkünse ailesini/yakınlarını daha sık görmesi sağlanır.
- Yaşam aktivitelerine yönelik gereksinimleri karşılanır.
- Bakım ve tedavi girişimlerine katılımı sağlanarak güven ortamı oluşturulur (Bırol 2007; Efil ve ark. 2011; Erdemir 2005; Griffiths ve Jones 1999).

### **Hemşirelik Tanısı: Yoğun Bakım Ünitesi Hakkında Bilgi Yetersizliği**

*Tanım:* Yoğun bakım ünitesindeki bireyde içinde bulunduğu durum ya da bakım ve tedavi planı ile ilgili bilişsel ve/veya psikomotor bilgi ve beceri eksikliğinin olmasıdır. *Tanımlayıcı Özellikler:* Bireyin sağlık durumuna ilişkin yanlış algılama ifade etmesi, sürekli sorular sorması, bakım ve tedavi planının yaşam aktivitelerine entegre edilememesi, huzursuzluk, anksiyete, depresyon, ajitasyon, bakım ve tedaviyi reddetmedir. *İlişkili Faktörler:* Bireye yapılan bakım ve tedavi hakkında yeterince açıklama yapılmaması, bireyin yoğun bakım deneyiminin olmayışı ve/veya olumsuz yoğun bakım deneyimi, sosyo-kültürel farklılıklardır (Zengin 2010; Terzi 2009).

### **Hemşirelik Bakımının Sonuçları:**

Birey; bilgi gereksinimlerinin karşılandığına ilişkin belirti ve bulguları gösterecek, hastalık durumunun ve yapılan bakım-tedavi uygulamalarının farkında olacak.

### **Hemşirelik Girişimleri:**

- Bireye yapılan tüm işlemler ile ilgili uygun şekilde açıklamalar yapılır.
- Bireyin durumu ile ilişkili öğrenmek istediği konular tespit edilir.
- Birey, soru sorması için desteklenir.
- Bireyin soruları, açık, anlaşılır anlayabileceği ifadelerle cevaplanmaya çalışılır (Efil ve ark. 2011; Erdemir 2005; Terzi 2009).
- Kabul öncesi hasta birey ve ailesinin yoğun bakım ile ilgili soruları yanıtlanır.
- Yoğun bakım ünitesinde hasta birey için ayrılan yatak hazırlanır:
- Yoğun bakım ünitesine kabul formu, protokol defteri yatak başındaki hasta dolabı üzerinde hazır bulundurulur.
- Yatak kenarına ısıtıcı cihazı çekilir.

- Aspiratör cihazının çalışıp çalışmadığı kontrol edilir ve aspiratör kovanının değiştirildiğinden emin olunur.
- Monitörizasyon için gerekli olan malzemeler (EKG elektrodu, saturasyon probu vb.) hazırlanır.
- Mekanik ventilasyon cihazı için gerekli olan malzemeler (solunum devresi, devre nemlendiricisi-humidvent, aspirasyon sondaları, balon maske vb.)
- Ünite rutin olarak kullanılan IV solüsyon protokolüne uygun solüsyon ve serum pompa seti hazırlanır.
- Pansuman ve yatak çarşafı değiştirme arabası yatak kenarına çekilir.
- Ayrıca, bireyin kişisel özellikleri, uygulanan cerrahi girişim gibi durumlar dikkate alınarak ünite gerekli düzenlemeler yapılır

### **Hemşirelik Tanısı: İletişimde Yetersizlik**

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

*Tanımlayıcı Özellikler:* Konuşmanın olmayışı, ses kaybı, sözel ve sözel olmayan mesajlar arasında uyumsuzluk olması, bireyin anlamadığını/yanlış anlaşıldığını ifade etmesi, sinirliliktir. *İlişkili Faktörler:* Endotrakeal entübasyon, trakeostomi, larenjektomi, var olan hastalık durumu (Erdemir 2005; Terzi 2009; Yava ve Koyuncu 2006).

### **Hemşirelik Bakımının Sonuçları:**

Birey; değişik yöntemler ile iletişim yeteneğinde gelişme olduğunu belirtecek, anlama yeteneğinde artma olduğunu gösterecek, iletişim sorunu nedeniyle oluşan sıkıntı ve sinirlilik halinde azalma olacak.

### **Hemşirelik Girişimleri:**

- Bireyin duymasını ve anlamasını kolaylaştıracak yöntemler kullanılır.
- Yoğun bakım ünitesindeki gereksiz gürültüler azaltılır.
- Bireyin anlayabileceği şekilde açık ve sade bir dille konuşulur.
- Anlatılanı anlamamış gibi görünüyorsa tekrar edilir.

- Verilen bilgi hakkında bireyden geri bildirim alınır.
- İletişimi geliştirmek için dokunma ve hareketler kullanılır.
- Entübe ya da trakeostomili bireylerin kullanması için kalem, kağıt, yazı tabelası gibi malzemeler temin edilir.
- Bireyin dudaklarını ve el hareketlerini kullanabilmesi için desteklenir.
- Birey ile konuşmak için yeterince zaman ayrılır, duygu ve düşüncelerini ifade etmesi için fırsat verilir.
- Bilinci kapalı hasta birey için dokunma gibi sözsüz iletişim teknikleri kullanılır (Birol 2007; Erdemir 2005; Yava ve Koyuncu 2006).

### **Hemşirelik Tanısı: Korku**

*Tanım:* Yoğun bakım ünitesindeki bireyin tehlikeli olarak algılanan, tanınabilen belirli bir kaynağa ilişkin olarak fizyolojik ya da emosyonel olarak bir rahatsızlık duygusu yaşamasıdır. *Tanımlayıcı Özellikler:* Titreme, ağlama, yorgunluk, kalp tepe atımında hızlanma, kan basıncında artma, solunum hızında artma, konsantre olamama, unutkanlık, irritabilitedir. *İlişkili Faktörler:* Geçirilen cerrahi girişimler, uygulanan cerrahi girişim ve YBÜ ortamı ve ünite de uygulanan bakım ve tedavi işlemleri hakkında yeterli bilgi verilmemesi, duygusal yetersizlik/bozukluklar, bilişsel yetersizlik/bozukluklar, ağrı, yeni bir çevre, YBÜ'deki yabancı kişiler, bilgisizlik, iletişim eksikliği, kötü rüyalar, girişimsel girişimler, ölen başka bireyi görmedir (İnci ve Öz 2009).

### **Hemşirelik Bakımının Sonuçları:**

Birey; kendisinde korku yaratan faktörleri belirtebilecek, fizyolojik ve psikolojik rahatlığında artma olduğunu ifade edecek, bireyin yaşam bulgularında olumlu yönde değişimler kaydedilebilecek.

### **Hemşirelik Girişimleri:**

- Bireyin korkularını ifade etmesine fırsat verilir.
- Bireye YBÜ'de olduğu konusunda açıklama yapılır ve ünitenin yapısı ve işleyişi hakkında bilgi verilir.
- Bireyin davranışları gözlemlenerek korkunun kaynağı belirlenir.



- Uygulanacak bakım ve tedavi girişimlerinden önce bireye anlayabileceği şekilde açıklama yapılır.
- Aile bireyleri/sevdikleri ile zaman geçirmesi sağlanır.
- Yoğun bakım hemşiresinin birey ile ilk karşılaştığında kendini tanıtarak bireyin güven içinde olması sağlanır.
- Girişimsel girişimlerde bireyin ağrı hissetmesini önlemek için hekim istemi ile uygun sedatif ilaçlar uygulanır.
- Eğer YBÜ’de ölen biri varsa bireyin bu durumu görmemesi ve haberdar olmaması için önlemler alınır (Birol 2007; Erdemir 2005; Kaya 2012).

### **Hemşirelik Tanısı: Uyumda Bozulma**

*Tanım:* Yoğun bakım ünitesindeki bireyin içinde bulunduğu ortama ve uygulanan bakım-tedavi uygulamalarına uyum sağlamada güçlük yaşamasıdır. *Tanımlayıcı Özellikler:* Bireyin YBÜ’de kendisine takılı bulunan cihaz bağlantılarını çıkarması, entübasyon/trakeostomi tüpünü, nazogastrik tüpü vb. tüpleri çekmesi, yataktan kalkarak gitmeye çalışması, öfke, ajitasyondur. *İlişkili Faktörler:* Yaşam biçiminde değişiklik, algılama düzeyinde bozukluk, motivasyon eksikliği, düşük benlik saygısı, destek sistemlerinin yetersiz olmasıdır (Erdeve ve ark. 2008; Yava ve Koyuncu 2006).

### **Hemşirelik Bakımının Sonuçları:**

Birey; sağlık durumunda önemli değişiklikler olduğunu ve bunların yaşam biçimine olan etkilerinin bilincinde olduğunu ifade edebilecek, YBÜ’de yapılan bakım-tedavi uygulamalarının iyileşme sürecinin bir parçası olduğunu kabul edecek, yapılan bakım-tedavi girişimlerine katılarak uyumunu gösterecek, kendisine takılı bulunan cihaz bağlantılarına ve tüplere zarar vermeyecek.

### **Hemşirelik Girişimleri:**

- Bireye YBÜ’ye yatırılma nedenleri açık bir dille anlatılır.
- Bireye uygulanacak bakım-tedavi işlemleri hakkında bilgi verilir.
- Bireyin YBÜ’ye karşı korku ve endişelerini ifade etmesine fırsat verilir.
- Her girişim öncesi bireye açıklama yapılır, mahremiyetine özen gösterilir.

- Bireyin YBÜ'yu ve bu üniteye uygulanan girişimleri nasıl algıladığı sorgulanır.
- Bireyin YBÜ'ye uyumu için baş etme yöntemleri araştırılır, aile bireyleri ile işbirliği sağlanır.
- Bireyin üniteye uyum göstermemesi durumunda iyileşme sürecinin nasıl olumsuz etkileneceği açıklanır.
- Bireyin entübasyon/trakeostomi gibi tüplerini çekerek kendine zarar vermesini önleyici girişimler yapılır.
- Bireyin yataktan düşmemesi için önlemler alınır.
- Bireyin YBÜ'ye uyum sürecinde destek sistemlerine başvurulur, psikiyatri konsültasyonu istenerek uygun bakım ve tedavi planlanır.
- Bireyin YBÜ'ye uyumunun sağlanması için hekim istemi ile sedasyon ilaçlar uygulanır (Birol 2007; Erdemir 2005; Köksal 2007).

### **Hemşirelik Tanısı: Etkisiz Solunum Örüntüsü**

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

### **Hemşirelik Bakımının Sonuçları:**

Birey; etkili bir ventilasyon gerçekleştirebildiğini, bulgular ve kendi ifadesi ile gösterecek, soruna neden olan faktörleri bildiğini kabul ederek bunlarla başedebilme yöntemleri geliştirecek (Birol 2007; Erdemir 2005).

### **Hemşirelik Girişimleri:**

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

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

- Mekanik ventilasyon desteği alan YBÜ'deki bireylerde solunum yollarındaki patojen mikroorganizmaların varlığından ya da entübasyon tüplerinin güvenlik bağlarının sıkı bağlanmasına bağlı intraokular basınç artışı ve kötü göz hijyeninden göz infeksiyonları gözlenebilmektedir. Bu nedenle MV tedavisi altındaki bireylerde göz bakımına da özen gösterilir.
- Hekim istemi ile uygulanan bronkodilatatör inhaler ilaçların doğru yöntemlerle verilmesine dikkat edilir.
- Mekanik ventilasyon tedavisi sırasında bireyin sözel iletişimi belirli bir süre kesintiye uğrayacağından iletişime yardımcı araçların (kalem, kağıt vb.) yanında bulundurulmasına özen gösterilir (Erdemir 2005; Çelik 2006).

### **Hemşirelik Tanısı: Mekanik Ventilatörden Ayrılmaya İşlevsel Olmayan Yanıt**

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

### **Hemşirelik Bakımının Sonuçları:**

Birey; ventilatörden ayrılma planına istekli bir şekilde uyum gösterecek, solunum örüntüsünü kontrol etmeye çalışacak, ayrılma süreci sırasında rahat olduğunu belirtecek ve duygusal yanıtlarını kontrol etmeyi deneyecek, ekstübe (tüpsüz) durumda kalabilecek ya da bir sonraki MV'den ayrılma denemesine yönelik olumlu bir tutum gösterecek.

### **Hemşirelik Girişimleri:**

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

### **Hemşirelik Tanısı: Beslenmede Değişim: Beden Gereksiniminden Az**

#### **Beslenme**

*Tanım:* Yoğun bakım ünitesindeki bireyin metabolik gereksinimine uygun günlük kalori miktarını alamaması ve bunun sonucu olarak kilo kaybetmesidir. *Tanımlayıcı*

*Özellikleri:* Bireyin kilo kaybı olmaksızın ya da kilo kaybı ile birlikte önerilen günlük kalori miktarını alamayarak yetersiz beslenmesi, beden ağırlığının normale göre %10-20'sinden az olması, kas güçsüzlüğü ve yumuşaklığı, mental irritabilite, konfüzyon, serum albumin düzeyinde azalmadır. *İlişkili Faktörler:* Serebrovasküler olay (SVO), amyotrofik lateral sklerozis (ALS) ve nöromusküler bazı hastalıkların neden olduğu yutma güçlüğü, besinlerin emilimini azaltan bazı hastalıklar (crohn, kistik fibrozis vb.),

bilinç düzeyinde değişmeye bağlı olarak yeme isteğinde azalma, iştahsızlık, bulantı, kusma, deprasyon, YBÜ'nin olumsuz fiziksel koşulları (kötü kokular, hasta atıkları vb.), bazı cerrahi girişimler (barsak, mide operasyonları vb.), entübasyon/trakeostomi tüpüne bağlı yutmada bozulmalardır (Çoker 2006).

### **Hemşirelik Bakımının Sonuçları:**

Birey; günlük metabolik gereksinimine, hastalık durumuna ve aktivite düzeyine uyumlu kalori miktarını içeren besinler alacak, alması gereken miktarı engelleyen Faktörler düzeltilecek/ortadan kaldırılacak (Birol 2007; Erdemir 2005).

### **Hemşirelik Girişimleri:**

- Bireyin günlük kilo takibi yapılarak günlük kalori gereksinimi hastalık durumuna özgün olarak hesaplanır.
- Ağızdan beslenmesinde bir sakınca olmayan bireylerde tüm öğünlerini eksiksiz yemesine dikkat edilir. Sevdiği yiyecekleri yemesi konusunda desteklenir. Öğünlerin iştah açıcı bir şekilde sunulmasına özen gösterilir. Yemek sırasında olumsuz çevre koşulları ortadan kaldırılır. Eğer birey ağızdan beslenmeye yeni başladıysa önce sıvı ve yumuşak gıdalar daha sonra katı gıdalar almasına dikkat edilir.
- Entübe olan ve MV desteği alan bireyin orogastrik/nazogastrik/gastrostomi tüpleri ile beslenmesinde şunlara dikkat edilir: Bireyin barsak sesleri düzenli olarak dinlenir. Bireyin yaşına ve hastalık durumuna uygun enteral beslenme ürünleri beslenme pompaları yardımı ile önerilen miktar doğrultusunda verilir. Besleme sırasında ve beslenmeden sonra en az 30 dakika bireyin başı yatak içinde dik konuma (en az 30-45°) getirilir ya da birey oturtulur. Beslenmeden önce enteral tüpün yeri kontrol edilir. Enteral beslenme tüplerin tespitinin deri bütünlüğünü bozmayacak şekilde olmasına dikkat edilir.
- Enteral yoldan beslenemeyen YBÜ'deki bireylerde parenteral beslenme yöntemi (santral/periferal kateter yolu ile) uygulanır. Bu yöntemde saatlik verilmesi gereken parenteral beslenme ürünü bireyin günlük kalori gereksinimi hesaplanarak infüzyon pompası yardımı ile verilir. Bu yöntemde ürün küçük dozlardan başlanarak (20ml/h) dozu arttırılır. Bu sırada bireyin kan şekeri düzeyi düzenli olarak kontrol edilir. Parenteral beslenmenin gerçekleştirildiği

santral/periferel kateterin bakımı aseptik tekniğe uygun şekilde yapılır. Aynı zamanda bireyin kan glukoz düzeyi belirli aralıklarla kontrol edilir.

- Bireyin günlük kalori gereksiniminin ne kadarını alabildiği yeniden gözden geçirilir. Ek beslenme destek ürünleri (vitaminler, aminoasitler vb.) hekim istemi ile ilave edilir.
- Bireyin saatlik aldığı-çıkardığı sıvı takibi yapılır (Çoker 2006; Potter ve Perry 2005; Roper ve ark. 1996; Ulusoy ve Görgülü 2001).

### **Hemşirelik Tanısı: Sıvı Volüm Eksikliği**

*Tanım:* Yoğun bakım ünitesindeki bireyin beden gereksiniminden az sıvı alması ya da bedeninin sıvı kaybetmesidir. *Tanımlayıcı Özellikler:* Entübasyon tüpünün varlığı nedeniyle oral olarak yeteri miktarda sıvı alamamak, aldığı-çıkardığı sıvı miktarında dengesizlik, deri ve mukoz membranlarda kuruluk, serum sodyum düzeyinde artma, idrar miktarında azalma ya da aşırı artma, santral venöz basınçta (CVP) azalma, deri turgorunda azalma, susuzluk hissi, kusma, hipotansiyondur. *İlişkili Faktörler:* Hipertermi, metabolik hızda artma, infeksiyon (septik şok), cerrahi girişim yerinden aşırı drenaj/kanama, bulantı, kusma, enteral beslenmede yoğunluğu fazla ürünlerin verilmesi, diüretiklerin aşırı kullanılmasıdır (Biol 2007; Erdemir 2005; Ulusoy ve Polat 2003).

### **Hemşirelik Bakımının Sonuçları:**

Bireyin; sıvı eksikliğine neden olan ilişkili faktörleri tanımlanacak ve buna göre sıvı alımı arttırılacak, fizyolojik parametreleri sıvı eksikliğinin giderildiğini gösterecek.

### **Hemşirelik Girişimleri:**

- Bireyin yapılan saatlik aldığı-çıkardığı sıvı takibindeki anormal değerlere, susuzluk hissine dikkat edilir.
- Yaşam bulgularındaki değişimler değerlendirilir. Belirli aralıklarla CVP ölçümleri yapılarak sonuca göre bakım ve tedavi planlanır.
- Bireyin deri turgoru değerlendirilir, var olan kateter ya da dren yerlerinden gelen sıvı/kan miktarları ölçülür.

- Bireyin günlük gereksinim duyduğu sıvı miktarı 24 saatte çıkardığı idrar miktarına göre hesaplanarak infüzyon sıvılarını alması sağlanır (Birol 2007; Erdemir 2005; Roper ve ark. 1996; Ulusoy ve Polat 2003).

### **Hemşirelik Tanısı: Üriner Boşaltımda Bozulma**

*Tanım:* Yoğun bakım ünitesindeki bireyin, üriner boşaltımında işlevsel bozulma olmasıdır. *Tanımlayıcı Özellikler:* Bilinci açık/kapalı olan YBÜ'deki bireyin idrarını tutamaması, sürekli infüzyon sıvı tedavisi nedeni ile sık idrara çıkma, mesane distansiyonu, inkontinans, rezidüel idrar volümünün fazla olmasıdır. *İlişkili Faktörler:* Doğumsal idrar yolları anomalileri, idrar yolları infeksiyonu, ürosepsis, kord travması/tümör/infeksiyon, beyin travması/tümörü/infeksiyonu, SVO, YBÜ'de tanısız amaçla kullanılan ve mesane kaslarının tonüsünün azalmasına neden olan ilaçlar, immünosupresif ilaçlar, diüretikler, sedatifler, kas gevşeticiler, cerrahi operasyonlar, konfüzyon, deliryum gibi durumlarda bireyin boşaltım gereksinimini iletememesine bağlı olarak idrarını kaçırmaması, YBÜ'deki ortamın boşaltım gereksinimini gidermeye uygun olmaması, bu üniteye tuvaletin olmaması, YBÜ'de yapılan monitörizasyon, hareket etmede yetersizliktir (Akpolat 2003; Carpenito 1999).

### **Hemşirelik Bakımının Sonuçları:**

Bireyin; mesane kontrolünü sağlayabilmesine yardım edilecek, inkontinansının nedenleri araştırılacak ve bu nedenler ortadan kaldırılacak, üriner boşaltımını gerçekleştirebilmesine destek olunacak.

### **Hemşirelik Girişimleri:**

- Sorun tespit edilir, soruna neden olabilecek faktörler araştırılır.
- Bilinci açık olan bireyde; üriner boşaltımını gerçekleştirebilmesi için YBÜ'de uygun ortam sağlanır. Diğer bireylerin görmeyeceği şekilde paravan, stor perde gibi araçlar kullanılarak bireyin mahremiyetine özen gösterilir. Bireyin sürgü, ördek gibi malzemeleri kullanabilmesine yardımcı olunur. Eğer mümkünse birey komoda oturtulur ya da sandalyede mobilize edilerek tuvalete götürülmesi sağlanır. Bireyin üriner gereksinimini ifade edebilmesine fırsat verilir.
- Bilinci kapalı olan bireyde; mesane distansiyonu olup olmadığı kontrol edilir. Üretral kateterin cerrahi aseptik tekniğe uygun olarak takılması sağlanarak saatlik



idrar miktarı takibi yapılır. İdrar miktarında azalma ya da aşırı artma durumlarında hekime haber verilir.

- Yoğun bakım ünitesindeki tüm bireylerde saatlik aldığı-çıkardığı takibi yapılır.
- Üretral kateterin bakımı ve perine bakımı uygun solüsyonlarla günde en az bir kez yapılır (Akpolat 2003; Potter ve Perry 2005)

### **Hemşirelik Tanısı: Barsak Boşaltımında Değişim: Konstipasyon (Kabızlık)**

*Tanım:* Yoğun bakım ünitesindeki bireyin kalın barsaklarındaki staz nedeniyle sert ve kuru dışkılaması ve dışkılama sıklığında azalma olmasıdır. *Tanımlayıcı Özellikler:* Dışkılamanın haftada üç kezden daha az olması, uzun sürede ve güç dışkılama, barsak seslerinde azalma, rektumda basınç hissi, karında ağrı, batın içi basıncın artmasına bağlı dispne, fekal tıkaç palpasyonudur. *İlişkili Faktörler:* Hipoksiye bağlı olarak barsak peristaltizminde azalma, bazı nörolojik hastalıklar (multiple sklerozis, parkinson vb.), anestezi ve cerrahi girişimler, YBÜ'de uzun süren hareketsizlik durumu, stres, YBÜ'de olumsuz çevre koşulları (tuvaletin olmaması, hasta yataklarının birbirine çok yakın olması vb.), mahremiyet yetersizliği, beslenmede posalı besinlerin yetersiz olması, sıvı alımı eksikliği, antikonvülsif, antidepressan ilaçlar ve sedasyonların kullanımı, bilinç düzeyinde bozulmadır (Erdemir 2005; Korfalı 2008).

### **Hemşirelik Bakımının Sonuçları:**

Bireyin; barsak seslerinde hareketlilik olduğu gözlenecek, dışkılama sıklığında artış gözlenecek.

### **Hemşirelik Girişimleri:**

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

### **Hemşirelik Tanısı: Deri Bütünlüğünde Bozulma Riski**

*Tanım:* Yoğun bakım ünitesindeki bireyin epidermal ve/veya dermal dokusunda hasar görme riskinin olmasıdır. *Risk Faktörleri:* Bireyin YBÜ’de sedasyona bağlı olarak uzun süre hareketsiz kalması, aşırı zayıflık, YBÜ’de kullanılan havalı yataklar, ayak düşmesini önleyici tahtaları, tespit malzemeleri, pansuman malzemeleri (flaster, bandaj vb.), entübasyon tüpleri, nazogastrik tüpler gibi araçların mekanik irritasyonu, ortopedik ateller, alçılar gibi tedavi amaçlı kullanılan araçlar, yetersiz beslenme, bireyin yatak içinde aşırı hareketli olması, ajitasyon, bilinç düzeyinde bozulmadır (Terzi 2009).

### **Hemşirelik Bakımının Sonuçları:**

Bireyin; deri bütünlüğünü bozabilecek risk faktörleri tanımlanacak, bu risk faktörleri ortadan kaldırılacak.

### **Hemşirelik Girişimleri:**

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

### **Hemşirelik Tanısı: Oral Mukoz Membranda Değişim Riski**

*Tanım:* Yoğun bakım ünitesinde bireyin oral kavitesinde değişim/hasar oluşma riskinin olmasıdır. *Risk Faktörleri:* Bireyde entübasyon/nazogastrik tüp bulunması, trakeal sekresyonlarda artış, bulantı, kusma, kötü ağız bakımı, sıvı alımında yetersizlik,

ağızdan solunum yapma, maske ile oksijen verilmesi, yutma güçlüğü (Çelik 2006; Kaya 2004).

### **Hemşirelik Bakımının Sonuçları:**

Bireyin; oral mukozasında değişimlere yol açabilecek risk faktörleri tanımlanacak, bu risk faktörleri ortadan kaldırılacak.

### **Hemşirelik Girişimleri:**

- Entübasyon tüp tespitinin bakımı rutin olarak yapılır. Bakım sırasında tespitin basınç uyguladığı yerlere masaj uygulanır. Dudak çevresi nemlendirilir.
- Entübe olan bireylerde ağız bakımı 4-8 saatte bir, solunum yolu infeksiyonlarını azaltan solüsyonlar (%0.12'lik klorheksidin glukonat, povidon iyot gibi) ya da serum fizyolojik solüsyonu ile yapılır. Ağız boşluğunun tamamı (yanak mukozası, dişlerin üzeri ve altı, dil üzeri ve altı, damak) iyice temizlenir. Ağız bakımı sırasında bireyin ekstübe olmamasına dikkat edilir.
- Ekstübe olan ve bilinci açık bireylerin dişlerini fırçalamalarına yardım edilir. Gargara solüsyonlarla ağız içini çalkalamaları sağlanır (Çelik 2006; Erdemir 2005; Kaya 2004; Terzi 2009).

### **Hemşirelik Tanısı: Vücut Sıcaklığının Düzenlenmesinde Yetersizlik:**

#### **Hipotermi**

*Tanım:* Yoğun bakım ünitesindeki bireyde merkezi vücut sıcaklığının 35°C'nin altına düşmesidir. Hafif hipotermi 32-35°C, orta hipotermi 28-32°C ve derin hipotermi 22°C'nin altı değerler olarak kabul edilmektedir. *Tanımlayıcı Özellikler:* Vücut sıcaklığının 35°C'nin altına düşmesi, soğuk deri, orta şiddette solukluk, hafif titreme, mental konfüzyon, uyuşukluk, huzursuzluk, nabız ve solunumda azalma, asidozdur. *İlişkili Faktörler:* Yaşlılık, YBÜ'de soğuk ortama maruz kalma, uzun süren cerrahi girişimler, cerrahi girişimler sırasında soğuk sıvıların verilmesi, ilaçlar (barbitüratlar, paralitik ilaçlar vb.), alkol tüketimi, hipoglisemi (Erdemir 2005; Kahveci 2008).

### **Hemşirelik Bakımının Sonuçları:**

Bireyde, hipotermiye neden olabilecek aktörler tanımlanacak, hipotermiye neden olan faktörler azaltılacak; vücut sıcaklığının normal sınırlarda sürdürülmesi sağlanacak.

### **Hemşirelik Girişimleri:**

- Cerrahi operasyondan sonra YBÜ'ye gelen birey derhal sıcak hava üfleyen ısıtıcı battaniye ile ısıtılır. Bireyin üzerine vücut sıcaklığını arttırmaya yönelik yünlü battaniyeler de örtülebilir. Eğer mümkünse YBÜ'nün ortam ısısı artırılır.
- Bireye soğuk su ile vücut banyosu verilmekten kaçınılır. Bireyin tüm vücut organlarının, el ve ayaklarının iyice örtülmesine dikkat edilir. Eğer mümkünse bireyin ayaklarına çorap giydirilebilir.
- Bireye verilecek kan ve ürünlerinin ısıtılması sağlanır.
- Bilinci açık ve üşüyen bireylere monitörizasyonlarını engellemeyecek türden giysiler (önden düğmeli kolay açılabilen üst pijamalar, gecelikler, ayaklar için çoraplar vb.) giydirilerek beden ısılarını korumayı sağlayıcı girişimler uygulanır.
- Eğer YBÜ'de bireye hemofiltrasyon uygulanıyorsa ısı kaybını önlemek amacıyla filtrasyon filtresi alüminyum folyoya sarılabilir(Erdemir 2005; Kahveci 2008; Potter ve Perry 2005).
- Hipotermik hasta bireyde, soğuk kas içine ilaç enjekte edilirse, kan damarları dilate oluncaya ve kas ısınuncaya kadar dolaşıma karışamayacaktır. Bu nedenle opioid analjeziklerin ilk dozu daima intravenöz (IV) yolla verilir ve intramusküler (IM) yol hasta birey ısıdıktan sonra kullanılır.
- İnfüzyon sıvıları özel ısıtma sistemlerini kullanarak yapılır ve transfüze edilir (Aygin ve ark. 2012).

### **Hemşirelik Tanısı: Vücut Sıcaklığının Düzenlenmesinde Yetersizlik: Hipertermi**

*Tanım:* Amerika Yoğun Bakım ve İnfeksiyon Hastalıkları Dernekleri (SCCM/IDSA)'nin raporuna göre; YBÜ'de yatan bireylerde yeni ortaya çıkan 38.3°C ve üzerindeki vücut sıcaklığı hipertermi olarak kabul edilmektedir (Kahveci 2008).

*Tanımlayıcı Özellikler:* Vücut sıcaklığının 38.3°C ve üzerinde olması, deride kızarıklık, titreme, solunum hızı ve derinliğinde artış, terleme, yorgunluk, halsizliktir. *İlişkili*

*Faktörler:* İnfeksiyon (MV ile ilişkili pnömoni, intravenöz kateter ilişkili sepsis, ürosepsis, infektif endokardit gibi), planlı/plansız cerrahi girişimler, invaziv girişimler (arteryal/santral venöz kateter, entübasyon/trakeostomi tüpü, hemodiyaliz uygulaması gibi), kronik hastalık süreci, YBÜ'de yatışın uzamasıdır (Kahveci 2008).

### **Hemşirelik Bakımının Sonuçları:**

Bireyde, hipertermiye neden olan faktörler belirlenecek; bu faktörler azaltılacak; normal vücut sıcaklığını sürdürülmesi sağlanacak.

### **Hemşirelik Girişimleri:**

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

### **Hemşirelik Tanısı: Fiziksel Harekette Bozulma**

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

### **Hemşirelik Bakımının Sonuçları:**

Bireyde; hareketsizlik durumuna neden olan faktörler tanılanacak, hareketsizlik nedeniyle oluşabilecek komplikasyonlar önlenecek.

### **Hemşirelik Girişimleri:**

- Eğer herhangi bir sakınca yoksa bireyin düzenli olarak (30 dk-2 saat aralıklarla) pozisyonu değiştirilir. Pozisyon değişimi sırasında basınç altında kalan derinin rengi, sıcaklığı değerlendirilir. Kemik çıkıntıları yumuşak köpük yastıklarla desteklenir. Ayak düşmesini engellemek için ayaklar yastık ya da tabanlıklarla

desteklenir. Sakıncası yoksa bireyin başı 30° olacak şekilde ve üst ekstremiteleri yükseltilir.

- Yatak içinde pasif egzersizler yaptırılır.
- Bireyin bilinci açık ise ve herhangi bir sakıncası yoksa hareket etmesi için cesaretlendirilir. Yatak içinde düzenli olarak hareket faktörün, pozisyonun ve mobilizasyonun önemi açıklanır. Sakıncası yoksa, YBÜ’de sandalyede mobilize edilir, ayağa kaldırılır ve desteksiz yürüyebilmesi için egzersizler yaptırılır.
- Bireye tedavi amacı ile uygulanan traksiyon/alçı/atel gibi araçların temas ettiği cilt yüzeyi gözlemlenir, bu araçların bireyin hareket yeteneğini bozma durumu değerlendirilir. Oluşabilecek sorunlar belirlenir ve bu sorunların oluşmaması için önlemler alınır. Örneğin; tedavi amacı ile kullanılan bu araçların, bulunduğu bölgedeki derinin bütünlüğünü bozmasına engel olacak önlemler alınır.
- Bireyde tamamen/kısmi hareket kısıtlaması varsa ya da bireyin bilinci kapalı ise bireye antiembolik çorap giydirilir ya da pnömotik kaf sistemi takılır. Ancak bu kafın altında kalan deri düzenli olarak gözlemlenir. Belli aralıklarla bu araçların çıkartılarak alt ekstremitelerin dinlendirilmesi sağlanır, cildin durumu düzenli olarak kontrol edilir.
- Hareketsizliğe bağlı gelişebilecek kas güçsüzlüğü, atrofi gibi komplikasyonların önlemeye yönelik girişimler planlanır.
- Bireye eklem açıklığı hareketleri yaptırılır.
- Bilinci açık olan bireyin bakıma katılımı sağlanır. Böylece bireyin hareketlenmesi için motivasyon sağlanır (Erdemir 2005; Potter ve Perry 2005; Tunçay ve Uçar 2010).

### **Hemşirelik Tanısı: Uyku Örüntüsünde Bozulma**

*Tanım:* Yoğun bakım ünitesindeki bireyin uyku zamanının bozulması nedeniyle rahatsızlık hissetmesidir. *Tanımlayıcı Özellikler:* Bireyin uyumada güçlük çektiğini sözel olarak ifade etmesi, uyuma zamanında değişiklik olması, uykunun sürekli bölünmesi, sık sık esneme, yorgunluk, halsizlik, gözlerinin altında koyu halkalar oluşması, göz kapaklarının düşmesi, nabızda değişiklikler, konsantre olamama, irritabilite, yer ve zamana oryante olamama, aşırı huzursuzluk, görme ve işitme

halüsinasyonları, deliryum, gündüzleri uyuklamadır. *İlişkili Faktörler:* Anksiyete, çevre değiştirme stresi, ağrı, uzamış yatak istirahati, fizyolojik gereksinimler (açlık, boşaltım gereksinimi, hipotermi/hipertermi vb.), YBÜ’de sürekli gürültü, aşırı ışık, ortam ısısının düşük ya da yüksek olması, hastalık durumu ve etkileri, solunum sıkıntısı, trakeal sekresyonda artış, sıklıkla yapılan bakım ve tedavi girişimleri nedeni ile uykunun bölünmesi, uzun süre kullanılan sedasyonların yan etkileri (Birol 2007; Erdemir 2005; Erol ve Enç 2009).

### **Hemşirelik Bakımının Sonuçları:**

Bireyin; toplam uyku süresinin normal uyuması gereken süreye yakın olması sağlanacak, halüsinasyon, ilüzyon, deliryum, huzursuzluk belirtilerinde azalma olduğu gözlenecek, YA’yi sürdürmesi için yeterli enerjiye sahip olduğu anlaşılacak.

### **Hemşirelik Girişimleri:**

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

- Bireyin rahatlaması ve kendini iyi hissetmesini sağlayarak uyumasını kolaylaştırıcı uygun pozisyon verilir. Ağrı ya da stresli durumlar varsa giderilmeye çalışılır.
- Bireyin yataktan düşmesini önleyici güvenlik önlemleri alınır.
- Gece uyumasını ve yeterli uykuyu alabilmesi için psikiyatri-liyezon işbirliği ile bireye özel önerilen tedavi planı uygulanır (Erol ve Enç 2009).

### **Hemşirelik Tanısı: Benlik Kavramında Bozulma: Beden İmajında Bozulma**

*Tanım:* Yoğun bakım ünitesindeki bireyin entübasyon/trakeostomi tüpü, gastrostomi, kolostomi vb. girişimsel uygulamalar nedeniyle fiziksel olarak kendi bedenini algılayış biçiminde bozulma olmasıdır. *Tanımlayıcı Özellikler:* Bireyin var olan yapısal ya da işlevsel değişime sözel ve sözel olmayan şekilde olumsuz yanıtlar (utanma, suçluluk, iğrenme vb.) vermesi, bedeninin o kısmına bakmama/dokunmama, o kısmını saklama, beden ile ilişkili olumsuz duygular (çaresizlik, ümitsizlik, güçsüzlük, kırılganlık vb.) yaşaması, gerçek değişimi doğrulamayı reddetme, öz-yıkım davranışlarıdır (kendini sakatlama, intihar girişimleri, aşırı yeme, az yeme vb.). *İlişkili Faktörler:* Kronik ek hastalık durumu, bedenin bir bölümünde kayıplar olması, beden işlevlerinde bozulma, ciddi travma, geçirilen büyük cerrahi girişimler, daha önceden uzun süre YBÜ'de yatma, kemoterapi ve radyoterapi uygulamaları, obezite, gebelik gibi durumlardır (Terzi 2009).

### **Hemşirelik Bakımının Sonuçları:**

Birey; yeni baş etme örüntülerini uygulayacak ve görünümünü kabul ettiğini gösterecek, bunu sözel olarak ifade edecek, sağlıklı uyum ve baş etme becerilerini gösterecek, öz bakımını/rol sorumluluklarını yerine getirmeye başlayacak ve bunu sürdürmede isteklilik gösterecek, var olan destek sistemleri ile yeniden temas kuracak ya da yeni temaslar başlatacak.

### **Hemşirelik Girişimleri:**

- Bireyin kendini nasıl algıladığını ve düşüncelerini açıklaması için fırsat verilir.
- Bireyin var olan hastalık durumu, bakım-tedavi yöntemleri, iyileşme süreci hakkındaki endişelerini ifade etmesine yardım edilir.



- Bireyin YBÜ'de kaldığı sürece yapılan tüm bakım-tedavi uygulamalarında mahremiyetinin korunmasına özen gösterilir.
- Birey için aşırı koruyucu olmaktan ve öğüt vermekten kaçınılır.
- Bireyin yakınları ile işbirliği yapılarak onlardan destek alınır.
- Bireyin YBÜ'de kaldığı sürece sevdikleri ile daha fazla zaman geçirebilmesine yardımcı olunur.
- Bireyin baş etme yöntemleri gözden geçirilerek bu yöntemleri uygulamasına fırsat verilir.
- Cerrahi bir girişim sonrası (amputasyon, mastektomi, açık batın operasyonu gibi) beden parçalarının ya da beden işlevlerinin kayıplarında bireye, bakım gereksinimlerinin karşılanmasında destek olunur ve bireyin katılımı da sağlanır.
- Bireyin YBÜ'de mobilize edilmesi (tekerlekli sandalyede oturtulması, ayağa kaldırılarak yürütülmesi gibi) sağlanır (Biol 2007; Erdemir 2005).

### **Hemşirelik Tanısı: Boş Zamanlarını Geçirme/Eğlenme Aktivitesinde Yetersizlik**

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

### **Hemşirelik Bakımının Sonuçları:**

Bireyin; hoşlandığı eğlence aktiviteleri araştırılacak, yakınları ile daha fazla zaman geçirmesi sağlanacak, hoşlandığı eğlence aktivitelerini gerçekleştirmesine yardım edilecek.

### **Hemşirelik Girişimleri:**

- Bireyin eğlence aktiviteleri hakkındaki düşünceleri ve alışkanlıkları sorgulanır. Bu konuda yakınlarından da yardım alınır.

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

#### **2.3.5.3. Uygulama**

Bu aşama, bakım planında belirlenen hedeflere ulaşmak için planlanan hemşirelik girişimlerinin uygulamaya konmasıdır. Bu aşamada YBÜ'ye kabul edilen bireyin fizyolojik parametrelerini normal sınırlarda sürdürebilmek ve konfor düzeyini arttırmak amacıyla planlanan hemşirelik girişimleri uygulanır. Hemşirelik girişimlerinin temel hedefi bireyin YBÜ'de kaldığı sürece yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilmesinde yardımcı olmaktır. Aynı zamanda bireyin YBÜ'de yaşadığı konfor düzeyini bozabilecek faktörlerle mücadele edebilmesi için bireyin baş etme mekanizmalarını güçlendirmesini sağlamaktır (Biol 2007; İsbir ve Mete 2009; Kaya 2013; Roper ve ark. 1996).

#### **2.3.5.4. Değerlendirme**

Hemşirelik sürecinin son aşamasıdır. Değerlendirme hem bir son hem de bir başlangıçtır. Değerlendirme, yapılan uygulamaların sonuçlarının karşılaştırılarak belirlenen hedeflere ulaşıp ulaşılmadığı konusunda bir karara varılması olarak tanımlanmaktadır (Biol 2007; İsbir ve Mete 2009; Kaya 2013). Bireyin YBÜ'de yaşam aktivitelerini gerçekleştirmesi sırasında fizyolojik parametreleri ve konfor düzeyinde meydana gelen olumsuz değişikliklerle baş edebilme durumu değerlendirilir. Değerlendirmede planlanan hedeflere ulaşıldıysa sorun giderilmiş demektir. Ancak sorun giderilemediği takdirde hemşirelik bakım süreci yeniden gözden geçirilerek yeni

bir bakım planı hazırlanır ya da bakım planında uyarlamalar yapılır (Birol 2007; Roper ve ark. 1996).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Bu araştırma, yoğun bakım ünitesine planlı kabul öncesi uygulanan hasta kabul protokolünün hasta bireyin konfor düzeyine ve üniteye yatış sırasındaki fizyolojik parametrelerine etkisini belirlemek amacı ile randomize kontrollü deneysel bir çalışma olarak gerçekleştirildi.

#### 3.2. ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİ

Araştırmanın hipotezleri;

**H1 Hipotezi:** Yoğun bakım ünitesinde planlı kabul protokolü uygulamasının hasta bireylerin konfor düzeyi üzerinde olumlu etkisi vardır.

**H1 Hipotezi:** Yoğun bakım ünitesinde planlı kabul protokolü uygulamasının hasta bireylerin fizyolojik parametreleri üzerinde olumlu etkisi vardır.

#### 3.3. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Araştırmanın bağımsız değişkeni planlı kabul protokolü, bağımlı değişkenleri ise, konfor düzeyi ve fizyolojik parametreler olarak belirlendi.

#### 3.4. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma Nisan 2012-Aralık 2012 tarihleri arasında, İstanbul ilinde yer alan bir üniversite hastanesinin reanimasyon ünitesinde gerçekleştirildi.

#### 3.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evreni, bir üniversite hastanesindeki reanimasyon ünitesinin 2011 yılı verileri dikkate alınarak saptandı. Buna göre 2011 yılında, söz konusu ünite toplam 1345 hasta kabulünün yapıldığı, bu hastalardan 873'ünün ise cerrahi girişim nedeni ile planlı olarak üniteye kabul edildiği belirlendi.

Örneklem hesabı için; 20 deney ve 20 kontrol grubundan olmak üzere 40 olgu ile ön çalışma gerçekleştirildi ve elde edilen veriler ile power analizi yapıldı. Power (güç) analizi sonucuna göre; ameliyat öncesi ölçümlerde deney ve kontrol grubu arasında GKÖ (Genel Konfor Ölçeği) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yok iken ameliyat sonrası dönemde her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu. Olguların genel konfor düzeylerindeki öngörülen 4,7'lik puan farkını  $\pm$

11,3'lük standart sapma ile göz önünde bulundurularak yapılan power analizi sonucunda %80'lik bir güç ile ( $\alpha= 0,05$ ,  $1-\beta= 0,80$ ) her iki grupta da en az 47 olguya gereksinim bulunduğu belirlendi. Saptanan bu örneklem sayısına 3 deney, 3 kontrol grubundan olmak üzere 6 olgu eklenerek araştırmanın toplam 100 olgu ile tamamlanmasına karar verildi. Sonuç olarak araştırmanın örneklemine, 50 deney ve 50 kontrol grubundan olmak üzere toplam 100 olgu oluşturdu. Öte yandan örneklem seçim kriterlerine uyan hasta bireylerin deney mi yoksa kontrol grubunda mı yer alması gerektiğine karar vermek için bilgisayar programı (<http://www1.assumption.edu/users/avadum/applets/RandAssign/GroupGen.html>) ile oluşturulan randomizasyon yöntemi kullanıldı.

### **Örneklem Seçim Kriterleri**

Örneklem grubunu oluşturacak hasta bireylerin literatür doğrultusunda hazırlanan aşağıdaki seçim kriterlerine uymasına karar verildi (Ashkenazy ve Ganz 2011; Herr ve ark. 2006; Kuşuoğlu ve Karabacak 2008). Buna göre araştırma kapsamına alınacak hasta bireyler;

- Yoğun bakım ünitesine kabulünün planlanmış olması (planlı kabul ile YBÜ'ye yatışı yapılan tüm hasta bireylere cerrahi girişim uygulanmıştır)
- 18-75 yaşları arasında bulunması,
- En az 24 saat yoğun bakım ünitesinde kalmış olması,
- Daha önce yoğun bakım ünitesinde en fazla bir kez kalmış olması,
- Öz-değerlendirme verilerinin toplanması sırasında herhangi bir iletişim sorununun ve duyuşsal kusurunun bulunmaması,
- Çalışmaya gönüllü olarak katılması kriterlerine göre belirlendi.

Bu çalışmada araştırma dışında tutulma kriterleri;

- Yoğun bakım ünitesine yatışı planlanmış fakat sonra herhangi bir nedenle (YBÜ'de boş yatağın bulunmaması vb. sorunlar) ameliyatı ertelenmiş olan hasta bireyler,
- Hasta bireyin servise yatışı yapılmadan doğrudan ameliyata alınması ve oradan YBÜ'ye transferi (ör; sezaryan sectio ameliyatları vb.)

- Yoğun bakım ünitesine yatışı planlanmış fakat ameliyat olmaktan vazgeçmiş hasta bireylerden oluşmaktadır.

### 3.6. VERİLERİN TOPLANMASI

#### Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında;

- Hasta Bilgi Formu
- Hasta Değerlendirme Formu
- Ağrı Ölçekleri: 1. Sayısal Ağrı Değerlendirme Skalası (NRS -Numerical Rating Scale) 2. Davranışsal Ağrı Ölçeği
- Akut Fizyoloji ve Kronik Sağlık Değerlendirmesi Formu (Acute Physiology And Chronic Healty Evoluation- APACHE II)
- Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (BGYAI)
- Riker Sedasyon-Ajitasyon Skalası (SAS)
- Genel Konfor Ölçeği (GKÖ) kullanıldı (Tablo 3-1).

**Hasta Bilgi Formu (EK II):** Hasta bilgi formunda; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, iş/meslek, sağlık güvencesi, gelir durumu gibi bireysel özellikler sorgulanmaktadır.

**Hasta Değerlendirme Formu (EK III):** Hasta değerlendirme formu beş bölümden oluşmaktadır: Birinci bölüm; servisteki fizyolojik parametreleri (kan basıncı, kalp tepe atım hızı, solunum hızı, vücut sıcaklığı), ağrı puanı, BGYAI puanı, tıbbi tanı, yoğun bakım ünitesine kabulünün planlanmasının nedeni, kliniğe geliş tarihi, ameliyat tarihi, daha önceki yoğun bakım deneyimi bilgilerini içermektedir. İkinci bölümde; ameliyatta kalma/anestezi alma süresi, yoğun bakım ünitesine kabul saati, yoğun bakım ünitesine kabul sırasındaki fizyolojik parametreler (kan basıncı, kalp tepe atım hızı, oksijen saturasyon düzeyi, vücut sıcaklığı), ağrı puanı, SAS puanı, endotrakeal/trakeostomi tüp varlığı, mekanik ventilasyona bağlanma durumu, santral/periferik kateter varlığı, nasogastrik sonda varlığı, idrar sondası varlığı, göğüs tüpü/drenaj tüpü/diğer tüplerin varlığı, hemşire başına düşen hasta sayısı sorgulanmaktadır. Üçüncü bölümde; yoğun bakım ünitesinde 24. saatteki fizyolojik

parametreler (kan basıncı, kalp tepe atım hızı, oksijen satürasyon düzeyi, vücut sıcaklığı), ağrı puanı ve APACHE II puanı ile endotrakeal/trakeostomi tüpünün kalma süresi, mekanik ventilasyona bağlanma şekli, mekanik ventilasyonda kalma süresi, weaning yapılma durumu ve süresi, trakeal aspirasyon yapılma durumu, pozisyon değişimi yapılma durumu, analjezik ve/veya sedatif ilaç uygulanma durumu, fiziksel kısıtlama/tespit edici uygulanma durumu sorgulanmaktadır. Dördüncü bölümde; yoğun bakım ünitesinden transfer sırasındaki fizyolojik parametreler (kan basıncı, kalp tepe atım hızı, oksijen satürasyon düzeyi, vücut sıcaklığı) ile transfer edildiği yer, yoğun bakım ünitesinde kalma süresi sorgulanmaktadır. Beşinci bölümde ise; yoğun bakım ünitesinden transfer edildikten 24 saat sonraki fizyolojik parametreler (kan basıncı, kalp tepe atım hızı, solunum hızı, vücut sıcaklığı) ve ağrı puanı yer almaktadır.

**Ağrı Ölçekleri (EK IV):** Araştırmada ağrıyı değerlendirmek için iki ölçek kullanıldı:

**1. Sayısal Değerlendirme Skalası (NRS -Numerical Rating Scale):** Bilinci açık olan ve ağrı şiddetini kendisi ifade edebilecek hasta bireylerde kullanılan pratik bir değerlendirme skalasıdır. Bu skalaya göre; hasta bireyin ağrı şiddeti 0'dan 10'a kadar değerlendirilir. 0 puan hiç ağrının olmadığını, 10 puan da dayanılmaz ağrının olduğunu ifade etmektedir (Ashkenazy ve Ganz 2011). Bu ağrı skalası; araştırmada yoğun bakım ünitesine kabul öncesi serviste, yoğun bakım ünitesinde 24. saatte, yoğun bakım ünitesinden transfer sırasında ve yoğun bakım ünitesinden transfer edildikten 24 saat sonra hasta bireylerin ağrı puanlarını hesaplamada kullanıldı. Araştırmanın yapıldığı hastanenin tüm kliniklerinde bilinci açık olan hastalarda bu ağrı değerlendirme skalası kullanıldığından çalışmada da kullanılması uygun görüldü.

**2. Davranışsal Ağrı Ölçeği;** Payen ve arkadaşları tarafından 2001 yılında geliştirilen (Payen ve ark. 2001) davranışsal ağrı ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Vatansever ve Eti Aslan tarafından 2003 yılında yapıldı (Vatansever ve Eti Aslan 2005). Bu ölçekte yüz ifadesi, üst ekstremiteler ve ventilatör ile uyum olmak üzere üç madde ve her bir maddede ağrıya karşı gösterilen davranışsal tepkileri içeren dört değişken bulunmaktadır. Bu değişkenler; yüz ifadesi; rahat, kısmen rahat, tamamen gergin, yüzünü buruşturuyor, üst ekstremiteler; hareket yok, kısmen bükülmüş, tamamen bükülmüş, parmaklar fleksiyonda, kalıcı olarak retraksiyonda, ventilasyonla uyumu ise; ventilasyonu tolere ediyor, öksürüyor, fakat çoğu zaman

ventilasyonu tolere ediyor, ventilatörle savaşıyor, ventilasyonu kontrol edemiyordur (Vatansever ve Eti Aslan 2003). Bu ölçek, yoğun bakım hastaları için geçerli bir skala olmakla birlikte ağrıyla ilgili davranışları ve hasta bireyin mekanik ventilatörle uyumunu değerlendirmeye de olanak sağlaması nedeni ile bu çalışmada kullanıldı.

**Akut Fizyoloji ve Kronik Sağlık Değerlendirmesi Formu (Acute Physiology And Chronic Healty Evoluation- APACHE II) (EK V):** Knaus ve arkadaşları tarafından ilk olarak 1981 yılında geliştirilen APACHE skor formu, yoğun bakım ünitelerinde hayatta kalmayı tahmin etmek ve hastalık şiddetini belirlemek amacı ile yaygın olarak kullanılmaktadır. APACHE I revize edilerek ve sadeleştirilerek APACHE II oluşturulmuştur. APACHE II, 12 fizyolojik parametreyi (rektal sıcaklık, ortalama arter basıncı, kalp hızı, solunum hızı, PO<sub>2</sub>, arteriel pH, serum sodyumu, serum potasyumu, kan kreatinini, hematokrit ve beyaz küre değerleri, nörolojik puan), yaşı ve diğer sağlık sorunlarını belirlemeye yönelik maddelerden oluşturuldu. Bu maddeler değerlendirilerek elde edilen puan, mortalite riskinin belirlenmesini sağlamaktadır. Hasta bireylerin yoğun bakım ünitesine kabul edildikten sonra ilk 24 saatteki fizyolojik ölçümlerinin en kötü değerleri alınarak, APACHE II puanı belirlenmektedir. APACHE II'den elde edilebilecek maksimum puan 71 olup, yüksek puan mortalite riskinin yüksek olduğunu göstermektedir (Knaus ve ark 1981; Knaus ve ark 1985).

Yoğun bakım ünitelerine çeşitli sağlık sorunlarıyla yatırılan bireylerin hayatta kalma şansları, yoğun bakım ünitelerinde verilen bakım-tedaviye ve altta yatan hastalıklara bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Yoğun bakım ünitelerine kabul edilen tüm bireylerin durumu kritik olarak kabul edilmekte, bakım ve tedavi girişimleri bu doğrultuda planlanmaktadır. Tanılama sürecinde bireylerin bir bütün olarak ele alınıp, baştan ayağa muayene edilerek değerlendirilmesi büyük bir önem taşımaktadır. Gözden kaçırılan çok küçük bir ayrıntı bile hasta bireylerin yaşama şansını önemli oranda etkileyebilir. Bu nedenle yoğun bakım ünitelerine özgü çeşitli değerlendirme/skorlama formları geliştirilmiştir. APACHE II de bu formlardan biridir. APACHE II puanı, yoğun bakım ünitesinde yatan bireylere uygulanan bakım ve tedavinin etkinliğinin değerlendirilmesini sağlamakta, ünite çalışan ekibe rehberlik etmektedir. Öte yandan sağlık durumu, yoğun bakım ünitesinde kaldıkları sürece hasta bireyin konforunu da etkileyen önemli bir faktördür. Bu nedenle yoğun bakım ünitesine kabul edilen hasta bireyin konfor düzeyi incelenirken sağlık durumu mutlaka dikkate



alınmalıdır. Bu bağlamda, geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olması ve yoğun bakım ünitelerinde yaygın olarak kullanılması nedenleri ile bu çalışmadaki hasta bireylerin sağlık durumlarının değerlendirilmesinde APACHE II kullanıldı.

**Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (BGYAI) (EK VI):** 1965 yılında Barthel ve Mahoney tarafından geliştirilen Barthel İndeksi, ayrıntılı, yansız, kolay uygulanabilen, anlaşılabilir, neden-sonuç ilişkisini araştıran ve günlük yaşam aktivitelerinin tüm basamaklarını değerlendiren bir ölçektir. Günlük yaşam aktivitelerindeki fiziksel bağımsızlığı değerlendiren ve 10 maddeden oluşan (beslenme, transfer, bakım, tuvalet kullanımı, banyo, hareketlilik, merdiven inip çıkma, giyinip soyunma, bağırsakların kontrolü ve mesane kontrolü) ölçekte toplam puan 0 ile 100 arasında değişmektedir (Küçükdeveci 2005). Barthel İndeksi'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Küçükdeveci ve ark. tarafından 2000 yılında yapıldı. Barthel İndeksi'nde yer alan her bir yaşam aktivitesine verilen tüm puanların toplanmasıyla elde edilen puanlamada; 0-20 puan; tamamen bağımlılığı, 21-61 puan; ileri derecede bağımlılığı, 62-90 puan; orta derecede bağımlılığı, 91-99 puan; hafif derecede bağımlılığı, 100 puan; bağımsızlığı açıklamaktadır. Barthel İndeksi'nin kullanıldığı çalışmalarda, 60 puan sınır olarak alınmış olup, 60'ın üzerindeki puanlar bağımsız olarak işlev yapabilmeyi açıklamaktadır (Mollaoğlu ve ark. 2011). Bu çalışmada, deney ve kontrol grubunu oluşturan bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyleri yönünden eşlenik olup olmadığını belirlemek amacıyla BGYAI kullanıldı.

**Riker Sedasyon-Ajitasyon Skalası (SAS) (EK VII):** Riker sedasyon-ajitasyon skalası, 1994 yılında Riker ve ark. tarafından geliştirildi. Puanlaması 1'den 7'ye kadar olan skalada; 1 puan verilen hasta "derin sedatize", 7 puan verilen hasta ise "şiddetli ajite" şeklinde nitelendirilmektedir (Ashkenazy ve De-Keyser-Ganz 2011). Yoğun bakım hastalarının sedasyon ve ajitasyon durumlarını aynı anda değerlendirmeyi sağlayan bu skala yoğun bakım ünitelerinde sıklıkla kullanılmaktadır (Akıncı ve ark. 2007). Yönetimi kolay olduğundan ve aynı anda hem hastanın konforuna yardımcı olan sedasyon durumunu hem de hastanın konforsuzluğunu ifade eden ajitasyon durumunu değerlendirdiğinden çalışmada SAS'ın kullanılması uygun görüldü.

**Genel Konfor Ölçeği (GKÖ) (EK VIII):** Katharina Kolcaba tarafından 1992 yılında geliştirilen Genel Konfor Ölçeği (General Comfort Questionary-GCQ)'nin

Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kuşuoğlu ve Karabacak (2008) tarafından yapıldı. Genel Konfor Ölçeği, konforun kuramsal bileşenlerini oluşturan üç düzey ve dört boyutun yer aldığı taksonomik yapı rehber alınarak oluşturuldu ve bireyin gereksinimlerinin belirlenmesi, konfor sağlayan hemşirelik girişimleri ile beklenen konforda artma sonucuna ulaşma durumunu değerlendirmek için kullanılmaktadır. Ölçek dördümlük likert tipte olup toplam 48 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin düzeyleri; ferahlama (16 madde), rahatlama (17 madde) ve sorunların üstünden gelme (15 madde)'dir. Ölçek boyutları ise; fiziksel boyut (12 madde), psikospiritüel boyut (13 madde), çevresel boyut (13 madde) ve sosyokültürel boyut (10 madde)'tur. Pozitif ve negatif maddelerden oluşan ölçeğin yanıt düzenleri karışık halde verilmektedir. Buna göre pozitif maddelerde yüksek puan (4) yüksek konfora, düşük puan (1) düşük konfora işaret etmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesinde, elde edilen negatif puanlar ters kodlanarak pozitif maddelerle toplanır. Ölçekten alınabilecek en yüksek toplam puan 192, en düşük toplam puan ise 48'dir. Elde edilen toplam puan ölçek maddelerinin sayısına bölünerek ortalama değer saptanır ve sonuç 1-4 dağılımında belirtilir. Böylece konfor düzeyi; düşük konfor bir puan, yüksek konfor dört puan olan bir aralıkta ifade edilmektedir. Türk toplumu için uygunluğu 2004 yılında Kuşuoğlu ve Karabacak tarafından yapılan GKÖ'nün Cronbach's alfa katsayısını 0.85 olarak bulunduğu ve ölçeğin güvenilirliğinin yüksek olduğu belirtilmektedir (Kuşuoğlu ve Karabacak 2008). Üstündağ (2009)'ın yaptığı çalışmada; ölçeğin yeniden değerlendirilen iç tutarlılık incelemesinde Cronbach's alfa katsayısının 0.82 olarak bulunduğu ifade edilmektedir. Bu çalışmada GKÖ'nün güvenilirliği için yapılan analizlerde; 48 sorudan oluşan güvenilirlik analizi sonucu toplam ilk ölçümde Cronbach's alfa 0,751, son ölçümde ise 0,860 olarak bulundu (Tablo 3-1). Literatüre göre  $0,60 \leq \alpha < 0,80$  veya  $0,80 \leq \alpha \leq 1$  ise faktör oldukça güvenilirdir (Özdamar 2004; Karabacak 2004; Karakaplan ve Yıldız 2010). Sonuç olarak GKÖ bu çalışma için güvenilir bir ölçme aracıdır.

**Tablo 3-1:** GKÖ'nün Cronbach's Alfa Analizi Sonuçları (n=100)

	Cronbach's Alfa (İlk Ölçüm)*	Cronbach's Alfa (Son Ölçüm)**
<b>GKÖ Boyutları</b>		
Fiziksel	0,672	0,825
Psikospiritüel	0,449	0,739
Çevresel	0,649	0,716
Sosyokültürel	0,044	0,142
<b>GKÖ Düzeyleri</b>		
Ferahlama	0,493	0,611
Rahatlama	0,571	0,714
Üstünlük	0,462	0,673
<b>Toplam</b>	<b>0,751</b>	<b>0,860</b>

\* Ameliyattan önce serviste ölçülen değer, \*\* YBÜ'den transfer edildikten 24 saat sonra ölçülen değer

### 3.7. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI

#### 3.7.1. Ön Çalışma ve Veri Toplama Süreci

Araştırma için örneklem seçim kriterlerini karşılayan ve geçirecekleri cerrahi girişim sonrası yoğun bakım ünitesine kabulü planlanan hasta bireyler reanimasyon ünitesinde yer alan randevu defterinden belirlendi. Bilgisayar programında yer alan randomizasyon planı doğrultusunda bu bireyler deney ve kontrol grubu olarak ayrıldı. Hasta bireylere cerrahi girişim öncesi araştırmanın amacı, içeriği ve yöntemi konusunda açıklama yapılarak araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden bireylerden yazılı ve sözlü izin alındı. Araştırma öncesi örneklem hesabı yapmak ve çalışma planının uygulanabilirliğini test etmek amacı ile 20 deney ve 20 kontrol olmak üzere toplam 40 hasta birey üzerinde ön çalışma yapıldı.

#### *Ön Çalışma:*

Tez projesinde örneklem seçim kriterlerinden biri “Hasta bireyin 18-65 yaşları arasında bulunması” idi. Ancak ön çalışma sırasında; yoğun bakım ünitesine kabul edilen hasta bireylerin genelde ileri yaşta (65 yaş ve üzeri) oldukları ve yaşın yoğun bakım ünitesine kabul nedenlerinden biri olduğu gözlemlendi. Ön çalışma sırasında yoğun bakım ünitesine planlı kabul edilen hasta bireylerin büyük bir çoğunluğunun 65 yaşın üstünde olması, vakaların planlanan sürede tamamlanamama endişesini oluşturdu. Ayrıca Tümerdem (2006)'in de belirttiği gibi Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 65-75

yaş arasını erken yaşlılık evresi olarak kabul ettiği üzere seçim kriteri “Hasta bireyin 18-75 yaşları arasında bulunması” şeklinde değiştirildi.

Tez projesinde örneklem seçim kriterlerinden bir diğerini ise “Daha önce yoğun bakım ünitesinde kalmış olmaması” oluşturmuştu. Ön çalışma sırasında; yoğun bakım ünitesine kabul edilen hasta bireyin ek sağlık sorununun olduğu (myokard enfarktüsü, by-pass, damar hastalıkları, vb.) ve bu sağlık sorunu nedeni ile de hasta bireyin daha önceden bir ya da birçok kez yoğun bakım ünitesinde kaldığı gözlemlendi. Bu durum vakaların tamamlanmasına engel oluşturduğundan seçim kriteri “Daha önce yoğun bakım ünitesinde sadece bir kez kalmış olması” şeklinde değiştirildi.

### ***Veri Toplama Süreci:***

Deney grubundaki hasta bireylere uygulanmak üzere öncelikle “Yoğun Bakım Ünitesine Planlı Kabul Protokolü” oluşturuldu. Literatür bilgileri (Leary ve Ridley 2004; Özer ve Akyıl 2008) ve araştırmacının deneyimleri doğrultusunda hazırlanan planlı kabul protokolünde; protokolün amacı, yoğun bakım ünitesinin tanımı, yoğun bakım ünitesine hasta kabul kriterleri, yoğun bakım ünitelerinin sınıflandırılması, yoğun bakım ünitesine kabul öncesi ve yoğun bakım ünitesine kabul sırasındaki temel ilkeler yer almaktadır. Yoğun bakım ünitesine planlı kabul protokolü kapsamında hazırlanan “Yoğun Bakım Ünitesi Tanıtım Kitapçığında” ise; yoğun bakım ve yoğun bakım ünitesinin tanımı, yoğun bakım ünitesinin fiziksel özellikleri, üniteye çalışan sağlık personellerinin özellikleri, üniteye kabul edilen hasta bireylerin hastalık özellikleri, ünitenin kuralları, üniteye yaşam aktiviteleri (güvenli çevrenin sağlanması, iletişim, solunum, beslenme, tuvalet, ısınma, hareket, giyinme ve temizlik, uyku ve dinlenme, boş zamanlarını geçirme ve cinsellik) doğrultusunda hasta bireylere uygulanan hemşirelik bakımı girişimleri, üniteden transfer ve hasta yakınları için önemli bilgiler yer almaktadır.

Deney grubundaki hasta bireyler, planlı ameliyat öncesi geçirecekleri cerrahi girişim ile ilgili buldukları serviste ziyaret edilerek; Hasta Bilgi Formu, Hasta Değerlendirme Formu (Birinci Bölüm), Sayısal Ağrı Değerlendirme Skalası, Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi ve Genel Konfor Ölçeği uygulandı. Ayrıca yoğun bakım ünitesine planlı kabul protokolü kapsamında hazırlanan Yoğun Bakım Ünitesi Tanıtım Kitapçığı’nda yer alan tüm bilgiler deney grubundaki hasta birey ve ailesine anlayabilecekleri rahat bir ortam yaratılarak ayrıntılı bir şekilde yaklaşık olarak bir saat

süre ile anlatıldı, yoğun bakım ünitesinde uygulanacak bakım ve tedavi işlemleri hakkındaki soruları yanıtlandı. Yoğun Bakım Ünitesi Tanıtım Kitapçığı hasta bireyin yanında bırakılarak hasta bireyin ve ailesinin bu kitapçığı inceleyerek okumasına fırsat verildi. Yoğun bakım ünitesine kabul sırasında; hasta birey, hazırlanan yoğun bakım ünitesine planlı kabul protokolü doğrultusunda üniteye kabul edildi. Hasta Değerlendirme Formu (İkinci Bölüm), Davranışsal Ağrı Ölçeği ve Riker Sedasyon-Ajitasyon Skalası uygulandı. Yoğun bakım ünitesinde 24. saatte; Hasta Değerlendirme Formu (Üçüncü Bölüm), Akut Fizyoloji ve Kronik Sağlık Değerlendirmesi Formu-APACHE II, Sayısal Ağrı Değerlendirme Skalası ya da Davranışsal Ağrı Ölçeği uygulandı. Yoğun bakım ünitesinden transfer sırasında; Hasta Değerlendirme Formu (Dördüncü Bölüm) ve Sayısal Ağrı Değerlendirme Skalası uygulandı. Yoğun bakım ünitesinden transfer edildikten 24 saat sonra; Hasta Değerlendirme Formu (Beşinci Bölüm), Sayısal Ağrı Değerlendirme Skalası ve Genel Konfor Ölçeği uygulandı.

Kontrol grubundaki hasta bireyler de aynı şekilde planlı ameliyat öncesi geçirecekleri cerrahi girişim ile ilgili buldukları serviste ziyaret edilerek; Hasta Bilgi Formu, Hasta Değerlendirme Formu (Birinci Bölüm), Sayısal Ağrı Değerlendirme Skalası, Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi ve Genel Konfor Ölçeği uygulandı. Kontrol grubundaki hasta bireylere “Yoğun Bakım Ünitesi Tanıtım Kitapçığı” verilmedi ve bu bireylere YBÜ’ye kabul sırasında ise üniteye rutin olarak uygulanan kabul işlemleri uygulandı. Yoğun bakım ünitesine kabul sırasında; Hasta Değerlendirme Formu (İkinci Bölüm), Davranışsal Ağrı Ölçeği ve Riker Sedasyon-Ajitasyon Skalası uygulandı. Yoğun bakım ünitesinde 24. saatte; Hasta Değerlendirme Formu (Üçüncü Bölüm), Akut Fizyoloji ve Kronik Sağlık Değerlendirmesi Formu-APACHE II, Sayısal Ağrı Değerlendirme Skalası ya da Davranışsal Ağrı Ölçeği uygulandı. Yoğun bakım ünitesinden transfer sırasında; Hasta Değerlendirme Formu (Dördüncü Bölüm) ve Sayısal Ağrı Değerlendirme Skalası uygulandı. Yoğun bakım ünitesinden transfer edildikten 24 saat sonra; Hasta Değerlendirme Formu (Beşinci Bölüm), Sayısal Ağrı Değerlendirme Skalası ve Genel Konfor Ölçeği uygulandı (Şekil 3-1 ve Tablo 3-2).

### ***3.7.2. Deney Grubunun Oluşturulması ve Girişimler***

*Yoğun bakım ünitesine kabul öncesi;*

- Reanimasyon ünitesinde, aylık ameliyathane programı doğrultusunda ameliyatı planlanan cerrahi kliniklerinin isimlerinin yazılı olduğu randevu defteri

bulunmaktadır. Bu defterden cerrahi girişim sonrası YBÜ'ye hangi cerrahi klinikten hasta bireylerin kabul edileceği belirlendi.

- Bilgisayar programından çıktı olarak alınan randomizasyon planı doğrultusunda; araştırma süreci boyunca her gün randevu defterinde ameliyat sırasına göre ismi yazılan cerrahi klinik ziyaret edilerek deney grubunda yer alan hasta bireylerin örneklem seçim kriterlerine uygunluğu kontrol edildi. Örneklem seçim kriterlerine uygun olan deney grubunu oluşturacak hasta bireylere araştırmanın türü, amacı, uygulanacak yöntemler ve uygulama süresi açıklandı. Araştırmaya katılmaya istekli ve gönüllü olma etik ilkesi dikkate alınarak söz konusu bireylerden sözlü ve yazılı izin alındı.

*Yoğun bakım ünitesine kabul öncesi serviste;*

- Hasta Bilgi Formu, Hasta Değerlendirme Formu (Birinci Bölüm), Servisteki Fizyolojik Parametreler Formu, Sayısal Ağrı Değerlendirme Skalası, Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi ve Genel Konfor Ölçeği uygulandı.
- Hasta bireyin rahat edebileceği uygun bir ortam sağlanarak bireyin anlayabileceği bir dille yoğun bakım ünitesine planlı kabul protokolü kapsamında yer alan; YBÜ'nün fiziksel özellikleri, YBÜ'de çalışan sağlık personeli, YBÜ'de hasta bireylere yaşam aktiviteleri doğrultusunda uygulanan bakım girişimleri, YBÜ'de uyulması gereken kurallar ve hasta bireylerin yakınları için önemli bilgiler yaklaşık bir saat süre ile anlatıldı. Bireyin bu konuda hazırlanmış olan kitapçığı incelemesine fırsat verildi, soruları yanıtlandı.

*Yoğun bakım ünitesine kabul sırasında;*

- Hazırlanan yoğun bakım ünitesine planlı kabul protokolü doğrultusunda hasta bireyin üniteye kabulü yapıldı.
- Hasta Değerlendirme Formu (İkinci Bölüm), Davranışsal Ağrı Ölçeği ve Riker Sedasyon-Ajitasyon Skalası uygulandı.

*Yoğun bakım ünitesinde 24. saatte;*

- Hasta Değerlendirme Formu (Üçüncü Bölüm), Akut Fizyoloji ve Kronik Sağlık Değerlendirmesi Formu-APACHE II, Sayısal Ağrı Değerlendirme Skalası ya da Davranışsal Ağrı Ölçeği uygulandı.

*Yoğun bakım ünitesinden transfer sırasında;*

- Hasta Değerlendirme Formu (Dördüncü Bölüm) ve Sayısal Ağrı Değerlendirme Skalası uygulandı.

*Yoğun bakım ünitesinden transfer edildikten 24 saat sonra;*

- Hasta Değerlendirme Formu (Beşinci Bölüm), Sayısal Ağrı Değerlendirme Skalası ve Genel Konfor Ölçeği uygulandı (Şekil 3-1 ve Tablo 3-2).

### **3.7.3. Kontrol Grubunun Oluşturulması ve Girişimler**

*Yoğun bakım ünitesine kabul öncesi;*

- Reanimasyon ünitesinde, aylık ameliyathane programı doğrultusunda ameliyatı planlanan cerrahi kliniklerinin isimlerinin yazılı olduğu randevu defteri bulunmaktadır. Bu defterden cerrahi girişim sonrası YBÜ'ye hangi cerrahi klinikten hasta bireylerin kabul edileceği belirlendi.
- Bilgisayar programından çıktı olarak alınan randomizasyon planı doğrultusunda; araştırma süreci boyunca her gün randevu defterindeki ameliyat sırasına göre ismi yazılan cerrahi klinik/hasta bireyziyaret edilerek kontrol grubunda yer alan hasta bireylerin örneklem seçim kriterlerine uygunluğu sorgulandı. Örneklem seçim kriterlerine uygun olan kontrol grubunu oluşturan hasta bireylere araştırmanın türü, amacı, uygulanacak yöntemler ve uygulama süresi açıklandı ve araştırmaya katılmaya istekli ve gönüllü olma etik ilkesine göre bu bireylerden sözlü ve yazılı izin alındı.

*Yoğun bakım ünitesine kabul öncesi serviste;*

- Hasta Bilgi Formu, Hasta Değerlendirme Formu (Birinci Bölüm), Sayısal Ağrı Değerlendirme Skalası, Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi ve Genel Konfor Ölçeği uygulandı.

*Yoğun bakım ünitesine kabul sırasında;*

- Hasta Değerlendirme Formu (İkinci Bölüm), Davranışsal Ağrı Ölçeği ve Riker Sedasyon-Ajitasyon Skalası uygulandı.

*Yoğun bakım ünitesinde 24. saatte;*

- Hasta Değerlendirme Formu (Üçüncü Bölüm), Akut Fizyoloji ve Kronik Sağlık Değerlendirmesi Formu-APACHE II, Sayısal Ağrı Değerlendirme Skalası ya da Davranışsal Ağrı Ölçeği uygulandı.

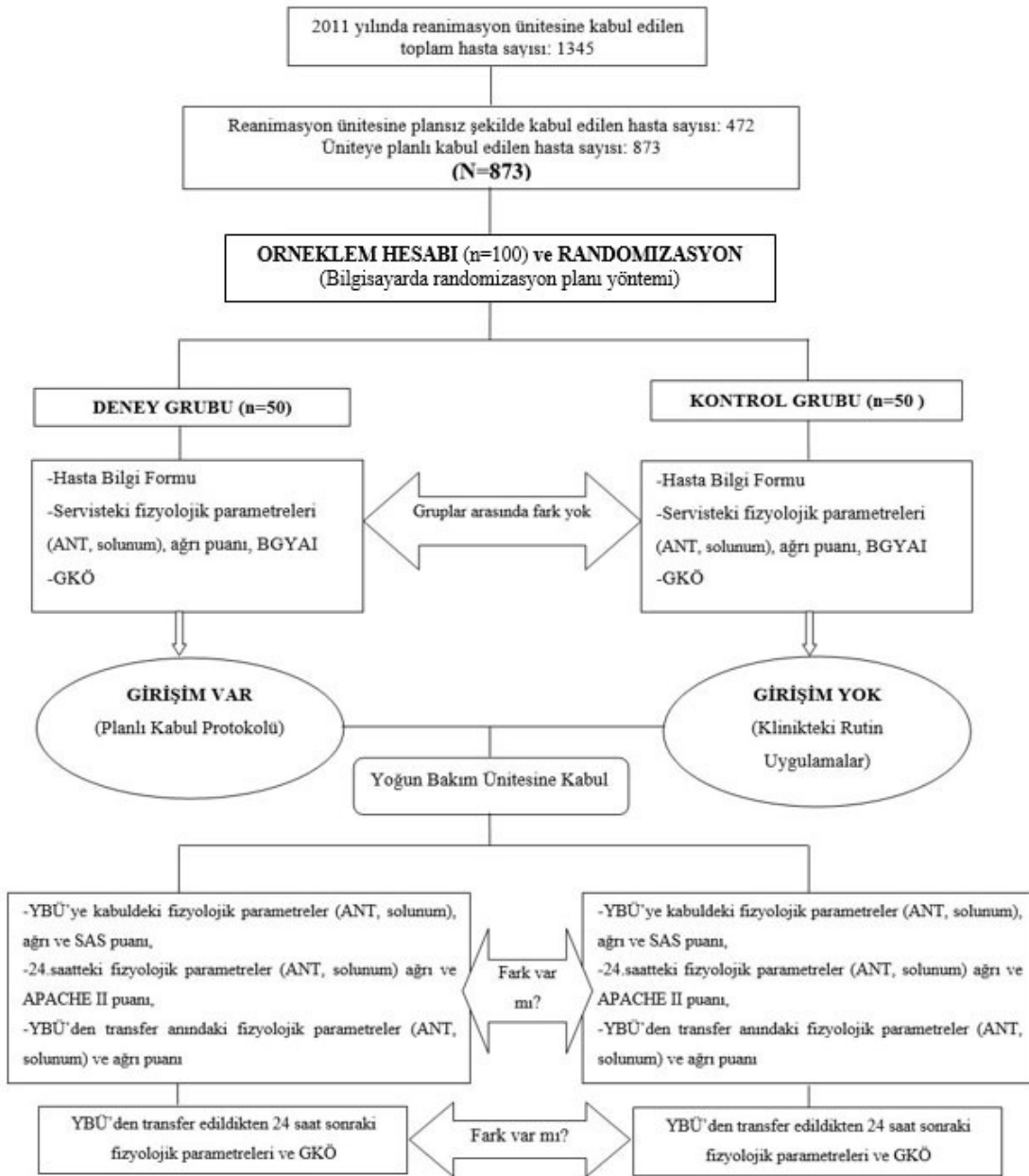
*Yoğun bakım ünitesinden transfer sırasında;*

- Hasta Değerlendirme Formu (Dördüncü Bölüm) ve Sayısal Ağrı Değerlendirme Skalası uygulandı.

*Yoğun bakım ünitesinden transfer edildikten 24 saat sonra;*

- Hasta Değerlendirme Formu (Beşinci Bölüm), Sayısal Ağrı Değerlendirme Skalası ve Genel Konfor Ölçeği uygulandı (Şekil 3-1 ve Tablo 3-2).





**Şekil 3-1:** Araştırma Deseni

(YBÜ: Yoğun Bakım Ünitesi; ANT: Ateş, Nabız, Tansiyon; BGYAI: Barthel Günlük Yaşam Aktivite İndeksi; SAS: Riker Sedasyon-Ajitasyon Skalası; GKÖ: Genel Konfor Ölçeği)

**Tablo 3-2:** Verilerin toplanmasında uygulanan araçlar

Ameliyat Öncesi Serviste	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta Bilgi Formu</li> <li>• Hasta Değerlendirme Formu (Birinci Bölüm)</li> <li>• Sayısal Ağrı Değerlendirme Skalası</li> <li>• Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi</li> <li>• Genel Konfor Ölçeği</li> </ul>
Yoğun Bakım Ünitesine Kabul Sırasında	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta Değerlendirme Formu (İkinci Bölüm)</li> <li>• Davranışsal Ağrı Ölçeği</li> <li>• Riker Sedasyon-Ajitasyon Skalası</li> </ul>
Yoğun Bakım Ünitesinde 24. saatte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta Değerlendirme Formu (Üçüncü Bölüm)</li> <li>• Akut Fizyoloji ve Kronik Sağlık Değerlendirmesi Formu-APACHE II</li> <li>• Sayısal Ağrı Değerlendirme Skalası</li> <li>• Davranışsal Ağrı Ölçeği</li> </ul>
Yoğun Bakım Ünitesinden Transfer Sırasında	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta Değerlendirme Formu (Dördüncü Bölüm)</li> <li>• Sayısal Ağrı Değerlendirme Skalası</li> </ul>
Yoğun Bakım Ünitesinden Transfer Edildikten 24 Saat Sonra	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta Değerlendirme Formu (Beşinci Bölüm)</li> <li>• Sayısal Ağrı Değerlendirme Skalası</li> <li>• Genel Konfor Ölçeği</li> </ul>

### **Yoğun Bakım Ünitesinde Planlı Kabul Protokolü**

**AMAÇ:** Yoğun bakım ünitesine planlı olarak kabul edilen hasta bireyi tanımak, bireyin üniteye oryantasyonunu sağlamak ve bireyin üniteye kabulü sırasında ortaya çıkabilecek sorunları en aza indirmek, bireyin konfor düzeyini yükseltmektir.

#### **TANIMLAR:**

**Yoğun Bakım Ünitesi:** Yaşamı tehdit eden bir ya da birden fazla organ yetmezliği, akut bir hastalığın komplikasyonları/sonuçları, travma ya da planlı tedavi programı gibi durumlarda vücudun aksamış olan işlevlerinin, esas neden ortadan kalkıncaya kadar desteklenmesine, hasta bireyin hayatta kalmasının sağlanmasına yönelik bakım ve tedavi hizmetlerini kapsayan, her türlü gelişmiş teknolojik cihaz ve araçların kullanıldığı, bilgi ve yetenekleri buna uygun sağlık bakımı ekibi üyelerinin bulunduğu özel bir ünite.

#### **Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Kabul Kriterleri:**

- Yakın ve yoğun izlem gerektiren hayati risk taşıyan (intoksikasyon, organ yetmezlikleri, homeodinamik bozukluklar, vb.) hastalar,
- Solunum desteği (girişimsel ya da girişimsel olmayan) gereksinimi olan tüm hastalar,

- Yeniden canlandırma yapılan hastalar,
- Myastenia Gravis, Gulian Barre, Amiyotrofik Lateral Sklerozis, vb. nörolojik hastalıkları olan hastalar,
- Metabolik ve beslenme sorunu olan hastalar,
- Bilinci kapalı yakın izlem gerektiren hastalar,
- Çoklu travma geçiren hastalar,
- Ameliyat sonrası hayati risk taşıyan ve yakın izlem gerektiren hastalar.

### ***Yoğun Bakım Ünitelerinin Sınıflandırılması:***

*I. Basamak Yoğun Bakım Ünitesi:* Temel monitörizasyon (EKG, ritm, oksijen saturasyonu, kan basıncı, nabız, ateş) yöntemlerine sahip, sıvı ve kan ürünleri replasmanı, entübasyon, kardiyopulmoner resusitasyon ve hastanın ilk stabilizasyonunun yapılabildiği ünitelerdir.

Takip ve tedavileri için rutin yöntemler yeterli olmayan, ancak, henüz organ yetmezliği başlamamış, solunum desteğine gereksinim duymayan, yakın izlemi gereken hastalar, 2. veya 3. basamak yoğun bakım ünitelerinden çıkarılan ancak henüz taburcu edilemeyecek hastalar, komplike olmayan miyokard iskemili ve aritmileri mevcut hastalar, cerrahi sonrası yakın izlemi gereken vb. hastalar bu ünitelere kabul edilirler.

*II. Basamak Yoğun Bakım Ünitesi:* 1. basamak yoğun bakım ünitelerine göre daha detaylı gözlem ve girişim gereksinimi olan, tek organ yetmezliği nedeniyle destek tedavilerinin (diyaliz, hemofiltrasyon, plazmaferez, mekanik ventilasyon vb.) yapıldığı ünitelerdir. 1. basamak yoğun bakım hastası özelliklerine ilave olarak kısa süreli, detaylı ve nitelikli gözlem, girişim (girişimsel monitörizasyon) ve yaşamsal destek gereksinimi bulunan hastalar, 3. basamak yoğun bakım ünitelerinden çıkarılan henüz taburcu edilemeyecek hastalar, düzeltilemeyen fizyolojik veya metabolik bozuklukları olan hastalar, cerrahi sonrası yakın takip ve homeodinamik destek gereken veya uzun süre mekanik ventilasyondan ayrılamayan hastalar, solunum desteği gereken nöromüsküler hastalıklar, non girişimsel mekanik ventilasyon gereken vb. hastalar bu ünitelere kabul edilirler.

*III. Basamak Yoğun Bakım Ünitesi:* Ağır, yüksek riskli hastalığı nedeniyle izlemi gereken hastaların yattığı özel yoğun bakımlar, solunum yetmezliği ve/veya çoklu organ

işlev bozukluğu vb. tüm komplike hastaların kabul edildiği, solunum desteği, renal replasman tedavisi, plazmaferez gibi destek tedavilerinin hepsinin yapılabildiği, en üst düzeyde tıbbi bakım ve tedavi yapılabilen yoğun bakım üniteleridir. Girişimsel veya girişimsel olmayan mekanik ventilasyon ve ileri solunum monitörizasyonu gereken hastalar, septik şok, ARDS, ağır preeklampsi ve eklampsi gibi yakın izlem ve tedavi gerektiren akut sorunlar, çoklu travma hastaları, vb. hastalar bu ünitelere kabul edilirler.

### ***TEMEL İLKELER:***

#### ***Yoğun Bakım Ünitesine Kabul Öncesi:***

- Yoğun bakım ünitesine kabulü planlanmış olan hasta birey ve ailesi ile üniteye kabulden en az 24 saat öncesinden tanışılır.
- Hasta birey ve ailesine yoğun bakım ünitesi ve üniteye bireye uygulanabilecek tüm bakım ve tedavi işlemleri, üniteye çalışan sağlık ekibi üyeleri vb. Bilgilerini aldıkları “Yoğun Bakım Ünitesi Tanıtım Kitapçığı” verilir. Yoğun Bakım Ünitesi Tanıtım Kitapçığı’nda;
  - ✓ Yoğun bakım ünitesinin ve üniteye çalışan sağlık personellerinin özellikleri,
  - ✓ Yoğun bakım ünitesine hasta kabul kriterleri,
  - ✓ Yoğun bakım ünitesinin kuralları,
  - ✓ Yoğun bakım ünitesinde bakım ve tedavi göreceği olan hasta bireylere yaşam aktiviteleri doğrultusunda yapılacak bakım girişimleri,
  - ✓ Yoğun bakım ünitesinden transfer,
  - ✓ Hasta yakınları için önemli bilgiler yer almaktadır.
- Kabul öncesi hasta birey ve ailesinin yoğun bakım ile ilgili soruları yanıtlanır.
- Yoğun bakım ünitesinde hasta birey için ayrılan yatak hazırlanır:
  - ✓ Yoğun bakım ünitesine kabul formu, protokol defteri yatak başındaki hasta dolabı üzerinde hazır bulundurulur.
  - ✓ Yatak kenarına ısıtıcı cihazı çekilir.
  - ✓ Aspiratör cihazının çalışıp çalışmadığı kontrol edilir ve aspiratör kovanının değiştirildiğinden emin olunur.

- ✓ Monitörizasyon için gerekli olan malzemeler (EKG elektrodu, satürasyon probu vb.) hazırlanır.
- ✓ Mekanik ventilasyon cihazı için gerekli olan malzemeler (solunum devresi, devre nemlendiricisi-Humivent, aspirasyon sondaları, balon maske vb.)
- ✓ Ünite rutin olarak kullanılan IV solüsyon protokolüne uygun solüsyon ve serum pompa seti hazırlanır.
- ✓ Pansuman ve yatak çarşafı değiştirme arabası yatak kenarına çekilir.
- ✓ Ayrıca, bireyin kişisel özellikleri, uygulanan cerrahi girişim gibi durumlar dikkate alınarak ünite gerekli düzenlemeler yapılır.

***Yoğun Bakım Ünitesine Kabul Sırasında:***

- Hasta birey sedyeden yatağına yardımcı personel eşliğinde alınır. Yatağı alma sırasında hemşire hasta bireyin baş tarafında durarak hasta bireye uygulanan girişimsel araç-gereçlerin (entübasyon tüpü, santral venöz kateter, idrar sondası, nasogastrik sonda, dren vb.) yerinden çıkmamasına özen gösterir.
- Hasta bireyin kimlik bilgileri kontrol edilir ve protokol defterine kaydı yapılır.
- Hasta birey ile konuşularak; ameliyatının bittiği ve yoğun bakım ünitesine kabul edildiği konusunda açıklama yapılır, korku ve endişeleri giderilir.
- Eğer girişimsel mekanik ventilasyon tedavisi gerekiyorsa sorumlu anestezi hekimi tarafından bireye uygun ventilasyon modu ile mekanik ventilatör cihazına bağlanır, gerekiyorsa endotrakeal aspirasyon yapılır.
- Birey hemen monitörize edilerek yaşam bulguları (kan basıncı, nabız, vücut sıcaklığı, oksijen satürasyonu, vb.), bilinç durumu, ağrı durumu (Ağrı Değerlendirme Ölçeği'ne göre) ve sedasyon durumu (Sedasyon-Ajitasyon Skalası'na göre) değerlendirilir.
- Eğer vücut sıcaklığı normal sınırların altında (36°C'nin altı) ise ısıtıcı battaniye ile hasta birey derhal ısıtılır.
- Ağrı puanına göre hekim istemi ve ünite protokolü doğrultusunda uygun ağrı kesici ilaç yapılır. Eğer gerekiyorsa sedasyon-ajitasyon puanına göre hekim istemi ile sedatif ilaç uygulanır.

- Hasta bireyin üşümesine engel olmak için üstü örtülür ve yatak banyosu yaşam bulguları normal sınırlarda olduğunda verilir.
- Hasta birey ısındıktan ve ağrısı giderildikten sonra kirlenmiş olan pansumanları (entübasyon tüp tespiti, nasogastrik tüp tespiti, santral/perifer kateter pansumanı vb.) değiştirilir. Ağız bakımı ve gerekiyorsa vücut banyosu verilir.
- Hasta bireyin konforunu sağlamaya yönelik bakım uygulamaları (ağrıyı gidermek, rahat edebileceği uygun pozisyon vermek vb.) sürdürülür.
- Hasta bireyin yaşam bulguları normal sınırlarda ve yoğun bakım ünitesi de uygun olduğunda yakınlarından bir kişinin kendisini görmesine izin verilir.
- Yoğun bakım ünitesindeki hasta bireyin yakından izlemi ve bakım uygulamalarının sürdürülmesi sağlanır.

### **Yoğun Bakım Ünitesi Tanıtım Kitapçığı**

Yoğun Bakım Ünitesi Tanıtım Kitapçığında; yoğun bakım ve YBÜ'nün tanımları, YBÜ'nün fiziksel özellikleri, YBÜ'de çalışan sağlık personellerinin özellikleri, YBÜ'ye kabul edilen hasta bireylerin özellikleri, YBÜ'nün kuralları bulunmaktadır. Kitapçıkta YBÜ'ye kabul edilen hasta bireyin; güvenli çevrenin sağlanması, iletişim, solunum, beslenme, tuvalet, ısınma, hareket, giyinme ve temizlik, uyku ve dinlenme, cinsellik ve boş zamanlarını geçirme adı altında yer alan yaşam aktivitelerini nasıl gerçekleştireceklerine yönelik hemşirelik bakım girişimleri ve bu girişimler sırasında kullanılan araç-gereçler ayrıntılı bir şekilde açıklanmaktadır. Ayrıca YBÜ'den transferin nasıl yapıldığı ve hasta yakınları için de önemli bilgiler yer almaktadır.

### **3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK VE YASAL YÖNLERİ**

Araştırmaya katılmayı kabul eden deney ve kontrol grubunu oluşturan hasta bireylerden “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” (EK I) doğrultusunda; yoğun bakım ünitesine kabulden ve ameliyat olmadan önce serviste araştırmanın amacı, türü, süresi uygulanacak girişimler, araştırmadan elde edilecek verilerin nasıl ve nerede kullanılacağı açıklanarak, **isteklilik** ve **gönüllülük** ilkesine göre araştırmaya katılımları için yazılı ve sözlü olarak izinleri alındı. Araştırmanın verileri hasta bireylerin bakım ve tedavisini engellemeyecek şekilde toplanarak, araştırma sırasında hasta bireylere zarar vermeyerek **zarar vermeme-yarar sağlama** ilkelerine özen gösterildi. Araştırmaya

katılmayı kabul eden hasta bireylere istediklerinde araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan çekilebilecekleri bildirilerek **otonomi** ilkesine saygı gösterildi. Hasta bireylere kimliklerinin kesinlikle gizli kalacağına ve hiç kimse ile paylaşılmayacağı, araştırmadan elde edilen sonuçların sadece bilimsel amaçlarla kullanılacağı konusunda güvence verilerek **adalet, dürüstlük ve gizlilik** ilkesine bağlı kalındı (Babadağ 2010).

Ayrıca aşağıda sıralanan kurum ve kişilerden gerekli izinler elde edildi:

- Genel Konfor Ölçeği'ni geliştiren Katharina Kolacaba'dan yazılı izin alındı (EK IX).
- Genel Konfor Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Sema Kuşuoğlu'ndan yazılı izin alındı (EK X).
- Riker Sedasyon-Ajitasyon Skalasını geliştiren Richard Riker'den yazılı izin alındı (EK XI).
- Davranışsal Ağrı Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Fatma Eti Aslan'dan yazılı izin alındı (EK XII).
- Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Ayşe Küçükdeveci'den yazılı izin alındı (EK XIII).
- İstanbul Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan etik kurul izni ve İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı Yönetim Kurulu'ndan Kurum izni alındı (EK XIV).

### 3.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

- Araştırmada erişkin yoğun bakım ünitesinde konfor düzeyinin ölçülebilmesi için henüz geliştirilmiş bir ölçüm aracının olmaması nedeni ile hasta bireylerin konfor düzeyi yoğun bakım ünitesine kabul öncesi ve yoğun bakım ünitesinden transfer olduktan 24 saat sonra ölçülebildi. Yoğun bakım ünitesindeki konfor düzeyi ölçülemedi. Fakat fizyolojik parametrelerin değerlendirilmesi ile sadece GKÖ'nün alt boyutlarından biri olan fiziksel konfor dolaylı bir şekilde ölçülebildi.
- Bu araştırmanın bir doktora tezi olması ve bu nedenle zamanın etkili kullanılması amacı ile çalışmada sadece YBÜ'ye planlı kabul protokolü uygulamasının etkinliği test edilebildi. Oysa YBÜ'ye plansız hasta kabulü oldukça önemlidir ve ünitelerin bu konuda da protokolleri olması ve bu protokolün etkililiğinin test edilmesi gerekir.

### 3.10. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASINDA KARŞILAŞILAN DURUMLAR

#### **Olumlu Durumlar;**

- Araştırmanın yürütüldüğü tüm birimlerinde çalışan sağlık ekibi üyeleri ile olumlu işbirliği sağlandı ve sürdürüldü.
- Araştırmanın yapıldığı birimlerde çalışan sağlık ekibi üyeleri tarafından araştırmadan son derece memnun kalındığı, bu araştırmanın tüm kliniklerde diğer hasta bireylere de yapılmasını istedikleri ifade edildi.
- Araştırmaya katılan ve örneklem grubunu oluşturan hasta bireyler ile araştırma sürecinde olumlu işbirliği sağlandı ve sürdürüldü. Hatta hasta bireyler, araştırmacıyı bir psikolog/psikiyatrist gibi gördüklerini ve araştırmacının kendilerini çok rahatlattığını ve kendilerini iyi hissettiklerini ifade ettiler.
- Araştırmada örneklem grubunu oluşturan hasta bireylerin hem yoğun bakım ünitesine kabul öncesi serviste hem de yoğun bakım ünitesinde araştırmacı tarafından ziyaret edilmesi bireylerin kendilerini güvende hissetmelerini sağladı.
- Araştırmanın sürdürüldüğü cerrahi kliniklerde ve reanimasyon ünitesinde çalışan hemşireler araştırmacının uyguladığı yöntemin kendi iş yüklerini azalttığını ifade etti.
- Araştırmacı araştırmayı büyük bir keyif ve mutluluk içinde gerçekleştirdi.

#### **Olumsuz Durumlar;**

- Araştırmada ameliyat sonrası yoğun bakım ünitesine kabulü planlanan hasta bireylerin birden fazla cerrahi kliniklerinde yatması ve bu kliniklerin birbirinden farklı yerlerde bulunması, zaman ve hasta bireylerin izlemi açısından güçlükler, araştırmacının bu kliniklere ulaşırken zorlanmasına neden oldu.
- Araştırma sırasında reanimasyon ünitesinde bulunan randevu defterinde yer alan plana, ameliyathanedeki program nedeni ile zaman zaman uyulmaması verilerin toplanmasında gecikmeye neden oldu.
- Deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin bazen daha önceden planlandığı gibi ameliyat sonrası yoğun bakım ünitesine gelmemesi veri kayıplarına neden oldu.



- Reanimasyon ünitesinde kronik hasta bireylerin üniteye uzun süre kalması ve üniteye yatak sıkıntısının yaşanması planlanan ameliyatların ertelenmesine ve üniteye planlı hasta kabulünün yapılamamasına dolayısıyla verilerin toplanmasında gecikmeye neden oldu.

### **3.11. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ**

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde;

- İstatistiksel analizler için Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows 17.0 paket programı kullanıldı.
- Tanımlayıcı istatistiksel yöntemler; sayı, yüzde, ortalama, ortanca, standart sapma,
- Grupların ordinal verileri arasındaki ilişki düzeyini değerlendirmek için; parametrik verilerde bağımsız örneklem t testi, non-parametrik verilerde ise Mann-Whitney U testi kullanıldı.
- Gruplar arasındaki nominal verilerin karşılaştırılmasında; Kİ-Kare (Pearson Chi-Square, Continuity Correction, Fisher's Exact Test) testlerinden yararlandı.
- Sonuçlar %95 güven aralığında,  $p < 0,05$  anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.
- Ayrıca GKÖ'nün iç tutarlılık değerlendirilmesinde ise Cronbach's Alpha tekniği kullanıldı.

## 4. BULGULAR

Bu araştırma, elektif cerrahi girişim sonrası YBÜ'ye kabulü planlı olan hasta bireylerde YBÜ'de planlı kabul protokolü uygulamasının konfor düzeyi ve fizyolojik parametrelerine etkisini belirlemek amacı ile deneysel olarak gerçekleştirildi ve araştırmadan elde edilen bulgular istatistiksel analizleri sonucunda tablolar halinde sunuldu.

Araştırmanın bulguları;

- Deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin bireysel ve servise kabulü sırasındaki özelliklerine ilişkin bulgular,
- Deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin YBÜ'ye kabuldeki, 24. saatteki ve taburculuktaki özelliklerine ilişkin bulgular,
- Deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin YBÜ'den transfer edildikten 24 saat sonraki özelliklerine ilişkin bulgular olmak üzere üç başlık altında incelendi.

### 4.1. DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ HASTA BİREYLERİN BİREYSEL VE SERVİSE KABULÜ SIRASINDAKİ ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Deney ve kontrol grubundaki hastaların bireysel ve servise kabulü sırasındaki özelliklerine ilişkin bulgular aşağıdaki başlıklar altında yer alan tablolarda verildi:

Deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin;

- Bireysel özelliklerinin dağılımı (Tablo 4-1-1),
- Hastalık ve YBÜ deneyimi ile ilgili özelliklerinin dağılımı (Tablo 4-1-2),
- Servisteki fizyolojik parametrelerinin ve ağrı puanlarının dağılımı (Hasta kabulü protokolü uygulanmadan önce) (Tablo 4-1-3),
- Servisteki Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi puanlarının dağılımı (Hasta kabulü protokolünün uygulanmaya başlanmadan önce) (Tablo 4-1-4),
- Servisteki Genel Konfor Ölçeği puanlarının dağılımı (Hasta kabulü protokolünün uygulanmaya başlanmadan önce) (Tablo 4-1-5).

Tablo 4-1-1: Deney ve kontrol grubundaki hastaların bireysel özelliklerinin dağılımı

Bireysel Özellikler	Deney (n=50)		Kontrol (n=50)		Toplam (n=100)		$\chi^2$	p
	n	%	n	%	n	%		
<b>Cinsiyet</b>							1,513	0,219
Kadın	27	54,0	34	68,0	61	61,0		
Erkek	23	46,0	16	32,0	39	39,0		
	<b>Ort</b>	<b>SS</b>	<b>Ort</b>	<b>SS</b>	<b>Ort</b>	<b>SS</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Yaş(min:19-max:75)</b>	53,30	14,63	51,66	12,87	52,48	13,73	0,595	0,553
<b>Eğitim Durumu</b>							0,822	0,935
Okur-yazar değil	5	10,0	6	12,0	11	11,0		
Okur-yazar	6	12,0	6	12,0	12	12,0		
İlköğretim	25	50,0	22	44,0	47	47,0		
Ortaöğretim	9	18,0	12	24,0	21	21,0		
Yükseköğretim ve üstü	5	10,0	4	8,0	9	9,0		
<b>Medeni Durum</b>							0,000	1,000
Evli	36	72,0	36	72,0	72	72,0		
Bekar	14	28,0	14	28,0	28	28,0		
<b>Meslek</b>							2,553	0,769
Memur	1	2,0	3	6,0	4	4,0		
İşçi	0	0,0	1	2,0	1	1,0		
Emekli	17	34,0	13	26,0	30	30,0		
Serbest meslek	6	12,0	6	12,0	12	12,0		
Ev hanımı	25	50,0	26	52,0	51	51,0		
Diğer	1	2,0	1	2,0	2	2,0		
<b>Sosyal güvence</b>							-	-
SGK	50	100,0	50	100,0	100	100,0		
<b>Gelir durumu</b>							0,468	0,494
Gelir gideri karşılıyor	39	78,0	35	70,0	74	74,0		
Gelir gideri karşılamıyor	11	22,0	15	30,0	26	26,0		

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

 $\chi^2$ =Kİ-Kare (PearsonChi-Square, ContinuityCorrection, Fisher'sExact Test) Testleri,

t=Bağımsız örneklem t testi

p&gt;0,05

Tablo 4-1-1'e göre deney ve kontrol grubundaki hastaların bireysel özelliklerinin dağılımı incelendiğinde, deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin %61'inin kadın, %39'unun erkek olduğu görüldü. Deney ve kontrol grubu arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-1-1).

Deney ve kontrol grubunu oluşturan hasta bireylerin yaş ortalamaları incelendiğinde, bireylerin yaş ortalamasının  $52,48\pm 13,73$  yıl olduğu saptandı. Gruplar arasında yaş ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-1-1).

Eğitim durumu açısından gruplar incelendiğinde, deney grubundaki hasta bireylerin %50'sinin ( $n=25$ ), kontrol grubundaki hasta bireylerin ise %44'ünün ( $n=22$ ) ilköğretim mezunu olduğu saptandı. Gruplar arasında eğitim durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-1-1).

Medeni durum açısından deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin %72'sinin ( $n=36$ ) evli olduğu ve gruplar arasında medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-1-1).

Meslek açısından gruplar incelendiğinde, deney grubundaki hasta bireylerin %50'sinin ( $n=25$ ), kontrol grubundaki hasta bireylerin ise %52'sinin ( $n=26$ ) ev hanımı olduğu görüldü. Gruplar arasında meslek açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-1-1).

Sosyal güvence açısından gruplar incelendiğinde, deney ve kontrol grubundaki tüm hasta bireylerin (%100,  $n=50$ ) SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) kapsamında sosyal güvencesi olduğu ve sosyal güvence açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-1-1).

Gelir durumu açısından gruplar incelendiğinde, deney grubundaki hasta bireylerin %78'inin ( $n=39$ ), kontrol grubundaki hasta bireylerin ise %70'inin ( $n=35$ ) gelirinin giderini karşıladığı belirlendi. Deney ve kontrol grubu arasında gelir durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-1-1).

**Tablo 4-1-2: Deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin hastalık ve YBÜ deneyimi ile ilgili özelliklerinin dağılımı**

Hastalık ve YBÜ Deneyimi Özellikleri	Deney (n=50)		Kontrol (n=50)		Toplam (n=100)		$\chi^2$	p
	n	%	n	%	n	%		
<b>Tıbbi Tanı</b>								
Büyük cerrahi girişimler	47	94,0	44	88,0	91	91,0	-	0,487
Küçük cerrahi girişimler	3	6,0	6	12,0	9	9,0		
<b>YBÜ'ye kabul nedeni*</b>								
Yaş	34	68,0	32	64,0	66	66,0	0,045	0,833
İkincil Sağlık Sorunu	30	60,0	31	62,0	61	61,0	0,000	1,000
Riskli Ameliyat	46	92,0	43	86,0	89	89,0	-	0,525
Yakın izlem/Monitörizasyon	50	100,0	50	100,0	100	100,0	-	-
<b>YBÜ deneyimi</b>								
Var (1 kez)	8	16,0	8	16,0	16	16,0	0,000	1,000
Yok	42	84,0	42	84,0	84	84,0		
<b>YBÜ'den transfer edildiği yer</b>								
Genel cerrahi ve göğüs cerrahisi	33	66,0	25	50,0	58	58,0	5,846	0,054
KBB ve plastik cerrahi	5	10,0	2	4,0	7	7,0		
Genitoüriner cerrahi	12	24,0	23	46,0	35	35,0		

\* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

$\chi^2$ =Kİ-Kare (Pearson Chi-Square, Continuity Correction, Fisher's Exact Test) Testleri, p>0,05

Tablo 4-1-2'de görüldüğü gibi deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin hastalık ve YBÜ deneyimi ile ilgili özelliklerinin dağılımı incelendiğinde; deney grubunda yer alan hasta bireylerin %94,0'ünün (n=47), kontrol grubundan yer alan hasta bireylerin ise %88,0'inin (n=44) tıbbi tanıların büyük cerrahi girişimler ile ilişkili olduğu saptandı. Gruplar arasında tıbbi tanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi (p>0,05) (Tablo 4-1-2).

Deney ve kontrol grubunu oluşturan hasta bireyler YBÜ'ye kabul nedeni açısından incelendiğinde, her iki grupta da en yüksek oranla (%100, n=50) YBÜ'ye kabul nedeninin yakın izlem/monitörizasyon olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı (p>0,05) (Tablo 4-1-2).

Yoğun bakım deneyimi açısından deney ve kontrol grupları incelendiğinde, her iki grubu da oluşturan hasta bireylerin en yüksek oranla (%84,0, n=42) daha önceden YBÜ deneyimlerinin olmadığı ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmediği belirlendi (p>0,05) (Tablo 4-1-2).

Deney ve kontrol grubundaki hasta bireyler YBÜ'den transfer edildikleri yer açısından incelendiğinde, deney grubunu oluşturan bireylerin %66,0 (n=33) oranla, kontrol grubunu oluşturan hasta bireylerin ise %50,0 (n=25) oranla en fazla genel cerrahi ve göğüs cerrahisi kliniklerine transfer edildikleri görüldü. Deney ve kontrol grubunu oluşturan hasta bireyler arasında YBÜ'den transfer edildiği yer açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-1-2).

**Tablo 4-1-3: Deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin servisteki fizyolojik parametrelerinin ve ağrı puanlarının dağılımı**

Fizyolojik parametreler	Deney (n=50)		Kontrol (n=50)		Toplam (n=100)		t	p
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS		
SKB (mmHg)	120,20	13,74	117,22	18,42	118,71	16,24	0,917	0,362
DKB (mmHg)	78,26	11,53	75,36	12,02	76,81	11,81	1,231	0,221
KTA (dk)	82,20	10,11	82,82	8,09	82,51	9,12	0,338	0,736
Solunum (dk)	20,36	2,51	20,88	2,80	20,62	2,66	0,976	0,331
VS (°C)	36,66	0,44	36,55	0,43	36,61	0,44	1,218	0,226
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	z	p
<b>Ağrı Puanı</b>	1,38	2,59	1,06	2,06	1,22	2,34	0,487	0,626

SKB: Sistolik kan basıncı, DKB: Diyastolik kan basıncı, KTA: Kalp tepe atım hızı, VS: Vücut sıcaklığı  
 $t$ =Bağımsız örneklem t testi  
 $z$ =Mann-Whitney U Testi  
 $p>0,05$

Tablo 4-1-3'de görüldüğü gibi deney ve kontrol grubundaki bireylerin servisteki fizyolojik parametreleri ve ağrı puanları incelendiğinde, SKB ortalamasının deney grubundaki hasta bireylerde  $120,20\pm 13,74$  mmHg, kontrol grubundaki hasta bireylerde  $117,22\pm 18,42$  mmHg olduğu belirlendi. Deney ve kontrol grubu arasında SKB ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-1-3).

Deney grubunun DKB ortalamasının  $78,26\pm 11,53$  mmHg, kontrol grubunun DKB ortalamasının  $75,36\pm 12,02$  mmHg olduğu ve DKB ortalaması açısından deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın bulunmadığı görüldü ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-1-3).

Deney grubunun KTA ortalamasının  $82,20\pm 10,11$ /dk, kontrol grubunun KTA ortalamasının  $82,82\pm 8,09$ /dk olduğu ve KTA ortalaması açısından deney ve kontrol

grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-1-3).

Fizyolojik parametrelerden solunum sayısı ortalamaları incelendiğinde, deney grubundaki hasta bireylerin solunum sayısı ortalamasının  $20,36\pm 2,51$ /dk, kontrol grubundaki bireylerin solunum sayısı ortalamasının  $20,88\pm 2,80$ /dk olduğu ve gruplar arasında solunum sayısı ortalamaları açısından istatistiksel anlamlılıkla bir farkingörülmediği belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-1-3).

Deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin VS ortalamaları incelendiğinde, deney grubunu oluşturan bireylerin VS ortalamasının  $36,66\pm 0,44^{\circ}\text{C}$ , kontrol grubunu oluşturan bireylerin VS ortalamasının  $36,55\pm 0,43^{\circ}\text{C}$  olduğu belirlendi. Her iki grup arasında VS ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-1-3).

Deney grubundaki bireylerin ağrı puanı ortalamasının  $1,38\pm 2,59$ , kontrol grubundaki bireylerin ağrı puanı ortalamasının  $1,06\pm 2,06$  olduğu, gruplar arasında ağrı puanı ortalamaları yönünden istatistiksel anlamlı farklılığın görülmediği belirlendi (Tablo 4-1-3).

**Tablo 4-1-4: Deney ve kontrol grubundaki bireylerin servisteki Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (BGYAI) puanlarının dağılımı**

BGYAI Boyutları	Deney (n=50)		Kontrol (n=50)		Toplam (n=100)		t	p
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS		
Beslenme	9,90	0,71	10,00	0,00	9,95	0,50	1,000	0,322
Transfer	14,90	0,71	14,90	0,71	14,90	0,70	0,000	1,000
Bakım	5,00	0,00	5,00	0,00	5,00	0,00	0,000	1,000
Tuvalet Kullanımı	9,90	0,71	10,00	0,00	9,95	0,50	1,000	0,322
Banyo	4,70	1,20	4,90	0,71	4,80	0,98	1,016	0,313
Hareketlilik	14,50	1,82	14,40	1,64	14,45	1,73	0,288	0,774
Merdiven İnip Çıkma	9,40	1,93	9,20	1,85	9,30	1,88	0,529	0,598
Giyinip Soyunma	10,00	0,00	9,80	0,99	9,90	0,70	1,429	0,159
Bağırsakların Kontrolü	9,70	1,20	10,00	0,00	9,85	0,86	1,769	0,083
Mesane Kontrolü	9,30	2,02	8,60	2,48	8,95	2,28	1,546	0,126
Toplam	97,30	7,16	96,80	5,42	97,05	6,32	0,394	0,695

t=Bağımsız örneklem t testi  
 $p>0,05$

Tablo 4-1-4’de görüldüğü gibi deney ve kontrol grubundaki bireylerin servisteki Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (BGYAI) puanları incelendiğinde; deney

grubundaki hasta bireylerin BGYAI'dan aldıkları toplam puan ortalamasının  $97,30 \pm 7,16$ ; kontrol grubundaki hasta bireylerin BGYAI'dan aldıkları toplam puan ortalamasının  $96,80 \pm 5,42$  olduğu ve gruplar arasında BGYAI'dan aldıkları toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ( $p > 0,05$ ) (Tablo 4-1-4).

**Tablo 4-1-5: Deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin servisteki Genel Konfor Ölçeği (GKÖ) puanlarının dağılımı**

GKÖ Boyutları	Potansiyel Dağılım	Deney (n=50)		Kontrol (n=50)		Toplam (n=100)		t	p
		Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS		
Fiziksel	12-48	35,58	5,70	34,46	4,58	35,02	5,17	1,083	0,281
Psikospiritüel	13-52	44,38	3,85	43,02	3,66	43,70	3,76	1,100	0,179
Çevresel	13-52	43,38	5,59	43,08	4,45	43,23	5,03	0,297	0,767
Sosyokültürel	10-40	29,76	2,91	30,18	2,62	29,97	2,77	0,758	0,450
<b>GKÖ Düzeyleri</b>									
Ferahlama	16-64	49,06	4,23	47,60	5,03	48,33	4,68	1,570	0,120
Rahatlama	17-68	54,72	5,79	53,88	4,41	54,30	5,14	0,816	0,417
Üstünlük	15-60	49,32	4,95	48,26	4,49	48,79	4,73	1,122	0,265
<b>Toplam</b>	<b>48-192</b>	153,10	12,59	149,74	10,77	151,42	11,78	1,434	0,155

t=Bağımsız örneklem t testi  
p>0,05

Tablo 4-1-5'e göre deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin servisteki Genel Konfor Ölçeği (GKÖ) puanlarının dağılımı incelendiğinde; deney grubunun GKÖ toplam puan ortalamasının  $153,10 \pm 12,59$ , kontrol grubunun GKÖ toplam puan ortalamasının  $149,74 \pm 10,77$  olduğu saptandı. Deney ve kontrol grubu arasında GKÖ toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel anlamlılıkla bir farkın olmadığı belirlendi ( $p > 0,05$ ).

Gruplar GKÖ'nün alt boyutları puan ortalamaları açısından karşılaştırıldığında, potansiyel puan dağılımı 12-48 olan Fiziksel alt boyutu puan ortalamasının deney grubunda  $35,58 \pm 5,70$ , kontrol grubunda  $34,46 \pm 4,58$  olduğu ve her iki grup arasındaki Fiziksel alt boyut puan ortalaması farkının istatistiksel anlamlılıkla olmadığı belirlendi ( $p > 0,05$ ). Potansiyel puan dağılımı 13-52 olan Psikospiritüel alt boyutu puan ortalamasının deney grubunda  $44,38 \pm 3,85$ , kontrol grubunda  $43,02 \pm 3,66$  olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlendi ( $p > 0,05$ ). Gruplar Çevresel alt



boyutu puan ortalamaları açısından incelendiğinde, potansiyel puan dağılımı 13-52 olan Çevresel alt boyutu puan ortalamasının deney grubunda  $43,38 \pm 5,59$ , kontrol grubunda  $43,08 \pm 4,45$  olduğu saptandı. Gruplar arasında Çevresel alt boyutu puan ortalamaları açısından istatistiksel anlamlılıkla bir farklılığın bulunmadığı belirlendi ( $p > 0,05$ ). Potansiyel puan dağılımı 10-40 olan Sosyokültürel alt boyutu puan ortalamasının deney grubunda  $29,76 \pm 2,91$ , kontrol grubunda  $30,18 \pm 2,62$  olduğu ve gruplar arasında Sosyokültürel alt boyutu puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi ( $p > 0,05$ ) (Tablo 4-1-5).

Deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin GKÖ alt düzeyleri puan ortalamaları incelendiğinde; potansiyel puan dağılımı 16-64 olan Ferahlama alt düzeyi puan ortalamasının deney grubunda  $49,06 \pm 4,23$ , kontrol grubunda  $47,60 \pm 5,03$  olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın bulunmadığı belirlendi ( $p > 0,05$ ). Potansiyel puan dağılımı 17-68 olan Rahatlama alt düzeyi puan ortalamasının deney grubunda  $54,72 \pm 5,79$ , kontrol grubunda  $53,88 \pm 4,41$  olduğu ve her iki grup arasındaki bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptandı ( $p > 0,05$ ). Potansiyel puan dağılımı 15-60 olan Üstünlük alt düzeyi puan ortalamasının deney grubunda  $49,32 \pm 4,95$ , kontrol grubunda  $48,26 \pm 4,49$  olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ( $p > 0,05$ ) (Tablo 4-1-5).

#### **4.2. DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ HASTA BİREYLERİN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNE KABULDEKİ, 24.SAATTEKİ VE TABURCULUKTAKİ ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR**

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin YBÜ'ye kabuldeki, 24.saatteki ve taburculuktaki özelliklerine ilişkin bulgular aşağıdaki başlıklar altında yer alan tablolarda verildi.

- Deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin YBÜ'ye kabuldeki fizyolojik parametrelerinin, ağrı ve Riker Sedasyon-Ajitasyon Skalası (SAS) puanlarının dağılımı (Tablo 4-2-1),
- Deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerde yoğun bakım ünitesine kabulde var olan girişimsel işlemlerin dağılımı (Tablo 4-2-2),
- Deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin YBÜ'de 24.saatteki fizyolojik parametrelerinin, ağrı ve APACHE II puanlarının dağılımı (Tablo 4-2-3),

- Deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin konfor düzeylerini etkileyebilecek durumların dağılımı (Tablo 4-2-4),
- Deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin konfor düzeylerini etkileyebilecek durumların ordinal veri olarak dağılımı (Tablo 4-2-5),
- Deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin yoğun bakım ünitesinden transfer sırasındaki fizyolojik parametrelerinin, ağrı puanlarının dağılımı (Tablo 4-2-6).

**Tablo 4-2-1: Deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin YBÜ'ye kabuldeki fizyolojik parametrelerinin, ağrı ve Riker Sedasyon-Ajitasyon Skalası (SAS) puanlarının dağılımı**

Fizyolojik parametreler	Deney (n=50)		Kontrol (n=50)		Toplam (n=100)		t	P
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS		
SKB (mmHg)	156,42	26,22	148,02	29,27	152,22	27,96	1,512	0,134
DKB (mmHg)	82,60	15,01	80,56	17,79	81,58	16,41	0,620	0,537
KTA (dk)	66,55	33,27	61,90	34,37	64,18	33,74	0,680	0,498
SpO <sub>2</sub> (%)	80,82	38,27	78,74	39,33	79,77	38,62	0,266	0,791
VS (°C)	35,12	0,78	34,87	0,69	34,99	0,75	1,678	0,097
Ağrı Puanı	4,93	1,76	4,90	1,67	4,92	1,70	0,099	0,921
SAS Puanı	3,18	1,64	3,33	1,55	3,26	1,59	0,443	0,658

SKB: Sistolik kan basıncı, DKB: Diyastolik kan basıncı, KTA: Kalp tepe atım hızı, SpO<sub>2</sub>: Oksijen saturasyon düzeyi, SAS: Riker Sedasyon-Ajitasyon Skalası, VS: Vücut sıcaklığı  
t=Bağımsız örneklem t testi  
p>0,05

Tablo 4-2-1'e göre deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin YBÜ'ye kabuldeki fizyolojik parametrelerinin, ağrı ve Riker Sedasyon-Ajitasyon Skalası (SAS) puanlarının dağılımı incelendiğinde; deney grubunu oluşturan hasta bireylerde SKB ortalamasının 156,42±26,22 mmHg, kontrol grubunu oluşturan hasta bireylerde ise SKB ortalamasının 148,02±29,27 mmHg olduğu belirlendi. Her iki grup arasında SKB ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmediği saptandı (p>0,05) (Tablo 4-2-1).

Deney grubunu oluşturan hasta bireylerde DKB ortalamasının 82,60±15,01 mmHg, kontrol grubunun DKB ortalamasının 80,56±17,79 mmHg olduğu belirlendi. Gruplar arasında DKB ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi (p>0,05) (Tablo 4-2-1).

Deney grubunu oluşturan hasta bireylerde KTA ortalamasının  $66,55 \pm 33,27$ /dk, kontrol grubunun KTA ortalamasının  $61,90 \pm 34,37$ /dk olduğu saptandı. Gruplar arasında KTA ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlılıkla bir farklılığın bulunmadığı saptandı ( $p > 0,05$ ) (Tablo 4-2-1).

Deney grubundaki hasta bireylerde  $SpO_2$  ortalamasının  $\%80,82 \pm 38,27$ , kontrol grubundaki  $SpO_2$  ortalamasının  $\%78,74 \pm 39,33$  olduğu görüldü. Deney ve kontrol grupları arasında  $SpO_2$  ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ( $p > 0,05$ ) (Tablo 4-2-1).

Deney grubunu oluşturan hasta bireylerde VS ortalamasının  $34,63 \pm 19,57^\circ C$ , kontrol grubunun ise  $37,31 \pm 20,20^\circ C$  olduğu belirlendi. Her iki grup arasında VS ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ( $p > 0,05$ ) (Tablo 4-2-1).

Deney grubunu oluşturan hasta bireylerde ağrı puanı ortalamasının  $4,93 \pm 1,76$ , kontrol grubunun ise  $4,90 \pm 1,67$  olduğu saptandı. Deney ve kontrol grubunu oluşturan hasta bireyler arasında ağrı puanı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ( $p > 0,05$ ) (Tablo 4-2-1).

Deney grubunu oluşturan hasta bireylerde SAS puanı ortalamasının  $3,18 \pm 1,64$ , kontrol grubunun ise  $3,33 \pm 1,55$  olduğu belirlendi. Gruplar arasında SAS puanı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ( $p > 0,05$ ) (Tablo 4-2-1).

**Tablo 4-2-2: Deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerde yoğun bakım ünitesine kabulde var olan girişimsel işlemlerin dağılımının karşılaştırılması**

Girişimsel İşlemler	Deney (n=50)		Kontrol (n=50)		Toplam (n=100)		$\chi^2$	P
	n	%	n	%	n	%		
<b>Endotrakeal tüp</b>							0,000	1,000
Var	48	96,0	48	96,0	96	96,0		
Yok	2	4,0	2	4,0	4	4,0		
<b>Trakeostomi tüpü</b>							0,000	1,000
Var	1	2,0	1	2,0	2	2,0		
Yok	49	98,0	49	98,0	98	98,0		
<b>Mekanik ventilasyona bağlanma durumu</b>							0,000	1,000
Var	49	98,0	49	98,0	98	98,0		
Yok	1	2,0	1	2,0	2	2,0		
<b>Santral kateter</b>							0,000	1,000
Var	31	62,0	30	60,0	61	61,0		
Yok	19	38,0	20	40,0	39	39,0		
<b>Periferikkateter</b>							-	0,525
Var	46	92,0	43	86,0	89	89,0		
Yok	4	8,0	7	14,0	11	11,0		
<b>Nasogastrik sonda</b>							0,000	1,000
Var	31	62,0	31	62,0	62	62,0		
Yok	19	38,0	19	38,0	38	38,0		
<b>İdrar sondası</b>							-	1,000
Var	48	96,0	49	98,0	97	97,0		
Yok	2	4,0	1	2,0	3	3,0		
<b>Göğüs tüpü/drenaj tüpü/diğer tüpler</b>							0,226	0,635
Var	37	74,0	40	80,0	77	77,0		
Yok	13	26,0	10	20,0	23	23,0		

$\chi^2$ =Kİ-Kare (Continuity Correction, Fisher's Exact Test) Testleri  
p>0,05

Tablo 4-2-2'ye göre deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerde yoğun bakım ünitesine kabulde var olan girişimsel işlemlerin dağılımı karşılaştırıldığında; hem deney hem de kontrol grubunu oluşturan hasta bireylerin %96,0'sına (n=48) endotrakeal tüp takıldığı ancak her iki grup arasında da endotrakeal tüp varlığı açısından istatistiksel anlamlılıkta bir farkın olmadığı belirlendi (p>0,05) (Tablo 4-2-2).

Deney ve kontrol grubunda, hasta bireylerin %2,0'sinde (n=1) trakeostomi tüpü takılı olduğu ve bu değişken yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığı saptandı (p>0,05) (Tablo 4-2-2).

Mekanik ventilasyona bağlanma durumu açısından deney ve kontrol grubunu oluşturan hasta bireyler incelendiğinde her iki grupta da bireylerin %98,0'inin (n=49) MV'ye bağlandığı, gruplar arasında MV'ye bağlanma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü (p>0,05) (Tablo 4-2-2).

Deney grubunu oluşturan hasta bireylerin %62,0'sinde (n=31), kontrol grubunu oluşturan hasta bireylerin ise %60,0'ında (n=30) santral venöz kateter takılı olduğu ve her iki grup arasındaki bu farkın istatistiksel olarak bir anlamlılık ifade etmediği belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-2-2).

Deney grubunu oluşturan hasta bireylerin %92,0'sinde (n=46), kontrol grubunu oluşturan hasta bireylerin ise %86,0'sında (n=43) periferik venöz kateter takılı olduğu ve gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak bir anlamlılık ifade etmediği saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-2-2).

Hem deney hem de kontrol grubunu oluşturan hasta bireylerin %62,0'sinde (n=31) nasogastrik sonda takılı olduğu ve her iki grup arasında nasogastrik sonda takılı olma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-2-2).

Deney grubunu oluşturan hasta bireylerin %96,0'sında (n=48), kontrol grubunu oluşturan hasta bireylerin ise %98,0'inde (n=49) idrar sondasının takılı olduğu; deney ve kontrol grubunu oluşturan hasta bireyler arasında idrar sondası takılı olma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-2-2).

Göğüs tüpü/drenaj tüpü/diğer tüplerin varlığı açısından deney ve kontrol grubunu oluşturan hasta bireyler incelendiğinde; deney grubundaki bireylerin %74,0'ünde (n=37), kontrol grubundaki bireylerin ise %80,0'inde (n=40) bu tür tüplerin takılı olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-2-2).

**Tablo 4-2-3: Deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin YBÜ’de 24.saattteki fizyolojik parametrelerinin, ağrı ve APACHE II puanlarının dağılımı**

Fizyolojik parametreler	Deney (n=50)		Kontrol (n=50)		Toplam (n=100)		t	p
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS		
SKB (mmHg)	127,56	19,65	122,70	13,96	125,13	17,13	1,426	0,157
DKB (mmHg)	71,82	12,89	71,82	11,48	71,82	12,14	0,000	1,000
KTA (dk)	86,66	15,72	85,52	14,68	86,09	15,14	0,375	0,709
SpO <sub>2</sub> (%)	96,22	2,31	96,42	2,30	96,32	2,30	0,433	0,666
VS (°C)	36,70	0,51	36,60	0,50	36,65	0,51	1,007	0,316
APACHE II	11,92	4,14	11,94	3,83	11,93	3,97	0,025	0,980
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	z	p
<b>Ağrı Puanı</b>	2,48	2,58	2,90	2,52	2,69	2,55	-1,003	0,316

SKB: Sistolik kan basıncı, DKB: Diyastolik kan basıncı, KTA: Kalp tepe atım hızı,  
 SpO<sub>2</sub>: Oksijen satürasyon düzeyi, VS: Vücut sıcaklığı  
 t=Bağımsız örneklem t testi  
 z=Mann-Whitney U Testi  
 p>0,05

Tablo 4-2-3’ye göre deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin YBÜ’de 24.saattteki fizyolojik parametrelerinin, ağrı ve APACHE II puanlarının dağılımı incelendiğinde; SKB ortalamasının deney grubunu oluşturan hasta bireylerde 127,56±19,65 mmHg, kontrol grubundaki bireylerde 122,70±17,13 mmHg olduğu belirlendi. Her iki grup arasında SKB ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı (p>0,05) (Tablo 4-2-3).

Deney grubunu oluşturan hasta bireylerde DKB ortalamasının 71,82±12,89 mmHg, kontrol grubunu oluşturan hasta bireylerde DKB ortalamasının 71,82±11,48 mmHg olduğu ve gruplar arasında DKB ortalamaları yönünden istatistiksel anlamlılıkla bir farkın bulunmadığı belirlendi (p>0,05) (Tablo 4-2-3).

Deney grubunu oluşturan hasta bireylerde KTA ortalamasının 86,66±15,72/dk, kontrol grubunun 85,52±14,68/dk olduğu ve gruplar arasında KTA ortalamaları

açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-2-3).

Deney grubunu oluşturan hasta bireylerde  $SpO_2$  ortalamasının  $\%96,22\pm 2,31$ , kontrol grubunun  $\%96,42\pm 2,30$  olduğu ve gruplar arasında  $SpO_2$  ortalamaları açısından istatistiksel anlamlıkla bir farklılık olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-2-3).

Deney grubundaki hasta bireylerde VS ortalamasının  $36,70\pm 0,51^\circ C$ , kontrol grubunda VS ortalamasının  $36,60\pm 0,50^\circ C$  olduğu ve her iki grup arasında VS ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmediği belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-2-3).

Deney grubunu oluşturan hasta bireylerde APACHE II puanı ortalamasının  $11,92\pm 4,14$ , kontrol grubunun ise  $11,94\pm 3,83$  olduğu ve gruplar arasında APACHE II puanı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-2-3).

Deney ve kontrol grubundaki hasta bireyler ağrı puanının değerleri incelendiğinde, ağrı puanı ortalamasının deney grubunda  $2,48\pm 2,58$ , kontrol grubunda  $2,90\pm 2,52$  olduğu ve her iki grup arasındaki ağrı puanı ortalama değerlerindeki farklılığın istatistiksel yönden anlamlılık ifade etmediği belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-2-3).

**Tablo 4-2-4: Deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin konfor düzeylerini etkileyebilecek durumların dağılımı**

	Deney (n=50)		Kontrol (n=50)		Toplam (n=100)		$\chi^2$	p
	n	%	n	%	n	%		
<b>Endotrakeal tüpün kalış süresi</b>							-	1,000
≤ 24 saat	49	98,0	49	98,0	98	98,0		
> 24 saat	1	2,0	1	2,0	2	2,0		
<b>Trakeostomi tüpünün kalış süresi<sup>a</sup></b>							-	1,000
≤ 24 saat	1	2,0	0	0,0	1	50,0		
> 24 saat	0	0,0	1	2,0	1	50,0		
<b>Mekanik ventilasyona bağlanma şekli</b>							-	1,000
Girişimsel yol	49	98,0	48	96,0	97	97,0		
Girişimsel olmayan yol	1	2,0	2	4,0	3	3,0		
<b>Mekanik ventilasyonda kalma süresi</b>							-	1,000
≤ 24 saat	49	98,0	48	96,0	97	97,0		
> 24 saat	1	2,0	2	4,0	3	3,0		
<b>Weaning yapılma durumu</b>							-	1,000
Evet	6	12,0	6	12,0	12	12,0		
Hayır	44	88,0	44	88,0	88	88,0		
<b>Weaning yapılma süresi<sup>b</sup></b>							-	1,000
≤ 24 saat	5	83,3	6	100,0	11	91,7		
> 24 saat	1	16,7	0	0,0	1	8,3		
<b>Trakeal aspirasyon yapılma durumu<sup>c</sup></b>							-	1,000
Evet	49	98,0	49	98,0	98	98,0		
Hayır	1	2,0	1	2,0	2	2,0		
<b>Pozisyon değişimi yapılma durumu</b>							1,134	0,287
Evet	6	12,0	11	22,0	17	17,0		
Hayır	44	88,0	39	78,0	83	83,0		
<b>Pozisyon şekli<sup>d</sup></b>							-	1,000
Sandalyede mobilize	5	83,3	9	81,8	14	82,4		
Sağ/sol lateral	1	16,7	2	18,2	3	17,6		
<b>Analjezik ilaç uygulanma durumu</b>							-	1,000
Evet	50	100,0	49	98,0	99	99,0		
Hayır	0	0,0	1	2,0	1	1,0		
<b>Sedatif ilaç uygulanma durumu</b>							1,826	0,177
Evet	17	34,0	10	20,0	27	27,0		
Hayır	33	66,0	40	80,0	73	73,0		
<b>Fiziksel kısıtlama/tespit edici uygulanma durumu</b>							-	0,495
Evet	2	4,0	0	0,0	2	2,0		
Hayır	48	96,0	50	100,0	98	98,0		
<b>Ameliyatta kalma/anestezi alma süresi</b>							4,717	0,095
≤ 4 saat	31	62,0	22	44,0	53	53,0		
> 4 saat	19	38,0	28	56,0	47	47,0		
<b>YBÜ'ye kabul saati/vardiya</b>							-	1,000
07.30-19.30	49	98,0	49	98,0	98	98,0		
19.30-07.30	1	2,0	1	2,0	2	2,0		
<b>YBÜ'de vardiyadaki hemşire başına düşen hasta</b>							-	1,000
2 hasta	2	4,0	3	6,0	5	5,0		
3 hasta	48	96,0	47	94,0	95	95,0		

$\chi^2$ =Kİ-Kare (Pearson Chi-Square, Continuity Correction, Fisher's Exact Test) Testleri

p>0,05

<sup>a</sup>Hem deney hem de kontrol grubunda 1 kişide trakeostomi tüpü vardı. Ayrıca deney grubundaki hasta birey 24 saat süre ile YBÜ'de kalmıştır.

<sup>b</sup>Deney grubunda 6 ve kontrol grubunda 6 olmak üzere weaning yapılan toplam 12 hasta

<sup>c</sup>Hem deney hem de kontrol grubundan 1 kişiye entübasyon / trakeostomi tüpü uygulanmadı.

<sup>d</sup>Deney grubunda 6 ve kontrol grubunda 11 olmak üzere pozisyon değişimi yapılan toplam 17 hasta



Tablo 4-2-4'e göre deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin konfor düzeylerini etkileyebilecek durumların dağılımı incelendiğinde; hem deney ve hem de kontrol grubunu oluşturan hasta bireylerin %98,0'inde (n=49) endotrakeal tüpünün 24 saat ve daha kısa süre ile kaldığı ve her iki grup arasında endotrakeal tüpün kalış süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-2-4).

Trakeostomi tüpü takılı olan hasta bireylerden, deney grubunu oluşturanların %2,0'sinde (n=1) trakeostomi tüpü 24 saat ve daha kısa süre ile; kontrol grubunu oluşturan bireylerin %2,0'sinde (n=1) ise trakeostomi tüpünün 24 saatten daha fazla süre ile takılı kaldığı belirlenirken her iki grup arasında trakeostomi tüpünün kalış süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-2-4).

Deney grubunu oluşturan hasta bireylerin %98,0'inin (n=49), kontrol grubunu oluşturan hasta bireylerin %96,0'sının (n=48) MV'ye girişimsel yol ile bağlandığı; gruplar arasında MV'ye bağlanma şekli açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-2-4).

Mekanik ventilasyonda kalma süresi açısından deney ve kontrol grupları incelendiğinde; deney grubunu oluşturan hasta bireylerin %98,0'inin (n=49), kontrol grubunu oluşturan hasta bireylerin ise %96,0'sının (n=48) 24 saat ve daha kısa süre ile MV'ye bağlı kaldıkları ve her iki grup arasında MV'de kalma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-2-4).

Deney ve kontrol grubunu oluşturan hasta bireylerden her iki grupta da bireylerin %88,0'ine (n=44) weaning yapılmadığı ve gruplar arasında weaning yapılma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-2-4).

Weaning yapılma süresi açısından deney ve kontrol grubunu oluşturan hasta bireyler incelendiğinde; weaning yapılan (n=6) deney grubundaki bireylerin %83,3'üne (n=5), weaning yapılan (n=6) kontrol grubundaki bireylerin ise %100,0'üne (n=6) 24 saat ve daha kısa süre ile weaning yapıldığı saptandı. Her iki grup arasında weaning yapılma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-2-4).

Deney ve kontrol grubundaki hasta bireyler trakeal aspirasyon yapılma durumu açısından incelendiğinde; hem deney hem de kontrol grubunu oluşturan bireylerde %98,0'ine (n=49) trakeal aspirasyon yapıldığı ve gruplar arasında trakeal aspirasyon yapılma durumu açısından istatistiksel anlamlılıkla bir farkın olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-2-4).

Deney ve kontrol grubundaki hasta bireyler pozisyon değişimi yapılma durumu açısından incelendiğinde; deney grubundaki bireylerin %88,0'ine (n=44), kontrol grubundaki bireylerin %78,0'ine (n=39) pozisyon verilmediği ve her iki grup arasında pozisyon değişimi yapılma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-2-4).

Pozisyon değişimi yapılan deney ve kontrol grubunu oluşturan hasta bireylere verilen pozisyon şekli incelendiğinde; pozisyon değişimi yapılan deney grubundaki bireylerin (n=6) %83,3'üne (n=5), pozisyon değişimi yapılan kontrol grubundaki bireylerin (n=11) %81,8'ine (n=9) sandalyede mobilize edilerek pozisyon verildiği ve gruplar arasında verilen pozisyon şekli açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-2-4).

Analjezik ilaç uygulanma durumu açısından deney ve kontrol grubundaki hasta bireyler incelendiğinde; deney grubundaki bireylerin %100,0'üne (n=50), kontrol grubundaki bireylerin ise %98,0'ine (n=49) analjezik ilaç uygulandığı saptandı. Deney ve kontrol grubu arasında analjezik ilaç uygulanma durumu açısından istatistiksel anlamlılıkla bir farkın olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-2-4).

Deney grubunu oluşturan hasta bireylerin %66,0'sına (n=33), kontrol grubunu oluşturan bireylerin %80,0'ine (n=40) sedatif ilaç uygulanmadığı ve gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak bir anlamlılık ifade etmediği saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-2-4).

Deney grubunu oluşturan hasta bireylerin %96,0'sına (n=48), kontrol grubundaki hasta bireylerin %100,0'üne (n=50) fiziksel kısıtlama/tespit edici uygulama yapılmadığı ve gruplar arasında fiziksel kısıtlama/tespit edici uygulama durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-2-4).

Deney ve kontrol grubundaki hasta bireyler ameliyatta kalma/anestezi alma süresi açısından incelendiğinde; deney grubundaki hasta bireylerin %62,0'sinin (n=31),

kontrol grubundaki hasta bireylerin %44,0'ünün (n=22) dört saat ve daha kısa süre ile ameliyatta kaldığı/anestezi aldığı saptandı. Deney ve kontrol grubunu oluşturan bireyler arasında ameliyatta kalma/anestezi alma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-2-4).

Deney ve kontrol grubundaki hasta bireyler YBÜ'ye kabul saati/vardiya açısından incelendiğinde; hem deney hem de kontrol grubundaki hasta bireylerin %98,0'inin (n=49) 07.30-19.30 saatleri arasında YBÜ'ye kabul edildikleri ve her iki grup arasında da YBÜ'ye kabul saati/vardiya açısından istatistiksel anlamlılıkla bir farkın olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-2-4).

Deney ve kontrol grubundaki hasta bireyler YBÜ'ye kabul edildikleri sırada vardiyadaki hemşire başına düşen hasta sayısı açısından incelendiğinde; deney grubundaki hasta bireylerin %96,0'sında (n=48), kontrol grubundaki hasta bireylerin %94,0'ünde (n=47) hemşire başına düşen hasta sayısının üç olduğu saptandı. Gruplar arasında YBÜ'de vardiyadaki hemşire başına düşen hastasayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-2-4).

**Tablo 4-2-5: Deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin konfor düzeylerini etkileyebilecek durumların ordinal veri olarak dağılımı**

	Deney (n=50)		Kontrol (n=50)		Toplam (n=100)		z	p
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS		
<b>Endotrakeal tüpün kalış süresi</b>	4,23	4,50	3,40	3,83	3,81	4,17	-1,444	0,149
<b>Trakeostomi tüpünün kalış süresi</b>	24,00	-	72,00	-	48,00	33,94	-	-
<b>Mekanik ventilasyonda kalma süresi</b>	4,09	4,48	4,51	6,41	4,30	5,51	-0,736	0,462
<b>Weaning yapılma süresi</b>	9,50	14,81	4,50	7,61	7,00	11,53	-1,302	0,193
<b>Ameliyatta kalma/anestezi alma süresi</b>	4,25	1,60	4,51	2,00	4,38	1,81	-0,774	0,439

z=Mann-Whitney U Testi  
p>0,05

Tablo 4-2-5'e göre deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin konfor düzeylerini etkileyebilecek durumlarının ordinal veri olarak dağılımı karşılaştırıldığında; deney grubunu oluşturan hasta bireylerin endotrakeal tüpün kalış süresi ortalamasının  $4,23\pm 4,50$  saat, kontrol grubunun  $3,40\pm 3,83$  saat olduğu ve gruplar

arasında endotrakeal tüpün kalış süresi ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-2-5).

Deney grubunu oluşturan hasta bireylerin MV'da kalma süresi ortalamasının  $4,09\pm 4,48$  saat, kontrol grubunun  $4,51\pm 6,41$  saat olduğu ve her iki grup arasında MV'da kalma süresi ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-2-5).

Deney grubunu oluşturan hasta bireylerin weaning yapılma süresi ortalamasının  $9,50\pm 14,81$  saat, kontrol grubunun  $4,50\pm 7,61$  saat olduğu ve gruplar arasında weaning yapılma süresi ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-2-5).

Deney grubunu oluşturan hasta bireylerin ameliyatta kalma/anestezi alma süresi ortalamasının  $4,25\pm 1,60$  saat, kontrol grubunun  $4,51\pm 2,00$  saat olduğu saptandı. Gruplar arasında ameliyatta kalma/anestezi alma süresi ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-2-5).

**Tablo 4-2-6: Deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin yoğun bakım ünitesinden transfer sırasındaki fizyolojik parametrelerinin, ağrı puanlarının dağılımı**

Fizyolojik parametreler	Deney (n=50)		Kontrol (n=50)		Toplam (n=100)		t	p
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS		
SKB (mmHg)	126,62	19,40	124,26	14,20	125,44	16,95	0,694	0,489
DKB (mmHg)	71,36	12,71	72,94	10,78	72,15	11,76	-0,670	0,504
KTA (dk)	85,72	15,00	84,72	14,33	85,22	14,60	0,341	0,734
SpO <sub>2</sub> (%)	96,08	2,18	96,26	2,16	96,17	2,16	-0,415	0,679
VS (°C)	36,60	0,49	36,56	0,53	36,58	0,51	0,411	0,682
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	z	p
<b>Ağrı Puanı</b>	2,22	2,49	2,64	2,48	2,43	2,48	-1,029	0,303

SKB: Sistolik kan basıncı, DKB: Diyastolik kan basıncı, KTA: Kalp tepe atım hızı,

SpO<sub>2</sub>: Oksijen saturasyon düzeyi, VS: Vücut sıcaklığı

$\chi^2$ =Kİ-Kare (Continuity Correction) Testleri

t=Bağımsız örneklem t testi

z=Mann-Whitney U Testi

$p>0,05$

Tablo 4-2-6'ya göre deney ve kontrol grubunda yer alan hasta bireylerin YBÜ'den transfer sırasındaki fizyolojik parametrelerinin ve ağrı puanlarının dağılımı incelendiğinde; deney grubunu oluşturan hasta bireylerin SKB ortalamasının  $126,62 \pm 19,40$  mmHg, kontrol grubunun  $124,26 \pm 14,20$  mmHg olduğu belirlendi. Her iki grup arasında SKB ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ( $p > 0,05$ ) (Tablo 4-2-6).

Deney grubunu oluşturan hasta bireylerin DKB ortalamasının  $71,36 \pm 12,71$  mmHg, kontrol grubunun  $72,94 \pm 10,78$  mmHg olduğu saptandı. Gruplar arasında DKB ortalamaları açısından istatistiksel anlamlılıkla bir farklılığın bulunmadığı belirlendi ( $p > 0,05$ ) (Tablo 4-2-6).

Deney grubunu oluşturan hasta bireylerin KTA ortalamasının  $85,72 \pm 15,00$ /dk, kontrol grubunun  $84,72 \pm 14,33$ /dk olduğu belirlendi. Deney ve kontrol grubunu oluşturan hasta bireyler arasında KTA ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ( $p > 0,05$ ) (Tablo 4-2-6).

Deney grubunu oluşturan hasta bireylerin  $SpO_2$  ortalamasının  $\%96,08 \pm 2,18$ , kontrol grubunun  $\%96,26 \pm 2,16$  olduğu saptandı. Her iki grup arasında  $SpO_2$  ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ( $p > 0,05$ ) (Tablo 4-2-6).

Deney grubunu oluşturan hasta bireylerin VS ortalamasının  $36,60 \pm 0,49$ °C, kontrol grubunun  $36,56 \pm 0,53$ °C olduğu belirlendi. Gruplar arasında VS ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ( $p > 0,05$ ) (Tablo 4-2-6).

Deney ve kontrol grubundaki hasta bireyler ağrı puanı ortalamaları açısından incelendiğinde; ağrı puanı ortalamasının deney grubundaki bireylerde  $2,22 \pm 2,49$ , deney grubundaki bireylerde  $2,64 \pm 2,48$  olduğu ve her iki grup arasında ağrı puanı ortalamaları yönünden istatistiksel anlamlılıkla bir farklılığın bulunmadığı belirlendi ( $p > 0,05$ ) (Tablo 4-2-6).

### 4.3. DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ HASTA BİREYLERİN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDEN TRANSFER EDİLDİKTEN 24 SAAT SONRAKİ ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin YBÜ'den transfer edildikten 24 saat sonraki özelliklerine ilişkin bulgular aşağıdaki başlıklar altında yer alan tablolarda verildi.

- Deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin YBÜ'den transfer edildikten 24 saat sonraki fizyolojik parametrelerinin ve ağrı puanlarının dağılımı (Tablo 4-3-1),
- Deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin YBÜ'den transfer edildikten 24 saat sonraki Genel Konfor Ölçeği (GKÖ) puanları (Tablo 4-3-2),
- Deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin servisteki Genel Konfor Ölçeği (GKÖ) puanları ile YBÜ'den transfer edildikten 24 saat sonraki Genel Konfor Ölçeği (GKÖ) puanlarının karşılaştırılması (Tablo 4-3-3).

**Tablo 4-3-1: Deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin yoğun bakım ünitesinden transfer edildikten 24 saat sonraki fizyolojik parametrelerinin ve ağrı puanlarının dağılımı**

Fizyolojik parametreler	Deney (n=50)		Kontrol (n=50)		Toplam (n=100)		t	p
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS		
SKB (mmHg)	120,82	20,64	119,06	15,64	119,94	18,24	0,481	0,632
DKB (mmHg)	75,80	12,26	73,80	9,45	74,80	10,94	0,913	0,363
KTA (dk)	87,28	12,46	86,34	11,41	86,81	11,89	0,393	0,695
Solunum (dk)	22,08	3,85	21,80	3,03	21,94	3,45	0,404	0,687
VS (°C)	36,85	0,52	36,86	0,44	36,86	0,48	0,146	0,885
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	z	p
<b>Ağrı Puanı</b>	2,16	2,24	2,46	2,54	2,31	2,39	-0,283	0,778

SKB: Sistolik kan basıncı, DKB: Diyastolik kan basıncı, KTA: Kalp tepe atım hızı, VS: Vücut sıcaklığı  
t=Bağımsız örneklem t testi  
z=Mann-Whitney U Testi  
p>0,05

Tablo 4-3-1'e göre deney ve kontrol grubunda yer alan hasta bireylerin YBÜ'den transfer edildikten 24 saat sonraki fizyolojik parametrelerinin ve ağrı puanlarının dağılımı incelendiğinde, SKB ortalamasının deney grubunu oluşturan hasta bireylerde  $120,82 \pm 20,64$  mmHg, kontrol grubunda  $119,06 \pm 15,64$  mmHg olduğu belirlendi. Her iki grup arasında SKB ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü ( $p > 0,05$ ) (Tablo 4-3-1).

Deney grubunu oluşturan hasta bireylerin DKB ortalamasının  $75,80 \pm 12,26$  mmHg, kontrol grubunun DKB ortalamasının  $73,80 \pm 9,45$  mmHg olduğu saptandı. Deney ve kontrol grubunu oluşturan hasta bireyler arasında DKB ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ( $p > 0,05$ ) (Tablo 4-3-1).

Deney grubunu oluşturan hasta bireylerin KTA ortalamasının  $87,28 \pm 12,46$ /dk, kontrol grubunun KTA ortalamasının  $86,34 \pm 11,41$ /dk olduğu belirlendi. Gruplar arasında KTA ortalamaları açısından istatistiksel anlamlılıkla bir farklılığın bulunmadığı saptandı ( $p > 0,05$ ) (Tablo 4-3-1).

Deney grubunu oluşturan hasta bireylerin solunum sayısı ortalamasının  $22,08 \pm 3,85$ /dk, kontrol grubunun solunum sayısı ortalamasının  $21,80 \pm 3,03$ /dk olduğu saptandı ve her iki grup arasında solunum sayısı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ( $p > 0,05$ ) (Tablo 4-3-1).

Deney grubunu oluşturan hasta bireylerin VS ortalamasının  $36,85 \pm 0,52$ °C, kontrol grubunun  $36,86 \pm 0,44$ °C olduğu belirlendi. Deney ve kontrol grubunu oluşturan hasta bireyler arasında VS ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ( $p > 0,05$ ) (Tablo 4-3-1).

Deney ve kontrol grubundaki bireyler ağrı puanı ortalamaları açısından incelendiğinde, ağrı puanı ortalamasının deney grubunda  $2,46 \pm 2,54$ , kontrol grubunda  $2,31 \pm 2,39$  olduğu ve her iki grup arasında istatistiksel anlamlılıkla bir farklılığın bulunmadığı görüldü ( $p > 0,05$ ) (Tablo 4-3-1).

**Tablo 4-3-2: Deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin yoğun bakım ünitesinden transfer edildikten 24 saat sonraki Genel Konfor Ölçeği (GKÖ) puanları**

GKÖ Boyutları	Deney (n=50)		Kontrol (n=50)		Toplam (n=100)		t	p
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS		
Fiziksel	35,28	5,81	31,20	5,72	33,24	6,09	3,537	<b>0,001*</b>
Psikospiritüel	46,48	4,08	43,74	4,26	45,11	4,37	3,285	<b>0,001*</b>
Çevresel	44,94	4,30	42,66	4,87	43,80	4,71	2,483	<b>0,015**</b>
Sosyokültürel	28,38	2,71	28,12	2,14	28,25	2,43	0,532	0,596
<b>GKÖ Düzeyleri</b>								
Ferahlama	48,72	4,69	46,04	4,66	47,38	4,84	2,866	<b>0,005*</b>
Rahatlama	55,32	4,62	51,48	5,21	53,40	5,26	3,902	<b>&lt;0,001*</b>
Üstünlük	51,04	4,01	48,20	5,23	49,62	4,85	3,049	<b>0,003*</b>
<b>Toplam</b>	155,08	11,87	145,72	13,06	150,40	13,28	3,749	<b>&lt;0,001*</b>

t=Bağımsız örneklem t testi

\* $p < 0,01$ , \*\* $p < 0,05$

Deney ve kontrol grubunda yer alan hasta bireylerin YBÜ'den transfer edildikten 24 saat sonraki Genel Konfor Ölçeği (GKÖ) puanları incelendiğinde; GKÖ Fiziksel alt boyutu yönünden deney grubundaki bireylerin Fiziksel alt boyut puan ortalamasının ( $35,28 \pm 5,81$ ), kontrol grubundaki bireylerin puan ortalamasından ( $31,20 \pm 5,72$ ) yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu belirlendi ( $p < 0,01$ ) (Tablo 4-3-2).

Deney ve kontrol grubunu oluşturan hasta bireylerin GKÖ Psikospiritüel alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; deney grubunun GKÖ Psikospiritüel alt boyutu puan ortalamasının ( $46,48 \pm 4,08$ ), kontrol grubunun puan ortalamasından ( $43,74 \pm 4,26$ ) daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu belirlendi ( $p < 0,01$ ) (Tablo 4-3-2).

Deney ve kontrol grubunu oluşturan hasta bireylerin GKÖ Çevresel alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; deney grubundaki hasta bireylerin GKÖ Çevresel alt boyutu puan ortalamasının ( $44,94 \pm 4,30$ ), kontrol grubundaki hasta bireylerin puan ortalamasından ( $42,66 \pm 4,87$ ) daha yüksek olduğu saptandı. Deney ve kontrol grubunu oluşturan hasta bireyler arasında GKÖ Çevresel alt boyutu puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlendi ( $p < 0,05$ ) (Tablo 4-3-2).

Deney ve kontrol grubunu oluşturan hasta bireylerin GKÖ Sosyokültürel alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; deney grubundaki hasta bireylerin GKÖ Sosyokültürel alt boyutu puan ortalaması ( $28,38 \pm 2,71$ ) ile kontrol grubundaki hasta bireylerin GKÖ Sosyokültürel alt boyutu puan ortalaması ( $28,12 \pm 2,14$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın bulunmadığı saptandı ( $p > 0,05$ ) (Tablo 4-3-2).

Deney ve kontrol grubunu oluşturan hasta bireylerin GKÖ Ferahlama alt düzeyi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; deney grubundaki hasta bireylerin GKÖ Ferahlama alt düzeyi puan ortalamasının ( $48,72 \pm 4,69$ ), kontrol grubunun puan ortalamasından ( $46,04 \pm 4,66$ ) daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu belirlendi ( $p < 0,01$ ) (Tablo 4-3-2).

Deney ve kontrol grubunu oluşturan hasta bireylerin GKÖ Rahatlama alt düzeyi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; deney grubundaki hasta bireylerin GKÖ Rahatlama alt düzeyi puan ortalamasının ( $55,32 \pm 4,62$ ), kontrol grubunun puan ortalamasından ( $51,48 \pm 5,21$ ) daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu belirlendi ( $p < 0,01$ ) (Tablo 4-3-2).



Deney ve kontrol grubunu oluşturan hasta bireylerin GKÖ Üstünlük alt düzeyi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; deney grubundaki hasta bireylerin GKÖ Üstünlük alt düzeyi puan ortalamasının (51,04±4,01), kontrol grubunun puan ortalamasından (48,20±5,23) daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu belirlendi (p<0,01) (Tablo 4-3-2).

Deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin GKÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; deney grubundaki bireylerin GKÖ toplam puan ortalaması 155,08±11,87, kontrol grubunun puan ortalamasının 145,72±13,06 olduğu saptanırken; deney grubunun GKÖ toplam puan ortalamasının, kontrol grubunun toplam puan ortalamasından istatistiksel olarak ileri derecede anlamlılıkladaha yüksek olduğu belirlendi (p<0,01) (Tablo 4-3-2).

**Tablo 4-3-3: Deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin servisteki Genel Konfor Ölçeği (GKÖ) puanları ile yoğun bakım ünitesinden transfer edildikten 24 saat sonraki Genel Konfor Ölçeği (GKÖ) puanlarının karşılaştırılması**

GKÖ Boyutları	Ölçüm zamanı	Deney (n=50)			Kontrol (n=50)		
		Ort	SS	p <sup>+</sup>	Ort	SS	p <sup>+</sup>
Fiziksel	İlk ölçüm	35,58	5,70	0,762	34,46	4,58	<0,001*
	Son ölçüm	35,28	5,81		31,20	5,72	
Psikospiritüel	İlk ölçüm	44,38	3,85	0,003*	43,02	3,66	0,811
	Son ölçüm	46,48	4,08		43,74	4,26	
Çevresel	İlk ölçüm	43,38	5,59	0,051	43,08	4,45	0,486
	Son ölçüm	44,94	4,30		42,66	4,87	
Sosyokültürel	İlk ölçüm	29,76	2,91	0,005*	30,18	2,62	<0,001*
	Son ölçüm	28,38	2,71		28,12	2,14	
<b>GKÖ Düzeyleri</b>							
Ferahlama	İlk ölçüm	49,06	4,23	0,648	47,60	5,03	0,023**
	Son ölçüm	48,72	4,69		46,04	4,66	
Rahatlama	İlk ölçüm	54,72	5,79	0,478	53,88	4,41	0,002*
	Son ölçüm	55,32	4,62		51,48	5,21	
Üstünlük	İlk ölçüm	49,32	4,95	0,027**	48,26	4,49	0,929
	Son ölçüm	51,04	4,01		48,20	5,23	
Toplam	İlk ölçüm	153,10	12,59	0,311	149,74	10,77	0,019**
	Son ölçüm	155,08	11,87		145,72	13,06	

İlk ölçüm: Ameliyattan önce serviste ölçülen değer (planlı kabul protokolü uygulamasından önce)

Son ölçüm: YBÜ'den transfer edildikten 24 saat sonra ölçülen değer (planlı kabul protokolü uygulamasından sonra)

<sup>+</sup>Paired-Samples T Test

\*p<0,01, \*\*p<0,05

Tablo 4-3-3'e göre deney ve kontrol grubunda yer alan hasta bireylerin servise kabuldeki Genel Konfor Ölçeği (GKÖ) puanları ile YBÜ'den transfer edildikten 24 saat sonraki Genel Konfor Ölçeği (GKÖ) puanları karşılaştırıldığında; deney grubunu oluşturan hasta bireylerin GKÖ Fiziksel alt boyutunun son ölçümdeki puan ortalaması ( $35,28 \pm 5,81$ ), ile ilk ölçümdeki puan ortalaması ( $35,58 \pm 5,70$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı saptanırken ( $p > 0,05$ ); kontrol grubunun son ölçümdeki puan ortalamasının ( $31,20 \pm 5,72$ ), ilk ölçümdeki puan ortalamasına ( $34,46 \pm 4,58$ ) göre istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir farklılıkla düşme gösterdiği saptandı ( $p < 0,01$ ) (Tablo 4-3-3).

Deney grubunu oluşturan hasta bireylerin GKÖ Psikospiritüel alt boyutunun son ölçümdeki puan ortalamasının ( $46,48 \pm 4,08$ ), ilk ölçümdeki puan ortalamasına ( $44,38 \pm 3,85$ ) göre istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir farklılıkla yükseldiği belirlenirken ( $p < 0,01$ ); kontrol grubunun son ölçümdeki puan ortalaması ile ( $43,74 \pm 4,26$ ), ilk ölçümdeki puan ortalaması ( $43,02 \pm 3,66$ ) arasında istatistiksel anlamlılık taşıyan bir farkın olmadığı görüldü ( $p > 0,05$ ) (Tablo 4-3-3).

Deney grubunu oluşturan hasta bireylerin GKÖ Sosyokültürel alt boyutunun son ölçümdeki puan ortalamasının ( $28,38 \pm 2,71$ ), ilk ölçümdeki puan ortalamasına ( $29,76 \pm 2,91$ ) göre istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir farklılıkla düştüğü ( $p < 0,01$ ); benzer şekilde kontrol grubunun da son ölçümdeki puan ortalamasının ( $28,12 \pm 2,14$ ), ilk ölçümdeki puan ortalamasına ( $30,18 \pm 2,62$ ) göre istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir farklılıkla düşme gösterdiği belirlendi ( $p < 0,01$ ) (Tablo 4-3-3).

Deney grubunu oluşturan hasta bireylerin GKÖ Ferahlama alt düzeyinin son ölçümdeki puan ortalamasının ( $48,72 \pm 4,69$ ), ilk ölçümdeki puan ortalamasına ( $49,06 \pm 4,23$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir farklılıkla düştüğü saptanırken ( $p > 0,05$ ); kontrol grubunun son ölçümdeki puan ortalamasının ( $46,04 \pm 4,66$ ), ilk ölçümdeki puan ortalamasına ( $47,60 \pm 5,03$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılıkla düşme gösterdiği saptandı ( $p < 0,05$ ) (Tablo 4-3-3).

Deney grubunu oluşturan hasta bireylerin GKÖ Rahatlama alt düzeyinin son ölçümdeki puan ortalamasının ( $55,32 \pm 4,62$ ), ilk ölçümdeki puan ortalamasına ( $54,72 \pm 5,79$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir farklılıkla yükseldiği görülürken ( $p > 0,05$ ); kontrol grubunun son ölçümdeki puan ortalamasının ( $51,48 \pm 5,21$ ),

ilk ölçümdeki puan ortalamasına ( $53,88 \pm 4,41$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılıkla düştüğü görüldü ( $p < 0,05$ ) (Tablo 4-3-3).

Deney grubunu oluşturan hasta bireylerin GKÖ Üstünlük alt düzeyinin son ölçümdeki puan ortalamasının ( $51,04 \pm 4,01$ ), ilk ölçümdeki puan ortalamasına ( $49,32 \pm 4,95$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılıkla yükseldiği saptanırken ( $p < 0,05$ ); kontrol grubunun son ölçümdeki puan ortalamasının ( $48,20 \pm 5,23$ ), ilk ölçümdeki puan ortalamasına ( $48,26 \pm 4,49$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir farklılıkla düşme gösterdiği saptandı ( $p > 0,05$ ) (Tablo 4-3-3).

Deney grubunu oluşturan hasta bireylerin GKÖ son ölçümdeki toplam puan ortalamasının ( $155,08 \pm 11,87$ ), ilk ölçümdeki toplam puan ortalamasına ( $153,10 \pm 12,59$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir farklılıkla yükseldiği belirlenirken ( $p > 0,05$ ); kontrol grubunun son ölçümdeki toplam puan ortalamasının ( $145,72 \pm 13,06$ ), ilk ölçümdeki toplam puan ortalamasına ( $149,74 \pm 10,77$ ) göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılıkla düştüğü belirlendi ( $p < 0,05$ ) (Tablo 4-3-3).

## 2. TARTIŞMA

Biyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel ve politiko-ekonomik boyutları ile bir bütün olan sağlıklı/hasta bireyin, gereksinimlerini karşılamak için ona bakım vermek ve en kısa sürede bireyin bağımsız hale gelmesine yardımcı olmak hemşireliğin temel amacıdır (Kaya 2002; Terzi ve Kaya 2011a). Hemşireliğin yardım etme amaçları arasında; sağlıklı/hasta bireyin konforunun sağlanması ve sürdürülmesi, konforun bozulmasına neden olan faktörlerin ortadan kaldırılmasına yönelik girişimlerin planlanarak uygulanması yer almaktadır (Kolcaba ve Steiner 2000; Malinowski ve Stamler 2002).

Hasta bireyin konforunun sağlanmasının son derece önemli olduğu alanlardan biri de YBÜ'dür. Yoğun bakım üniteleri, hastanedeki normal servislerden farklı olarak en fazla girişimsel, özel ve sürekli işlemlerin uygulandığı, morbidite ve mortalite oranlarının yüksek olduğu ünitelerdir (Terzi 2009). Ayrıca hasta bireylerin YBÜ'de bakım ve tedavi altında iken sürekli gürültüye, yapay rahatsız edici ışıklandırmaya, hoş olmayan kokulara, soğuğa, sürekli ağrılı girişimsel işlemlere maruz kaldıkları bilinmektedir. (Dedeli ve Akyol 2005; Misak 2004; Özkan ve Şahinoğlu 2009).

Gerek YBÜ'nün fiziksel ortamı ve üniteye kullanılan teknolojik araç-gereçler gerekse üniteye uygulanan bakım ve tedavi girişimleri, hasta bireylerin tüm boyutlarına yönelik olumsuz deneyim yaşamasına neden olmakta; bu durum konfor düzeyini ve fizyolojik parametrelerini olumsuz şekilde etkileyebilmektedir (Ma ve ark. 2010; Samuelson 2011; Tate ve ark. 2011; Terzi ve Kaya 2011a).

Yoğun bakım ünitesine kabul öncesi YBÜ'nün fiziksel ortamı ve üniteye uygulanan bakım ve tedavi girişimleri hakkında hasta bireylere yapılacak olan bilgilendirmenin bireylerin konforunu yükselteceği düşünülmektedir (Özer ve Akyil 2008). Bu nedenle elektif cerrahi bir girişim ya da işlem sonrası YBÜ'ye hasta kabulünün planlı kabul protokolüne göre yapılması yarar sağlayacaktır.

Bu araştırma, yoğun bakım ünitesine planlı kabul öncesi uygulanan hasta kabul protokolünün hasta bireyin konfor düzeyine ve üniteye yatış sırasındaki fizyolojik parametrelerine etkisini belirlemek amacı ile randomize kontrollü deneysel bir çalışma

olarak gerçekleştirildi. Elde edilen bulgular, literatür bilgileri doğrultusunda üç başlık altında tartışıldı.

### **5.1. DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ HASTA BİREYLERİN BİREYSEL VE SERVİSE KABULÜ SIRASINDAKİ ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI**

Bu bölümde, deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin bireysel ve servise kabulü sırasındaki özellikleri tartışıldı.

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki hasta bireyler; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, meslek, sosyal güvence ve gelir durumu gibi bireysel özellikler açısından karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-1-1). Sonuçlar her iki grubun bireysel özellikler açısından benzer olduğunu göstermektedir.

Cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, meslek, sosyal güvence ve gelir durumu gibi bireysel değişkenler konforu ve yoğun bakım ünitesine yatış sırasındaki fizyolojik parametreleri etkileyebilmektedir (Alaca ve ark. 2011; Pınar ve ark. 2009; Terzi ve Kaya 2011a; Üstündağ 2009). Araştırmada planlı hasta kabulü protokolü uygulamasının etkilerini değerlendirirken bu tür karıştırıcıları dikkate almak ve dolayısı ile deney ve kontrol grubunun bu değişkenler yönünden benzer olmasını sağlamak gerekir. Elde edilen veriler bu ölçütü karşılamaktadır.

Deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin hastalık ve YBÜ deneyimi ile ilgili özelliklerine bakıldığında; bireylerin %91'inin büyük cerrahi girişim geçirdiği, tamamının (%100) yakın izlem/monitörizasyon nedeni ile YBÜ'ye kabul edildiği, %84,0'ünün yoğun bakım deneyiminin olmadığı ve %58,0'inin YBÜ'den genel cerrahi ve göğüs cerrahisine transfer edildiği belirlendi (Tablo 4-1-2). Gruplar arasında bu değişkenler yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı ( $p>0,05$ ) ve grupların eşlenik olduğu görülmektedir.

Geçirilen ameliyat türü, ameliyat sonrası dönemde YBÜ'de izlem gerekçesi, bireyin yoğun bakım deneyimi ve YBÜ sonrası transfer edildiği ünite değişkenleri konfor düzeyini ve fizyolojik parametreleri etkileyebilmektedir (Özkan ve Şahinoğlu 2009; Sadati ve ark. 2013; Terzi ve Kaya 2011a; Türedi 2011). Bu araştırma planlı kabul protokolü uygulamasının bireyin konforuna ve fizyolojik parametrelerine etkisini

analiz etmek amacı ile gerçekleştirildi. Konfor ve fizyolojik parametreler ile ilgili elde edilen sonuçların gerçekten uygulanan hasta kabul protokolünün etkisine mi bağlı olduğu yoksa ameliyat türü gibi Tablo 4-1-2’de incelenen değişkenlerin etkisine mi bağlı olduğu sorusunu ortadan kaldırmak için deney ve kontrol grubunun bu karıştırıcılar yönünden benzer olması gerekmektedir. Sonuç olarak her iki grubun Tablo 4-1-2’de sıralanan değişkenler yönünden istatistiksel olarak farklı olmaması bu ölçütü karşılamaktadır.

Deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin servisteki fizyolojik parametreleri ve ağrı puanları karşılaştırıldığında; deney grubundaki bireylerin, SKB ortalamasının  $120,20 \pm 13,74$  mmHg; DKB ortalamasının  $78,26 \pm 11,53$  mmHg; KTA ortalamasının  $82,20 \pm 10,11$ /dk; solunum sayısı ortalamasının  $20,36 \pm 2,51$ /dk; VS ortalamasının  $36,66 \pm 0,44$ °C ve ağrı puanı ortalamasının  $1,38 \pm 2,59$  olduğu belirlendi. Kontrol grubundaki bireylerin, SKB ortalamasının  $117,22 \pm 18,42$  mmHg; DKB ortalamasının  $75,36 \pm 12,02$  mmHg; KTA ortalamasının  $82,82 \pm 8,09$ /dk; solunum sayısı ortalamasının  $20,88 \pm 2,80$ /dk; VS ortalamasının  $36,55 \pm 0,43$ °C ve ağrı puanı ortalamasının  $1,06 \pm 2,06$  olduğu belirlendi. Gruplar arasında servisteki fizyolojik parametreler ve ağrı değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü ( $p > 0,05$ ) (Tablo 4-1-3).

Vücut sıcaklığı, nabız hızı ve özellikleri, solunum sayısı ve özellikleri ile kan basıncı; hasta bireyin fizyolojik durumu dolayısı ile sağlık ve hastalık durumu hakkında önemli bilgiler veren yaşam bulgularıdır. Yaşam bulgularının ölçülmesi ve kayıt edilmesi hasta bakımı yönetiminin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Yaşam bulguları hastalığa ve başka birçok faktöre bağlı olarak değişiklik gösterebilir. Tanı konulduktan ve tedavi başladıktan sonra hasta bireyin düzenli olarak izlenmesi gerekmektedir. Yaşam bulgularının doğru ölçümü ve kayıt, bakım ve tedaviye yanıtı değerlendirmek açısından oldukça önemlidir (Castledine 2006; Yıldırım Sarı ve ark. 2013). Bu yaşam bulgularının konfor ile ilişkisi araştırmada başlı başına incelenen bir fizyolojik parametredir. Dolayısı ile planlı kabul protokolü uygulamasının sonuçlarını değerlendirmede yaşam bulgularından yararlanıldı.

Öte yandan fizyolojik parametrelerden birindeki değişiklik diğer parametreleri de etkilemektedir (Pour ve Yavuz 2010; Pour 2012). Termonötral bir çevrede vücut sıcaklığındaki her 1°C'lik artış, metabolizma hızında %10 artışa neden olmaktadır

(Willke ve ark. 2002). Vücut sıcaklığı yükselirken hasta bireyde üşüme, titreme, piloereksiyon ve vazokonstriksiyona bağlı olarak deride soğukluk, solukluk, nabız, solunum sayısı ve derinliğinde artış görülmekle birlikte; vazodilatasyona bağlı olarak deride kızarıklık geliştiği ve bireyde susama hissi, huzursuzluk, iştahsızlık, halsizlik, kas ağrısı gibi fizyolojik yanıtların meydana geldiği belirtilmektedir (Ranier ve ark. 2008). Normalde vücut sıcaklığındaki her 0.5°C'lik artışın, dakikadaki nabız sayısını yaklaşık 10'a kadar arttırdığı bilinmektedir. Ayrıca vücut sıcaklığındaki düşmeye bağlı olarak ortalama kan basıncının azalmaktadır (Panagiotis ve ark. 2007; Pour ve Yavuz 2010; Willke ve ark. 2002). Panagiotis ve ark.'nın (2007) YBÜ'de ateşin homeodinamik parametreler üzerinde etkisini araştırmaya yönelik yaptıkları çalışmada, vücut iç sıcaklığındaki artışın, nabız sayısında artmaya ve sistolik kan basıncı ve oksijen saturasyon değerinde azalmaya yol açtığı ifade edilmektedir.

Son yıllarda ağrı puanı, bir yaşam bulgusu olarak değerlendirilmekte ve sürekli izlenmesi gereken bir parametre olduğu belirtilmektedir (Yıldırım Sarı ve ark. 2013). Evrensel bir deneyim olarak görülen ve yüzyıllardır insanoğlunun açıklamaya çalıştığı ağrı, var olan veya olası doku hasarına eşlik eden veya bu hasar ile tanımlanabilen, hoş gitmeyen duyuşsal ve emosyonel bir deneyim olarak tanımlanmaktadır. Bu tanıma göre ağrı, bir duyum ve hoş gitmeyen yapıda olduğundan her zaman bireye özeldir. Birçok insanın doku hasarı ve fizyopatolojik değişiklik olmadan da ağrı deneyimleyebileceği belirtilmektedir (Uyar ve Akın Korhan 2011). Ağrı, North American Nursing Diagnosis Association-Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanısı Birliği (NANDA) hemşirelik tanıları arasında konforda/rahatta değişim tanısının bir alt hemşirelik tanısı olarak ele alınmaktadır (Aydın ve Akansel 2013; Kaya 2013). Dolayısı ile ağrı, konfor düzeyinin önemli bir göstergesidir (Aygin ve Var 2012; Erdemir ve Çırlak 2013). Böylece planlı hasta kabulü protokolü uygulanmadan önce deney ve kontrol grubunun ağrı puanları yönünden benzer olması gerekmektedir. Araştırma sonucuna göre, deney ve kontrol grubundaki bireylerin servisteki fizyolojik parametreleri ve ağrı puan ortalamaları açısından eşlenik olması bu ölçütü karşılamaktadır.

Deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin servisteki BGYAI toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; deney grubundaki bireylerin BGYAI'dan aldıkları toplam puan ortalamasının  $97,30 \pm 7,16$ , kontrol grubundaki bireylerin BGYAI'dan aldıkları toplam puan ortalamasının  $96,80 \pm 5,42$  olduğu ve gruplar arasında BGYAI

değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-1-4). Barthel İndeksinin toplam puanı 0-100 arasında değişmektedir. BGYAI'nın kullanıldığı çalışmalarda, 60 puan sınır olarak kabul edilmekle birlikte, 60 puanın üzerinde alınan puanlar bağımsız olarak işlev yapabilmeyi açıklamaktadır (Koç ve ark. 2012). Günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık, fizyolojik parametreleri ve konforu etkileyen önemli bir değişkendir (Abelha ve ark. 2007; Akıncı ve Pınar 2011). Araştırmada deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin BGYAI'dan aldıkları toplam puan ortalamasının 90'nın üzerinde olması, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini bağımsız bir şekilde gerçekleştirebildiklerini göstermektedir. Bu durumda, her iki gruptaki bireylerin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede benzer olduğu görülmektedir.

Deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin servisteki GKÖ'nün alt boyut puan ortalamalarının dağılımı karşılaştırıldığında; deney grubundaki bireylerin, potansiyel puan dağılımı 12-48 olan fiziksel alt boyutu puan ortalamasının  $35,58\pm 5,70$ ; potansiyel puan dağılımı 13-52 olan Psikospiritüel alt boyutu puan ortalamasının  $44,38\pm 3,85$ ; potansiyel puan dağılımı 13-52 olan Çevresel alt boyutu puan ortalamasının  $43,38\pm 5,59$ ; potansiyel puan dağılımı 10-40 olan Sosyokültürel alt boyutu puan ortalamasının  $29,76\pm 2,91$  olduğu belirlendi. Kontrol grubundaki bireylerin, Fiziksel alt boyutu puan ortalamasının  $34,46\pm 4,58$ ; Psikospiritüel alt boyutu puan ortalamasının  $43,02\pm 3,66$ ; Çevresel alt boyutu puan ortalamasının  $43,08\pm 4,45$ ; Sosyokültürel alt boyutu puan ortalamasının  $30,18\pm 2,62$  olduğu saptandı. Genel Konfor Ölçeğinin alt düzey puan ortalamalarının dağılımı karşılaştırıldığında; deney grubunu oluşturan bireylerin, potansiyel puan dağılımı 16-64 olan Ferahlama düzeyi puan ortalamasının  $49,06\pm 4,23$ ; potansiyel puan dağılımı 17-68 olan Rahatlama düzeyi puan ortalamasının  $54,72\pm 5,79$ ; potansiyel puan dağılımı 15-60 olan Üstünlük düzeyi puan ortalamasının  $49,32\pm 4,95$  olduğu saptandı. Kontrol grubunu oluşturan bireylerin, Ferahlama düzeyi puan ortalamasının  $47,60\pm 5,03$ ; Rahatlama düzeyi puan ortalamasının  $53,88\pm 4,41$ ; Üstünlük düzeyi puan ortalamasının  $48,26\pm 4,49$ ; öte yandan GKÖ toplam puan ortalamasının deney grubunda  $153,10\pm 12,59$ , kontrol grubunda  $149,74\pm 10,77$  olduğu belirlenmekle birlikte gruplar arasında GKÖ'nün alt boyut ve düzeyleri ile GKÖ toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlılık taşıyan bir farkın olmadığı görüldü ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-1-5).



Araştırmadan elde edilen GKÖ puanları incelendiğinde; deney ve kontrol grubundaki bireylerin konfor boyutlarının ve düzeylerinin ortanın biraz üzerinde olduğu, her iki grubun GKÖ açısından eşlenik olduğu belirlendi. Deneysel araştırmalarda test etmek istenen uygulama öncesinde deney ve kontrol grubunun ölçüm araçları yönünden benzer olması gerekmektedir ve elde edilen sonuç bu duruma işaret etmektedir. Öte yandan Karabacak'ın (2004) GKÖ'den geliştirilen Radyoterapi Konfor Ölçeği (RTKÖ)'ni kullanarak yaptığı çalışmada, test etmek istediği uygulama öncesi, kontrol grubunun konfor puan ortalaması  $4,26 \pm 0,63$  (potansiyel puan dağılımı 1-6) iken, deney grubunun konfor puanını  $4,62 \pm 0,91$  olarak belirtmektedir. Karabacak'ın konfor düzeyine ilişkin bulgularının orta düzeyin üzerinde olması bu araştırma verilerine paralel niteliktedir.

## **5.2. DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ HASTA BİREYLERİN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNE KABULDEKİ, 24. SAATTEKİ VE TABURCULUKTAKİ ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI**

Bu bölümde deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin YBÜ'ye kabuldeki, 24. saatteki ve taburculuktaki özelliklerine ilişkin bulgular tartışıldı. Bu bölümden sonraki veriler planlı kabul protokolü uygulaması sonrasında içermektedir. Dolayısı ile araştırma hipotezine göre beklenen deney grubunun fizyolojik parametrelerinin kontrol grubuna göre daha fazla oranda normal sınırlarda olması ve konfor düzeyinin daha yüksek olmasıdır.

Deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin YBÜ'ye kabuldeki fizyolojik parametrelerinin, ağrı ve Riker Sedasyon-Ajitasyon Skalası (SAS) puanlarının dağılımı karşılaştırıldığında; deney grubundaki bireylerin, SKB ortalamasının  $156,42 \pm 26,22$ ; DKB ortalamasının  $82,60 \pm 15,01$  mmHg; KTA ortalamasının  $66,55 \pm 33,27$ /dk olduğu saptanırken; kontrol grubundaki bireylerin, SKB ortalamasının  $148,02 \pm 29,27$  mmHg; DKB ortalamasının  $80,56 \pm 17,79$  mmHg; KTA ortalamasının  $61,90 \pm 34,37$ /dk; olduğu belirlendi. Ayrıca gruplar arasında SKB, DKB, KTA değişkenleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ( $p > 0,05$ ) (Tablo 4-2-1).

Özberksoy ve ark.'nın (2009) meme kanseri olan hastalarda ameliyat öncesi eğitimin ameliyat sonrası ağrı ve kaygı düzeylerine etkisini incelemek amacıyla yarı deneysel olarak yaptıkları çalışmada; ameliyattan sonra ilk yarım saat içinde ölçülen

SKB ölçüm değerleri açısından gruplar arasında istatistiksel anlamlılıkta bir fark bulunmamasıyla birlikte ( $F=1,452$ ,  $p=0,163$ ), DKB ölçüm değerleri açısından her iki grup arasında istatistiksel anlamlılıkta bir farkın ( $F=1,452$ ,  $p=0,163$ ) deney grubunun lehine bulunduğu belirtilmektedir. Aynı çalışmada, ameliyattan sonraki ilk yarım saatteki KTA ölçüm değeri açısından gruplar arasında anlamlı bir farkın olmadığı ( $F=1,123$ ,  $p=0,727$ ) vurgulanmaktadır. Balcı ve Enç'in (2013) koroner anjiyografi uygulanacak hastalara verilen görsel-işitsel eğitimin fizyolojik (kalp hızı, kan basıncı, solunum sayısı) ve psikososyal (stres, anksiyete, depresyon) parametreler üzerine etkisini inceledikleri çalışmada; görsel-işitsel eğitim verilen deney grubunda yaşam bulgularının (kalp hızı, SKB, DKB ve solunum sayısı), anksiyete, depresyon ve stres puanlarının işlem sonrasında düştüğü ( $p<0,05$ ) belirtilmektedir. Aslan ve ark.'nın (2007) kemoterapi alan kanserli hastaların yaşadığı semptomların kontrolünde, hastalara verilen eğitimin etkisini belirledikleri çalışmada; semptomlara yönelik eğitim verilen deney grubunda bulantı, kusma, ağrı, halsizlik vb. semptomların sıklığı ve şiddetinde kontrol grubuna göre azalma görüldüğü ifade edilmektedir. Kurçer ve Özbay'ın (2011) koroner arter hastalarına yaşam tarzı değişikliği konusunda yaptıkları eğitim ve danışmanlığın hastaların aldıkları medikal, invaziv veya cerrahi tedavi tiplerine göre yaşam kalitesine etkisini araştırdıkları çalışmada; eğitim sonrası hasta bireylerin diyastolik kan basıncı ortalamasının eğitim ve danışmanlık öncesine göre anlamlı düzeyde düşerken ( $p=0,036$ ), sistolik kan basıncı ortalamasında anlamlı bir değişiklik olmadığı, deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlendiği ( $p<0,05$ ), deney ve kontrol grubu hastalarda son üç izlemde sistolik ve diastolik kan basınçlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandığı ( $p<0,05$ ) görülmektedir.

Literatürdeki araştırma sonuçlarına göre; hasta bireylere verilen eğitimin deney gruplarında bazı fizyolojik parametreleri etkilerken bazılarını da etkilemediği ve fiziksel semptomların sıklığını ve şiddetini azalttığı bilinmektedir. Hasta bireylere verilen eğitimin kan basıncı, kalp hızı, solunum hızı gibi fizyolojik parametrelere etkisinin görülmesi uzun sürebilir. Ayrıca, hasta bireylerin bireysel ve hastalık durumu ile ilgili özellikleri, içinde buldukları ortam, eğitimin uygulanma zamanı vb. faktörler verilen eğitimin fizyolojik parametreler üzerine etkisini olumsuz yönde etkileyebilir. Bu çalışmada planlı hasta kabulü protokolü uygulamasının hastanın fizyolojik parametrelerinden SKB, DKB, KTA üzerinde olumlu etkisi beklenirken, herhangi bir etki oluşturmadığı saptandı.

Deney grubundaki hasta bireylerin SpO<sub>2</sub> ortalamasının %80,82±38,27, kontrol grubunda %78,74±39,33 olduğu ve gruplar arasında SpO<sub>2</sub> değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi (p>0,05) (Tablo 4-2-1).

Periferik oksijen saturasyonunun, özellikle ameliyat sonrası dönemdeki hasta bireylerde oksijenasyon hakkında önemli veriler sağlamasından dolayı yaşam bulgusu olarak değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir (Yıldırım Sarı ve ark. 2013). Oksijen saturasyon değerinin %95'in üzerinde olması normal kabul edilirken, %93'ten az olan değerler oksijen tedavisinin gerekli olduğuna işaret etmektedir ve bu durum hasta bireyin daha yakından izlenmesini gerektirmektedir (Akansel ve Yıldız 2010). Her iki grupta SpO<sub>2</sub>'nin düşük olması ayrıca incelenmesi gereken bir konudur. Elde edilen verilerde bu araştırmayı ilgilendiren boyutu deney ve kontrol grubu SpO<sub>2</sub> değerlerinin istatistiksel olarak anlamlılıkla farklı olmamasıdır. Bu sonuç planlı hasta kabulü protokolü uygulamasının fizyolojik parametrelerden SpO<sub>2</sub> değerini etkilemediğine işaret etmektedir.

Deney grubundaki bireylerin VS ortalamasının 35,12±0,78°C, kontrol grubundaki bireylerin VS ortalamasının 34,87±0,69°C olduğu ve gruplar arasında VS ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05) (Tablo 4-2-1). Vücut sıcaklığının ölçümü özellikle YBÜ'de kritik hasta bireylerin izleminde ve kardiyak arrest ile ölüme yol açabilecek hipotermi durumlarının belirlenmesinde çok önemlidir (Yıldırım Sarı ve ark. 2013). Hipotermi YBÜ'de ameliyat sonrası erken dönemde sıklıkla görülen bir sorundur. Vücut iç sıcaklığının 36°C'nin altında olması hipotermi olarak tanımlanırken, 33°C-34°C arasındaki vücut sıcaklığına hafif hipotermi, 28°C ve altındaki vücut sıcaklığına ise ciddi hipotermi adı verilmektedir. Hafif hipotermi genellikle cerrahi girişim sırasında ameliyathanede gelişmektedir (Young ve Watson 2006). Ameliyathanede gelişen hipotermi nedenleri arasında; anestezi nedeniyle hareketsizlik, cerrahi girişim bölgesinin uzun süre açık kalması, kan/kan ürünleri ve IV sıvıların soğuk verilmesi, ameliyatın uzaması, karın ve toraks ameliyatlarında iç organların uzun süre açıkta kalması, ameliyathane ortamının sürekli soğuk olması sayılmaktadır (Bota ve ark. 2004). Bota ve ark.'nın (2004) çalışmasında; YBÜ'ye kabul edilen hasta bireylerin %71,1'inde (n=32) hipotermi görüldüğü belirtilmektedir. Elektif cerrahi girişim sonrası YBÜ'ye kabul edilen hasta bireylerde hipotermi görülmesi kaçınılmaz bir sonuçtur. Ancak YBÜ'ye kabul sırasında hipotermiyi ortadan kaldırmaya

yönelik hemşirelik girişimleri araştırmanın yürütüldüğü ünite de rutin olarak uygulanmaktadır. Deney grubunun VS'nin kontrol grubundan istatistiksel anlamlılıkla yüksek olmaması bu durum ile ilişkilendirilebilir.

Deney grubundaki bireylerin ağrı puan ortalamasının  $4,93 \pm 1,76$  iken, kontrol grubunda ağrı puan ortalamasının  $4,90 \pm 1,67$  olduğu ve her iki grup arasında ağrı değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü ( $p > 0,05$ ) (Tablo 4-2-1).

Özberksoy ve ark.'nın (2009) meme kanserli hastalarda ameliyat öncesi eğitimin fizyolojik parametrelerine etkisini inceledikleri çalışmada, deney grubundaki hasta bireylerin ameliyat sonrası ağrı puan ortalamalarının ( $7,066 \pm 0,98$ ), kontrol grubundaki bireylerin puan ortalamalarına ( $8,200 \pm 0,61$ ) oranla daha düşük ağrı puanı ile belirttikleri ve gruplar arasında ağrı puanları ortalama değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ( $p < 0,05$ ) ifade edilmektedir.

Öte yandan ağrı, YBÜ'de yaygın olarak yaşanan bir sorun, hoş olmayan ve kötü bir deneyim; istenmeyen ve uyum sağlanamayan bir duyumdur (Demir 2012; Esen ve ark. 2010). Yoğun bakım ünitesindeki hasta bireyler, girişimsel işlemler (dren, endotrakeal tüp, kateter takılması ve çıkartılması vb.), travma, uzun süre hareketsiz kalma, rutin hemşirelik bakımı işlemleri (pozisyon değiştirme, aspirasyon, pansuman değiştirme, kateter bakımı, solunum ve öksürme egzersizleri, yara bakımı vb.) ve mevcut hastalık gibi birçok ağrı oluşturan nedenlerle karşı karşıya kalmaktadır. Dolayısı ile YBÜ'de sıklıkla görülen ağrı, hasta bireylerin pek çoğu tarafından hafiften şiddetliye doğru yaşanmaktadır (Arbour ve Gélinas 2010; Demir 2012).

Esen ve ark.'nın (2010) yaptığı çalışmada, sedatize ve entübe hastaların üçte birinde ağrı davranışı gözlemlendiği ve aspirasyonun daha fazla ağrıya neden olduğu; toplam 69 ağrı davranışının %2'sinin ( $n=24$ ) mobilizasyon sırasında %39'unun ( $n=45$ ) ise aspirasyon sırasında gözlemlendiği belirtilmektedir.

Araştırmada; YBÜ'ye kabul sırasında bireylerin ağrı puanları "Davranışsal Ağrı Ölçeği" kullanılarak ölçüldü. Ölçüm sonucuna göre elde edilen puanlar değerlendirildiğinde, her iki gruptaki bireylerin orta derecede ağrı deneyimledikleri görülmektedir. Öte yandan elde edilen sonuç planlı hasta kabulü protokolü uygulamasının bireylerin YBÜ'ye kabulü sırasındaki ağrı düzeyini etkilemediğini göstermektedir.

Deney grubunu oluşturan hasta bireylerde SAS puanı ortalamasının  $3,18 \pm 1,64$ , kontrol grubunda  $3,33 \pm 1,55$  olduğu belirlenerek gruplar arasında SAS puanı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ( $p > 0,05$ ) (Tablo 4-2-1). Bu bulguya göre; SAS doğrultusunda, hem sedasyon hem de ajitasyon durumları değerlendirilen deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin ameliyat sonrası YBÜ'ye kabul edildikleri sırada sedatize oldukları söylenebilir. Araştırmanın yapıldığı hastanede ameliyat sonrası YBÜ'ye transfer sırasında hasta bireylerin YBÜ'ye kabule kadar uyanmamaları için ek sedasyonların yapılması anestezi hekimleri tarafından sıklıkla yapılan bir uygulamadır. Bu nedenle hasta bireylerin YBÜ'ye kabulü sırasında sedatize olmaları olağan bir durumdur.

Yoğun bakım ünitesinde sıklıkla uygulanan MV tedavisi başlı başına bir anksiyete nedenidir. Bunun dışında ağrı ve ajitasyon gibi olumsuz faktörler hasta bireylerde, miyokard oksijen tüketiminde artış, hiperkoagülabilité, immünosupresyon, ventilatör ile uyumsuzluk ve endotrakeal tüp, kataterler veya monitorizasyon bağlantılarının çekilmesi ile sonuçlanan bir stres yanıtının oluşmasına neden olmaktadır. Anksiyete ve bununla ilişkili olan ajitasyon ve deliryum gibi bozukluklar YBÜ'deki hasta bireylerde çok büyük oranda görülmektedir. Anksiyeteyi azaltmak, depresyonu önlemek, uykuyu düzenlemek, uygulanan küçük girişimlerin yarattığı stresi azaltmak, amnezi oluşturarak olumsuz deneyimlerin hatırlanmasına engel olmak ve MV tedavisini kolaylaştırmak amacıyla YBÜ'de sedasyon uygulaması gerekmektedir (Ünlü Bayram 2008). Sedasyon, araştırmanın yürütüldüğü YBÜ'de örneklem ve benzer gruba rutin olarak uygulanmaktadır. Deney ve kontrol grubunun bu değişken yönünden benzer olması rutin sedasyon uygulamasına bağlıdır.

Yukarıda açıklandığı üzere deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin, YBÜ'ye kabulü sırasında SKB, DKB, KTA, SpO<sub>2</sub>, VS, ağrı puanı ve SAS değişkenleri açısından istatistiksel anlamlılıkla bir farkın olmadığı görülmektedir. Dolayısı ile YBÜ'de planlı kabul protokolü uygulamasının bireylerin fizyolojik parametrelerini etkilemediği söylenebilir.

Araştırma kapsamına alınan bireylerin YBÜ'de kalışları süresince fizyolojik parametrelerini ve konfor düzeylerini etkileyebilecek değişkenler belirlendi (Arıoğlu 2012; Aygün 2008; Bacakoğlu 2002; Çelik 2013; Düger ve ark. 2013; Gündoğan ve ark. 2011; Kadanalı 2006; Taşdemir ve ark. 2009; Uçgun 2008; Ülger 2006) ve deney ile

kontrol grubunun bu değişkenler yönünden benzer olup olmadığı araştırıldı (Tablo 4-2-2). Bu analizde beklenen, deney ve kontrol grubunun istatistiksel anlamlılıkla farklı olmaması idi.

Buna göre, deney ve kontrol grubundaki hasta bireyler, YBÜ'ye kabulde var olan girişimsel işlemlerin dağılımı yönünden karşılaştırıldığında; hem deney hem de kontrol grubunu oluşturan hasta bireylerin %96,0'sına (n=48) endotrakeal tüp takıldığı ancak her iki grup arasında endotrakeal tüp varlığı açısından istatistiksel anlamlılıkta bir farkın olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-2-2). Öte yandan hem deney ve hem de kontrol grubunu oluşturan hasta bireylerin %98,0'inde (n=49) endotrakeal tüpün 24 saat ve daha kısa süre ile kaldığı belirlendi (Tablo 4-2-4). Hem deney hem de kontrol grubunu oluşturan bireylerin %98,0'ine (n=49) trakeal aspirasyon yapıldığı görüldü.

Yoğun bakım ünitelerinde SKB, DKB ve KTA değerleri monitörler yardımı ile anlık ölçülerek sürekli izlenmektedir. Özellikle YBÜ'ye ameliyat sonrası kabulde bu değişkenlerin hemen monitörize edilerek ölçülmesi anormal değerlere derhal müdahale edilmesi açısından oldukça önemlidir. Ameliyat sonrası hasta bireyler genellikle entübasyon tüpü, idrar sondası, nasogastrik sonda, santral venöz kateter dren vb. araç-gereçlerle YBÜ'ye kabul edilmektedir. Bu araç-gereçlerin varlığı ve cerrahi girişim hasta bireyin ağrı deneyimlemesine neden olmaktadır. Ağrı durumunda ise SKB, DKB, KTA gibi fizyolojik parametreler olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Salamon ve ark.'nın (2003) yaptıkları çalışmada, YBÜ'de yatan hasta bireylerin anksiyete yaşadığı, nabız hızı ve kan basıncı değerlerinin de anksiyeteye bağlı olarak yükseldiğı ve aralarında doğru orantılı bir ilişki olduğu belirtilmektedir. Arbour ve Gélinas 'in (2010) yaptığı çalışmada, YBÜ'de hasta bireylerin aspirasyon, pozisyon, MV tedavisi, entübasyon, solunum fizyoterapisi, göz bakımı vb. bakım ve tedavi girişimleri sırasında ağrı duydukları; ağrı ile ortalama kan basıncı, nabız gibi yaşam bulguları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmektedir. Terzi ve Kaya'nın (2011a) çalışmasında, hasta bireylerin %99,0'una (n=99) endotrakeal tüp takıldığı; Özkan ve Şahinoğlu'unun (2009) yaptığı çalışmada, hasta bireylerin %42,8'inin entübe şekilde YBÜ'de bakım ve tedavi altına alındıkları belirtilmektedir. Yoğun bakım ünitesindeki hasta bireylerde havayolunun kontrolü ve MV için sıklıkla endotrakeal entübasyona gereksinim duyulmaktadır ve entübasyon tüp uygulaması YBÜ'de yaşam kurtarıcı girişimsel işlemlerden biridir (Çınar ve ark. 2011). Ancak endotrakeal tüpün uzun süreli

kalması, bazı komplikasyonlara yol açarak hasta bireyin konfor düzeyini olumsuz şekilde etkileyebilmektedir. Endotrakeal entübasyon, YBÜ’de bilinci açık hasta bireylerde başlı başına rahatsız edici bir işlemdir (Çınar 2011). Entübasyonu deneyimleyen YBÜ’deki hasta bireyler, entübasyon tüpüne bağlı olarak rahatsızlıklarını (boğaz ağrısı, yutma güçlüğü, ses kısıklığı/seste çatallaşma vb.) ifade etmektedir (Taşdemir ve ark. 2009). Entübasyon tüpünün kalış süresi, yapılan cerrahi girişimin türü, entübasyon nedeni ve hasta bireyin durumuna bağlı olarak değişebilmektedir. Cerrahi bir girişim sonrası YBÜ’ye planlı olarak kabul edilen hasta bireylerde entübasyon tüpü, birey genel anestezinin etkisinden çıkıp spontan solumaya başlayınca 24 saatten daha kısa sürede çıkarılmaktadır (Gündoğan ve ark. 2011; Terzi 2009). Öte yandan entübasyon tüpünün kalış süresi ile ilişkili olarak bazı komplikasyonlar gelişebilmektedir. Yoğun bakım ünitesinde beş günden uzun süre entübe kalan hasta bireylerin en az %20’sinde paranasal sinüs drenajının bozulmasına bağlı olarak nozokomiyal sinüzit geliştiği, entübasyon tüpü kafının trakeaya basısı nedeniyle trakeal stenoz geliştiği belirtilmektedir (Erbaş ve ark. 2013; Uçgun 2008). Ayrıca entübasyon süresinin uzaması ile hasta bireylerde; dişlerde hasar, kötü ağız hijyeni, yanlış tüp tespitine bağlı olarak dudak/burun kenarlarında bası yarası, infeksiyon, tehlikeli ajitasyon,vb. sorunlar gelişebilmektedir (Gündoğan ve ark. 2011).

Literatür çalışmaları ile paralellik gösteren araştırma sonuçlarına göre, entübasyon tüpünün takılması YBÜ’deki hasta bireylere en sık uygulanan girişimsel işlemlerden biridir ve örneklem grubu gibi bireylerde (ameliyat sonrası YBÜ izlemi) entübasyon tüpü 24 saatten kısa kalmaktadır. Ayrıca ameliyat sonrası dönemde YBÜ’de izlenecek olan hasta bireyin üniteye endotrakeal tüp ile gelmesi rutin yapılan girişimlerden biridir. Dolayısı ile hem deney hem de kontrol grubunun endotrakeal tüp varlığı değişkeni yönünden benzer olması doğal bir sonuçtur.

Deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin %2,0’sinde (n=1) trakeostomi tüpü takılı olduğu ve bu değişken yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığı saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-2-2). Deney grubunu oluşturan ve trakeostomi tüpü takılı olan bireylerden (n=49), %2,0’sinde (n=1) trakeostomi tüpü 24 saat ve daha kısa süre ile takılı kaldığı saptandı (Tablo 4-2-4).

Trakeostomi işlemi üst solunum yolları tıkanıklıklarının tedavisinde ve MV desteğinin uzun süreceği veya sonlandırılmayacağı hasta bireylerde sıklıkla uygulanan

bir cerrahi yöntemdir. Trakeostomi, üst hava yolu tıkanıklıklarında havayolu açıklığının sağlanması, MV desteği sırasında havayolunun korunması, entübasyona bağlı oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi, ölü boşluk hacminin azaltılması, MV'den ayırma döneminde konfor sağlanması ve pulmoner sistemdeki sekresyonların temizlenmesinde kolaylık sağlamak amacıyla uygulanmakla birlikte; trakeada stenoz, infeksiyon, fistül, kanama, soluma sorunları gibi komplikasyonlara da neden olabilmektedir (Düger ve ark. 2013). Öte yandan trakeostominin varlığı hasta bireylerin beden imajlarını olumsuz şekilde etkileyerek bireylerin kendi vücutlarını kötü hissetmelerine yol açabilir. Dolayısı ile trakeostomi girişimi konfor düzeyini olumsuz yönde etkileyebilir. Deney ve kontrol grubunun bu yönden benzer olması, planlı hasta kabulü protokolü uygulamasının etkinliğini değerlendirmeyi engellemeyen bir faktör olduğunu düşündürdü.

Mekanik ventilasyona bağlanma durumu açısından deney ve kontrol grubunu oluşturan hasta bireyler karşılaştırıldığında; her iki grupta da bireylerin %98,0'inin (n=49) MV'ye bağlandığı, gruplar arasında MV'ye bağlanma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-2-2). Deney grubunu oluşturan hasta bireylerin %98,0'inin (n=49), kontrol grubunu oluşturan hasta bireylerin ise %96,0'sının (n=48) MV'ye girişimsel yol ile bağlandığı ve gruplar arasında MV'ye bağlanma şekli açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-2-4). Mekanik ventilasyonda kalma süresi açısından deney ve kontrol grupları incelendiğinde; deney grubunu oluşturan hasta bireylerin %98,0'inin (n=49), kontrol grubunu oluşturan hasta bireylerin ise %96,0'sının (n=48) 24 saat ve daha kısa süre ile MV'ye bağlı kaldıkları ve her iki grupta da yer alan hasta bireylerin %88,0'ine (n=44) weaning yapılmadığı belirlendi. Weaning yapılma süresi açısından deney ve kontrol grubunu oluşturan hasta bireyler incelendiğinde; weaning yapılan (n=6) deney grubundaki bireylerin %83,3'üne (n=5), weaning yapılan (n=6) kontrol grubundaki bireylerin ise %100,0'üne (n=6) 24 saat ve daha kısa süre ile weaning yapıldığı saptandı (Tablo 4-2-4).

Terzi ve Kaya'nın (2011a) çalışmasında, bireylerin YBÜ'de kaldıkları sürece %83,3'ünün (n=100) MV'a bağlandığı; Tanrıöver ve ark.'nın (2010) yaptığı çalışmada ise, ameliyat sonrası YBÜ'ye kabul edilen hasta bireylerden (n=30) %76,7'sinin (n=23) MV'ye gereksinimi olduğu belirtilmektedir. Araştırma sonuçlarına göre hasta bireylerin



büyük bir çoğunluğunun öncelikle solunum sorunlarının tedavisi için YBÜ'ye kabul edildikleri, MV'nin YBÜ'de sıklıkla uygulanan tedavi yöntemlerinden biri olduğu ve yoğun bakımın temelini oluşturduğu görülmektedir. Mekanik ventilasyon tedavisi uygulanan hasta bireylerde ağız mukoza sağlığının bozulma riski de oldukça yüksektir. Çünkü bu bireylerde endotrakeal tüp nedeniyle ağzın sürekli olarak açık kalması, tedavi için kullanılan ilaçlar, ağız yoluyla sıvı ve besin alınamaması, endotrakeal tüpün varlığı ve tespit için kullanılan araç gereçler, ağız ve çevresindeki doku bütünlüğünün bozulmasına ve periodontal hastalıklar, ağız kokusu, ağız kuruluğu, dudak çatlakları, stomatitis gibi çeşitli ağız sorunlarının gelişmesine yol açmaktadır. Ayrıca bu bireylerde endotrakeal tüp nedeniyle, solunum yollarına bakterilerin girişi kolaylaşmakta, öksürme refleksinin ve mukosiliar aktivitenin bozulması sekresyon artışına neden olmaktadır. Bu durumda ise sayıları artan gram (-) bakteriler ağız florasında değişikliklere ve dişlerde plak oluşumuna neden olmaktadır. Mekanik ventilatöre bağlı hasta bireylerde ağız florasındaki değişiklik ventilatörle ilişkili pnömoni (VIP) gelişme riskini de arttırmaktadır (Özveren 2010; Uçgun 2008).

Mekanik ventilasyon süresi hasta bireyin durumuna göre değişiklik göstermektedir. Mekanik ventilasyon tedavisinin gereksiz yere uzatılması erken ve bilinçsizce sonlandırılması kadar risklidir. Mekanik ventilasyon gerektiren durum düzeltildikten sonra mümkün olan en kısa sürede hasta bireyin MV'den ayrılması gerekmektedir. Cerrahi girişim sonrası YBÜ'ye kabul edilen hasta bireyler 24 saat ve daha kısa sürede MV'den ayrılmaktadır (Koyuncu ve ark. 2011; Terzi ve Kaya 2011a). Yapılan başka bir çalışmada ise; YBÜ'de hasta bireylerin 48 saatten daha kısa sürede MV'den ayrıldıkları belirtilmektedir (Ma ve ark. 2010). Mekanik ventilasyon gereksinimi gösteren hasta bireyler 24 saatten daha fazla süre ile MV'ye bağlı kalıyorsa bu bireyler ventilatör bağımlı olarak tanımlanmaktadır. Yoğun bakım ünitesinde MV hayat kurtarıcı bir tedavi şekli olmasına rağmen yaşamı tehdit eden birçok komplikasyonlara neden olabilir, bu yüzden mümkün olan en kısa zamanda hasta bireylerin MV'den ayrılması (weaning) gerekmektedir (Uzun 2010). Weaning, hasta bireyin MV'dan ve endotrakeal tüpten ayrılmasına ilişkin tüm süreci kapsamaktadır. Ayırma süreci, MV uygulaması ile birlikte başlayan MV'nin önemli aşamalarından biridir. Ayırma, solunum desteği gerekliliğinin ortadan kalkması ile birlikte aşamalı olarak MV desteğinin sonlandırılması, diğer bir deyişle, solunum işinin MV'den hasta bireye aktarılması şeklinde tanımlanmaktadır. Weaning için uygun zamanlama ve

yöntem seçilmediğinde ayırma süreci uzamakta; infeksiyon, barotravma ve homeodinamik bozukluklar gibi bazı sorunlara yol açabilmektedir. Bu durum hasta bireyin YBÜ’de kalış süresini uzatabilmektedir (Koyuncu ve ark. 2011; Uzun 2010).

Öte yandan planlı bir cerrahi girişim sonrası anestezinin etkisi altında ve entübe olan hasta bireyler için kısa bir süre için de olsa MV tedavisi mutlaka gerekmele birlikte MV cihazının alarmları YBÜ’deki hasta bireyleri korkutabilir, uyumalarına engel olabilir; ayrıca MV bağlantı tüpleri bireylerin yatak içindeki hareket yeteneklerini kısıtlayarak bireyleri bağımlı hale getirebilir ve dolayısı ile konfor düzeylerini olumsuz yönde etkileyebilir. Sonuç olarak MV tedavisi ve weaning, bu araştırmada deney ve kontrol grubunda farklı olmaması gereken bir durumdur. Elde edilen MV ve weaning sıklık verisi ile bu değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel anlamlılığın olmaması bu duruma işaret etmektedir.

Deney grubunu oluşturan hasta bireylerin %62,0’sinde (n=31), kontrol grubunu oluşturan hasta bireylerin %60,0’ında (n=30) santral venöz kateter takılı olduğu ve her iki grup arasındaki bu farkın istatistiksel olarak bir anlamlılık ifade etmediği belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-2-2). Uysal ve ark.’nın (2010) çalışmasında, YBÜ’deki bireylerin %52’sine (n=541) santral venöz kateter takıldığı ve YBÜ’de uygulanan girişimsel işlemlerde ilk sıraları aldığı belirtilmektedir. Santral venöz kateterizasyon, kalbe direkt katılan bir vane, çeşitli özelliklerde kateter yerleştirilmesi işlemidir. Günümüzde önemli bir yeri ve yaygın kullanım alanı olan santral venöz kateter YBÜ’de güvenilir bir venöz yol olarak kullanılmaktadır. Santral venöz kateter, tedavi gereksinimi olan hasta bireylerde sıvı replasmanı, uzun süreli total parenteral beslenme, kan ve kan ürünleri transfüzyonu, ilaç uygulamaları, venöz sklerozan madde verilmesi vb. amaçlarla kullanılmaktadır (Güleser ve Taşçı 2009; Kabalak ve Yastı 2011). Öte yandan; deri bütünlüğünü bozması, giriş yerinde ağrı, hareket kısıtlılığı, infeksiyon vb. sorunlara yol açması nedeni ile santral venöz kateterin, herhangi bir girişimsel işlem gibi konforu bozan bir uygulama olduğu düşünülmektedir (Ülger 2006). Dolayısı ile deney ve kontrol grubunun santral venöz kateter varlığı yönünden benzer olması gerekmektedir ve elde edilen sonuçlar bu gerekliliği karşılamaktadır.

Deney grubunu oluşturan hasta bireylerin %92,0’sinde (n=46), kontrol grubunu oluşturan hasta bireylerin ise %86,0’sında (n=43) periferik venöz kateter takılı olduğu ve gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak bir anlamlılık ifade etmediği saptandı

( $p>0,05$ )(Tablo 4-2-2).Cerrahi bir girişim sonrası YBÜ'ye planlı kabul edilen hasta bireylerde santral venöz kateter ile birlikte periferik kateter takılması yaygın olarak yapılan işlemlerden biridir. Periferik venöz kateter, girişim kolaylığı, kısa süreli (48-72 saat) kalması ve santral venöz katetere göre daha az sistemik infeksiyonlara ve komplikasyonlara neden olmasından dolayı günümüzde daha fazla tercih edilmektedir (Tünger ve Tireli 2013). Periferik kateterin takılma amaçları arasında; girişim öncesi ve sırasında ağrıyı gidermek/sedasyon sağlamak, IV infüzyon sıvılarının hızlı bir şekilde verilmesi, kan ve kan ürünlerinin transfüzyonu vb. nedenler sayılmaktadır. Periferik venöz kateter, 72-96 saatten daha uzun süre kalırsa filebit olasılığının yüksek olduğu vurgulanmaktadır (Akbaşrak ve Bağçıvan 2010; Aygün 2006). Aynı zamanda bireylerde hareket kısıtlılığı yapması, deri bütünlüğünü bozması, ağrı vb. sorunlara yol açması nedeni ile periferik venöz kateter konforu bozucu bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Deney ve kontrol grubu arasında periferik venöz kateter varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmaması literatür bilgilerini destekler niteliktedir.

Hem deney hem de kontrol grubunu oluşturan hasta bireylerin %62,0'sinde ( $n=31$ ) nasogastrik sonda takılı olduğu ve her iki grup arasında nasogastrik sonda takılı olma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-2-2). Nasogastrik tüp uygulaması, plastik bir kateterin burun deliğinden sokulup yutak ve ösefagustan geçirilerek mide içerisine yerleştirilmesi işlemidir. Nasogastrik tüp YBÜ'deki hasta bireylere tıbbi ve cerrahi uygulamaları tamamlayıcıolarak tanısal, koruyucu veya tedavi edici amaçlarla sıklıkla uygulanmaktadır. Nasogastrik tüp uygulaması enteral beslenme beraberinde ilaç uygulama, mide dekompresyonu/irrigasyonu için kullanılmaktadır. Öte yandan beden imajını bozması, burunda ağrıya yol açması, hareket kısıtlılığı ve konuşma güçlüğü yapması, yanlış yere yerleştirilmesi ile sonuçlanan trakeal aspirasyon ve öksürmeye neden olması vb. sorunları ortaya çıkarması sebebi ile YBÜ'deki hasta bireylerde konforu bozucu bir durumolarak değerlendirilmektedir (Çelik 2013). Araştırmadan elde edilen verilere göre; nasogastrik sonda varlığı açısından deney ve kontrol grubunun benzer olması beklenen sonucu karşılamaktadır.

Deney grubunu oluşturan hasta bireylerin %96,0'sında ( $n=48$ ), kontrol grubunu oluşturan hasta bireylerin ise %98,0'inde ( $n=49$ ) idrar sondasının takılı olduğu; deney ve kontrol grubunu oluşturan hasta bireyler arasında idrar sondası takılı olma durumu

açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-2-2).

İdrar sondası takılması çok sık yapılan girişimsel bir işlemdir. Hastanelerde yaklaşık olarak yılda beş milyondan fazla hasta bireye idrar sondası uygulandığı belirtilmektedir (Kadanalı 2006). Akpir ve Çakar'ın (1997), YBÜ'de invaziv girişimleri ve infeksiyon nedenlerini inceledikleri çalışmada; incelenen 842 hastanın büyük bir çoğunluğuna (%78, n=657) idrar sondası uygulandığı belirtilmektedir. Başlıca idrar sondası takma gerekçeleri; ürolojik ve çevre organlardaki cerrahi işlemler, üriner sistemdeki obstrüksiyon, idrar retansiyonu ya da inkontinans ve idrar miktarını ölçmek şeklinde sıralanmaktadır. Yapılan bir çalışmada; YBÜ'deki hastaların %75.2'sinin idrar sondası olduğu ve 48 saatten daha fazla süre ile ünitelerde yatırılan hastaların %96.3'ünde idrar sondası takıldığı belirtilmektedir (Kadanalı 2006). İdrar sondası takılan hastaların yaklaşık %20-30'unda 7. günden sonra bakteriüri ya da kandidüri oluştuğu, sonra her gün %5 oranında bu riskin arttığı ve sondanın uzun süreli kalmasından sonra tüm hastalarda bakteriüri geliştiği ifade edilmektedir (Kadanalı 2006). Öte yandan idrar sondasına bağlı olarak gelişen üretral girişte ağrı ve yanma, hareket kısıtlılığı, beden imajında bozulma, sürekli idrar yapma hissi, giyinmede bozulma vb. sorunlar hasta bireylerin konforsuzluk yaşamasına neden olabilmektedir. Bu nedenle bu araştırmada idrar sondasının varlığı irdelendi. Araştırmadan beklenen sonuç, deney ve kontrol grubunun benzer olması idi ve bu sonuca ulaşıldı.

Göğüs tüpü/drenaj tüpü/diğer tüplerin varlığı açısından deney ve kontrol grubunu oluşturan hasta bireyler incelendiğinde; deney grubundaki bireylerin %74,0'ünde (n=37), kontrol grubundaki bireylerin ise %80,0'ünde (n=40) bu tür tüplerin takılı olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-2-2).

Dren, cerrahi işlem sonrası vücut boşluklarında birikme olasılığı olan sıvının, vücut dışına taşınması amacıyla yerleştirilen araç; göğüs tüpü, plevral boşluktaki hava ya da sıvıyı (kan, lenf, pü vb.) su altı drenaj yöntemiyle yer çekimi aracılığı ile boşaltma işleminde kullanılan tüp olarak tanımlanmaktadır (Ergin ve ark. 2010). Gür ve ark.'nın (2012) açık kalp cerrahisi uygulanan toplam 448 hastayı inceledikleri çalışmada; hastalara toplam 1008 adet dren takıldığı belirtilmektedir. Cerrahi girişim sonrası YBÜ'ye kabul edilen hasta bireylerin hemen hepsine geçirdikleri girişim cinsine göre

çeşitli nedenlerle göğüs tüpü/drenaj tüpü/diğer tüpler takılabilmektedir. Bu tüpler; hasta bireylerde hareket kısıtlılığı getirmesi, tüp giriş yerinde ağrı oluşturması, kanama riski yapması, beden imajını olumsuz şekilde etkilemesi ile bireylerin konforsuzluk yaşamasına neden olabilmektedir. Tartışılan değişken açısından deney ve kontrol grubunun benzer olması araştırmadan elde edilen ve beklenen bir sonucu oluşturmaktadır.

Deney ve kontrol grubundaki hasta bireyler trakeal aspirasyon yapıma durumu açısından incelendiğinde; hem deney hem de kontrol grubunu oluşturan bireylerde %98,0'ine (n=49) trakeal aspirasyon yapıldığı ve gruplar arasında trakeal aspirasyon yapıma durumu açısından istatistiksel anlamlılıkla bir farkın olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-2-4).

Hayati önem taşıyan endotrakeal entübasyon, trakeostomi vb. girişimlerin varlığı, bu işlemler sırasında sedasyon yapılarak hasta bireylerin uyutulması, uzun süreli hareketsizlik vb. durumlar siliyar hareketin ve öksürme refleksinin bozulmasına yol açarak trakeal aspirasyon gereksinimini ortaya çıkarmaktadır. Aspirasyon, hasta bireylerin solunum sisteminde var olan sekresyonlarının negatif basınçla çalışan bir vakum cihazı ile dışarıya alınması işlemidir ve MV desteği gören YBÜ'deki hasta bireylerin bakımında sıklıkla kullanılan girişimsel uygulamalardan biridir (Özden 2007). Özden ve Görgülü'nün (2007) açık ve kapalı sistem aspirasyon yöntemlerinin hastaların homeodinamik durumu üzerine etkisini inceledikleri çalışmada; açık sistem aspirasyon uygulanan hastalarda aspirasyon öncesi, aspirasyon biter bitmez, aspirasyon sonrası 5. ve 15.dakikadaki nabız, sistolik, diastolik ve ortalama kan basıncı, PaO<sub>2</sub>, PaCO<sub>2</sub>, SpO<sub>2</sub> ve pH ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmektedir ( $p<0,05$ ). Bununla birlikte, YBÜ'de sıklıkla uygulanan trakeal aspirasyon, şiddetli ağrıya yol açarak hasta bireylerin konforunu olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle hasta bireylerin trakeal aspirasyon sırasında yaşadıkları ağrıyı ifade etmek için; bacaklarını karına doğru çektikleri, entübasyon tüpünü ısırđıkları, insizyon yerini elleri ile destekledikleri gözlemlenmektedir (Esen ve ark. 2010). Araştırmada, deney ve kontrol grubunda aynı sıklıkta trakeal aspirasyon yapılması beklenen bir sonuçtur. Elde edilen bu veri, trakeal aspirasyonun YBÜ'deki tüm hasta bireylere uygulanan rutin girişimlerden biri olduğunu göstermektedir.

Pozisyon değişimi yapılma durumu açısından gruplar incelendiğinde; deney grubunun %88,0'ine (n=44), kontrol grubunun %78,0'ine (n=39) pozisyon verilmediği belirlendi. Pozisyon değişimi yapılan ve pozisyon değişimi yapılan deney grubundaki bireylerin (n=6) %83,3'üne (n=5), kontrol grubundaki bireylerin (n=11) %81,8'ine (n=9) sandalyede mobilizasyon şeklinde pozisyon verildiği; gruplar arasında pozisyon değişimi yapılma durumu ve verilen pozisyonun şekli açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-2-4).

Pozisyon, YBÜ'de bakım ve tedavi sürecinin ilk basamağında yer alan, hemşirelerin bağımsız kararlarından biri olan ve standart hemşirelik girişimlerinden biridir. Özellikle ameliyat sonrası hasta bireylere cerrahi açıdan bir sakınca yoksa mümkün olan en erken dönemde pozisyon verilmesi (yatak içinde pozisyon değişirme, sandalyede mobilizasyon), havayolu açıklığının ve solunumun sağlanması, kanama kontrolü ve yara yerinden sıvı drenajının sağlanması, ağrı kontrolü ile konforun sağlanması tedavi edici bir girişim olarak öncelik taşımaktadır (Sarıkaya 2006). Pozisyon, dokulara giden oksijeni arttırmakta, atelektaziye bağlı gelişen infeksiyonu önleyerek, YBÜ'de kalış süresinin kısalmasına da yardımcı olmaktadır. Yoğun bakım ünitesinde izlemi yapılan hasta bireylerin büyük çoğunluğunu stabil olmayan homeodinami yada travmatik durum nedeni ile hareketi (mobilizasyonu) sağlanamayan yatağa uzun ya da kısa dönem bağımlı kalan bireyler oluşturmaktadır. Yatağa bağımlı kalma tüm vücut sistemlerini olumsuz etkileyen, tıbbi ya da travmatik hasta bireylerin hemen hepsinde en sık karşılaşılan bir sorun olarak kabul görmektedir (Yıldırım ve Yavuz 2009). Yapılan klinik çalışmalarda, yoğun bakım hastalarının özellikle sırtüstü ve uzun süre düz yatırılmasına bağlı olarak gelişen komplikasyonlar bildirildiğinden, YBÜ'deki hasta bireylere, yatak başlarının kaldırıldığı (sırtüstü elevasyon) pozisyonlar önerilmektedir (Grap ve Munro 2005). Yatakta sırtüstü düz pozisyonda bırakılan hasta bireylerde; pulmoner komplikasyonlar (atelektazi, pnömoni ve aspirasyon) kardiyak performans değişimleri, basınç yaraları, kas ve kemik atrofileri sıklıkla görülürken, daha az sıklıkta tromboembolik komplikasyonlar, anemi ve hormonal değişimlerin geliştiği bildirilmektedir (Yıldırım ve Yavuz 2009).

Araştırmanın gerçekleştirildiği YBÜ'de ameliyat sonrası dönemdeki hasta bireylere pozisyon verilmesi rutin olarak yapılan uygulamalardan biri değildir. Elektif cerrahi sonrası hasta bireylerin en erken 24 saat içinde YBÜ'den transfer edilmesi, hasta

bireylerin ameliyattan sonra birkaç saat anestezinin etkisinde ve hareketsiz olması, ünite de çalışan sağlık bakımı ekibi üyelerinin sayısının yetersiz olması, pozisyon verme sırasında hasta bireylerin çok şiddetli ağrı hissetmeleri (Esen ve ark. 2010) gibi faktörlerin araştırmanın yapıldığı YBÜ’de pozisyon vermeyi engellediği söylenebilir. Aynı zamanda elde edilen verilere göre; ünite de, daha çok sandalyede mobilizasyon şeklinde pozisyon sağlandığı görülmektedir. Pozisyon değişimi, hasta bireylerin konforunu sağladığı gibi hasta bireylerin konforsuzluk yaşamasına da neden olabilmektedir (Esen ve ark. 2010). Bu nedenle araştırmada planlı kabul protokolü uygulamasının konfor düzeyine etkisini incelerken pozisyon yapılma durumu ve pozisyon şekli değişkenleri açısından deney ve kontrol grubundan benzer sonuçlar elde edilmesi kaçınılmaz bir sonuçtur.

Analjezik ilaç uygulanma durumu açısından deney ve kontrol grubundaki hasta bireyler incelendiğinde; deney grubundaki bireylerin %100,0’üne (n=50), kontrol grubundaki bireylerin %98,0’ine (n=49) analjezik ilaç uygulandığı; gruplar arasında analjezik ilaç uygulanma durumu açısından istatistiksel anlamlılıkla bir farkın olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-2-4). Yoğun bakım ünitesinde cerrahi girişim sonrası izlenen hasta bireyler, cerrahi alan yeri, endotrakeal entübasyon, trakeal aspirasyon, pozisyon, vb. çeşitli bakım ve tedavi girişimleri sırasında ağrı deneyimlemektedir. Ağrıyı gidererek hasta bireylerin konforunun sağlanması YBÜ’de sıklıkla yapılan bakım girişimlerinden biridir. Ağrının giderilmesi ya da hafifletilmesi amacıyla çok çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Farmakolojik yöntemlerden narkotik ya da narkotik olmayan analjeziklerin kullanılması ağrı yönetiminde yaygın olarak kullanılmaktadır (Kılıç ve Öztunç 2012; Sungertekin 2006). Analjezik ilaç uygulanma değişkeninin konfor düzeyini etkilemesi yönünden incelenerek araştırma sonucunda, deney ve kontrol grubunun bu değişken açısından benzerlik göstermesi (her iki grupta da yüksek oranda), olması gereken ve beklenen bir göstergedir.

Deney grubundaki hasta bireylerin %66,0’sına (n=33), kontrol grubunun %80,0’ine (n=40) sedatif ilaç uygulanmadığı ve gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak bir anlamlılık ifade etmediği saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-2-4). Sedasyon; hasta bireyin amnestik, hipnotik ve anksiyolitik gereksinimlerini karşılayarak, analjezisini ön görmek olarak tanımlanmaktadır. Yoğun bakım ünitesindeki hasta bireyde; sedasyon, stres cevabını baskılayarak anksiyeteyi azaltır, MV tedavisine toleransı artırır ve

aspirasyon, pansumanlar, pozisyon vb. hemşirelik bakımı girişimlerini kolaylaştırır. Sedasyon, YBÜ’de konforunun sağlanmasında yoğun bakımın önemli bir komponentidir. Korku, kontrol kaybı, konfüzyon, bellek kaybı, uykusuzluk, ağrı, biyokimyasal bozukluklar, ilaçlar, ateş, gürültü, ışık ve alarmlar vb. nedenler ile anksiyete yaşayan bireylerde hipertansiyon, taşikardi vb. fizyolojik değişiklikler görülmesi kaçınılmazdır (Sarıcaoğlu ve ark. 2005; Uyar 2006). Araştırmada örneklemini oluşturan grubun bilincinin açık olması ve kısa sürede entübasyon tüpünden ve MV’den ayrılması sedasyon gereksinimini ortadan kaldırmaktadır. Öte yandan sedasyon uygulanma değişkeninin konforu etkileyebilmesi nedeniyle ele alınması ve gruplar arasında bu değişken açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmaması beklenen bir sonucu oluşturmaktadır.

Deney grubunun %96,0’sına (n=48), kontrol grubunun %100,0’üne (n=50) fiziksel kısıtlama/tespit edici uygulama yapılmadığı ve gruplar arasında fiziksel kısıtlama/tespit edici uygulama durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-2-4). Yoğun bakım ünitesinde MV’den ayırma ve entübasyon tüpünün çekilmesi sağlık ekibi üyeleri tarafından yapılmaktadır. Ancak entübasyon tüpünün irritasyonu ve konforsuzluğa yol açması nedeni ile ajitasyon yaşayan hasta bireyler entübasyon tüpünü çekebilmektedir (Chang ve ark. 2008). Bu nedenle YBÜ’de hasta bireylere fiziksel tespit uygulanmaktadır. Fiziksel tespit; fiziksel ya da mekanik araç-gereç ile hasta bireyin vücudunun bağlanması, sağlık personeli tarafından bireye kısa süreli fiziksel güç uygulanarak hareketlerinin kısıtlanması ve kolaylıkla hareket etmesinin önlenmesi olarak tanımlanmaktadır (Kaya ve ark. 2008). Yoğun bakım ünitesinde fiziksel kısıtlama, konfüze ve demanslı hasta bireylerin yataktan düşmesini önlemek; bireyin hareketlerinin kontrol altında tutularak kendi vücuduna bağlı tüp, dren ve tıbbi araç bağlantılarını çekip çıkararak kendine zarar vermesini önlemek; yatağa bağımlı bireylerde uygun postürü koruyarak, basınç yarası, kas ve eklem kontraktürü gelişmesini önlemek; ajite bireylere bakım ve tedav girişimlerin yapılabilmesini sağlamak amacıyla uygulanmaktadır (Eşer ve Hakverdioğlu 2006; Eşer ve ark. 2007). Fiziksel tespit bir yandan hasta bireyin konforunu sağlarken diğer yandan da bireylerin fizyolojik parametrelerini olumsuz yönde etkilemekte ve bireylerin konforsuzluk yaşamasına neden olmaktadır. Fiziksel tespit kullanımı sonucunda; kas tonüsünde azalma, ortostatik hipotansiyon, üriner ve fekal inkontinans, nazokomiyal infeksiyon riskinde artma, alt ekstremitelerde ödem, kan biyokimyasında



değişiklikler (mineral eksikliği, elektrolit kaybı), basınç ülserleri, boğulma, kronik konstipasyon, üriner retansiyon, kontraktür, fiziksel fonksiyonlarda azalma, kardiyak arrest, yetersiz beslenme, kas gücünde azalma ve osteoporoz, malnütrisyon, dehidratasyon, pnömoni, deri yaralanmaları, elektroensefalografi (EEG) değişiklikleri, kortikosteroid üretiminde artma, bazal metabolizma hızında ve kan volümünde anormal değişiklikler, kaslarda atrofi ve asfiksiye bağlı ölüm görülebildiği belirtilmektedir (Eşer ve Hakverdioğlu 2006; Kaya ve ark. 2008). Fiziksel tespit uygulama sonucunda bireyde görülebilecek psikolojik sorunlar; korku, konfüzyonda ve panikte artma, kızgınlık, kan kimyasında değişikliğin neden olduğu bilişsel ve davranışsal sorunlar, anksiyetede artma, itibar kaybı, uykusuzluk, deliryum, utanma, direnme ve işlemlere karşı gelme, geri çekilme davranışları, disorganize davranışlarda artma, hastanın kendini yokmuş gibi hissetmesi, kendine güvende ve saygıda azalma, duyu yoksunluğu, ajitasyonda artma, öfke ve demoralizasyon, depresyon ve beden imajında bozulma şeklinde sıralanmaktadır (Eşer ve Hakverdioğlu 2006; Kaya ve ark. 2008).

Literatürde belirtildiği gibi (Eşer ve Hakverdioğlu 2006; Eşer ve ark. 2007; Kaya ve ark. 2008); fiziksel kısıtlama hasta bireylerin fizyolojik parametrelerini olumsuz yönde etkileyerek konforsuzluk yaşamalarına neden olmaktadır. Bu nedenle fiziksel kısıtlama uygulama durumu araştırmada test edildi. İncelenen gruplarda çok büyük bir oranda fiziksel kısıtlama yapılmadığının görülmesi; bu oranın deney ve kontrol grubunda benzer olması; örnekleme oluşturan bireylere planlı kabul protokolünün etkisinin sorgulanması nedeniyle beklenen bir sonuç olduğunu kanıtlamaktadır.

Deney ve kontrol grubundaki hasta bireyler ameliyatta kalma/anestezi alma süresi açısından incelendiğinde; deney grubundaki hasta bireylerin %62,0'sinin (n=31), kontrol grubundaki hasta bireylerin %44,0'ünün (n=22) 4 saat ve daha kısa süre ile ameliyatta kaldığı/anestezi aldığı saptandı. Deney ve kontrol grubunu oluşturan bireyler arasında ameliyatta kalma/anestezi alma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-2-4). Kurşun ve Dramalı'nın (2011) batın ameliyatı yapılan hastalarda ameliyat sonrası dönemde elektrikli battaniye ile ısıtmanın yeniden ısınma süresine etkisini inceledikleri çalışmada da, deney grubunun ( $125,9\pm 32,9/\text{dk}$ ) ve kontrol grubunun ( $133,0\pm 35,7/\text{dk}$ ) benzer süre ile ameliyatta kaldığı ve her iki grup arasında ameliyatta kalma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ( $t=0,801$ ,  $p=0,42$ ) belirtilmektedir. Ameliyatta kalma/anestezi alma

süresi, ameliyat sonrası hasta bireylerin fizyolojik parametrelerini ve konfor düzeylerini etkileyebilir. Ameliyat/anestezi süresi uzadıkça hasta bireylerin hipotermide kalma süresi, uyanma süresi, dolayısı ile MV'den ve endotrakeal entübasyon tüpünden ayrılma süresi de uzayabilmektedir (Kurşun ve Dramalı 2011). Bu nedenle bu değişken araştırmada incelendi. Araştırma sonucunda her iki grubun da benzer oranda dört saat ve daha kısa süre ile ameliyat kaldığı/anestezi aldığı bulunması beklentiyi karşılamaktadır.

Deney ve kontrol grubundaki hasta bireyler YBÜ'ye kabul saati/vardiya açısından incelendiğinde; hem deney hem de kontrol grubundaki hasta bireylerin %98,0'inin (n=49) 07.30-19.30 saatleri arasında YBÜ'ye kabul edildikleri ve her iki grup arasında da YBÜ'ye kabul saati/vardiya açısından istatistiksel anlamlılıkla bir farkın olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-2-4). Ameliyat sonrası hasta bireylerin YBÜ'ye kabul saatleri; yapılan ameliyatın büyüklüğüne, YBÜ'deki yatak kapasitesine, ameliyathanenin uygunluğuna ve hasta bireyin sağlık durumuna göre değişebilmektedir. Öte yandan YBÜ'deki vardiya sistemi hastanelere göre değişiklik göstermektedir. Bazı hastanelerde üç vardiya sistemi (08.00-16.00, 16.00-24.00, 24.00-08.00) uygulanırken, çoğu devlet ve üniversite hastanelerinde ise iki vardiya sistemi (07.00-19.00, 19.00-07.00 ya da 08.00-20.00, 20.00-08.00) uygulanmaktadır (Türkmen ve Uslu 2011). Araştırmanın yapıldığı YBÜ'de iki vardiya (07.30-19.30, 19.30-07.30) sistemi uygulanmaktadır. Araştırmada deney ve kontrol grubunu oluşturan hasta bireylerin aynı oranda YBÜ'ye gündüz vardiyasında kabul edilmeleri, başka bir deyişle bu değişken açısından deney ve kontrol grubunun benzer olması planlı kabul protokolünün etkinliğini değerlendirebilmek adına örneklem grubunun kriterlerini karşılamaktadır.

Deney ve kontrol grubundaki hasta bireyler YBÜ'ye kabul edildikleri sırada vardiyadaki kendilerine bakım veren hemşire başına düşen hasta sayısı açısından incelendiğinde; deney grubundaki hasta bireylerin %96,0'sına (n=48), kontrol grubundaki hasta bireylerin %94,0'üne (n=47) bakım veren hemşire başına düşen hasta sayısının üç olduğu saptandı. Gruplar arasında YBÜ'de vardiyadaki hemşire başına düşen hasta açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-2-4). Literatürde, YBÜ'lerde hemşirelerin iki ya da üç (Türkmen ve Uslu 2011) bazen dört ve üzerinde hastaya bakım verdikleri belirtilmektedir (Çelik ve ark. 2012). Araştırmanın yapıldığı YBÜ'de araştırmanın gerçekleştirildiği zaman

diliminde yatak sayısı 17, hemşire başına düşen hasta sayısı ise üç idi. Hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması yapılan tıbbi hata nedenlerinin ilk sıralarında yer almaktadır. Öte yandan hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması, verilen hemşirelik bakımı kalitesini düşürmektedir. Bu durum, bakım verilen hasta bireyin fizyolojik parametrelerini ve konfor düzeyini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Işık ve ark. 2012; Özata ve Altuncan 2010). Bu nedenle araştırmada hemşire başına düşen hasta sayısı değişkeni incelendi. Deney ve kontrol grubunda sözü edilen değişken açısından istatistiksel anlamlılıkla bir farkın olmaması gerekmektedir. Elde edilen verilerin beklentiyi karşıladığı görülmektedir.

Yukarıda belirtildiği gibi YBÜ'ye kabulde var olan tüm girişimsel işlemler ve YBÜ'de yatış süresince birçok faktör (endotrakeal tütün kalış süresi, trakeostomi tüpünün kalış süresi, MV'ye bağlanma şekli ve süresi, weaning yapılma durumu ve süresi, trakeal aspirasyon yapılma durumu, pozisyon değişimi yapılma durumu ve pozisyon şekli, analjezik ve sedatif ilaç uygulanma durumu, fiziksel kısıtlama uygulanma durumu, ameliyatta kalma süresi, YBÜ'ye kabul saati/vardiya, YBÜ'de vardiyadaki hemşire başına düşen hasta) hasta bireyin konfor düzeyini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Sonuç olarak deney ve kontrol grubundaki bireylerin YBÜ'de kalışları süresince fizyolojik parametrelerini etkileyebilecek değişkenler test edilerek, deney ile kontrol grubunun bu değişkenler yönünden benzer olup benzer olduğu saptandı ve gruplar arasında yukarıda sıralanan değişkenler açısından istatistiksel anlamlılıkla farkın olmadığı görüldü.

Deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin YBÜ'de 24.saatteki fizyolojik parametrelerinin, ağrı ve APACHE II puanlarının dağılımı karşılaştırıldığında; SKB ortalamasının deney grubunda  $127,56 \pm 19,65$  mmHg, kontrol grubunda  $122,70 \pm 17,13$  mmHg; DKB ortalamasının deney grubunda  $71,82 \pm 12,89$  mmHg, kontrol grubunda  $71,82 \pm 11,48$  mmHg; KTA ortalamasının deney grubunda  $86,66 \pm 15,72/dk$ , kontrol grubunda ise  $85,52 \pm 14,68/dk$ ; SpO<sub>2</sub> ortalamasının % $96,22 \pm 2,31$ , kontrol grubunda % $96,42 \pm 2,30$ ; VS ortalamasının deney grubunda  $36,70 \pm 0,51^{\circ}C$ , kontrol grubunda  $36,60 \pm 0,50^{\circ}C$ ; APACHE II puanı ortalamasının deney grubunda  $11,92 \pm 4,14$ , kontrol grubunda  $11,94 \pm 3,83$ ; ağrı puanı ortalamasının deney grubunda  $2,48 \pm 2,58$ , kontrol grubunda  $2,90 \pm 2,52$  olduğu saptandı. Gruplar arasında SKB, DKB, KTA, SpO<sub>2</sub>, VS, APACHE II ve ağrı değişkenleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ( $p > 0,05$ ) (Tablo 4-2-3).

Özberksoy ve ark.'nın (2009) çalışmasında; ameliyat sonrası 24.saatte deney ve kontrol grubu arasında SKB, DKB ve nabız ortalama değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ( $p<0,05$ ) ve dolayısı ile ameliyat öncesi verilen eğitimin hasta bireylerin fizyolojik parametreleri üzerinde olumlu etkisinin olduğu belirtilmektedir. Çetinkaya ve Karabulut'un (2010) batın ameliyatı olacak yetişkin hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin kaygı ve ağrı düzeyine etkisini inceledikleri araştırmada; ameliyat sonrası 24.saatteki ağrı puanı ortalamasının deney ve kontrol grubu arasında anlamlı derecede farklılık olduğu ( $p<0,001$ ) ve deney grubunda, ameliyat öncesi kontrol grubuna göre düşük olan ağrı puanı ortalamasının ameliyat sonrası daha da düştüğü belirtilmektedir. Araştırmada, YBÜ'de planlı kabul protokolü kapsamında bireylere YBÜ hakkında yapılan bilgilendirmenin bireylerin SKB, DKB ve KTA gibi fizyolojik parametreleri üzerinde etkisinin olmadığı görülmektedir. Araştırmanın sonucu, literatürdeki çalışmalarla (Özberksoy ve ark. 2009) benzerlik göstermemektedir. Hasta birey, YBÜ'de yatışı süresince fiziksel, sosyokültürel, psikospiritüel ve çevresel boyutta pek çok olumsuz faktöre maruz kalmaktadır. Gerek YBÜ'nün ortamı (ışıklandırma, gürültü, ısı vb.), gerekse ünite 24 saat kesintisiz bir şekilde uygulanan hemşirelik bakımı (ağız bakımı, yara bakımı, kateter pansumanı, yara pansumanı, vücut banyosu, pozisyon, aspirasyon vb.) ve tedavi amacıyla yapılan girişimsel işlemler (entübasyon tüpü, idrar sondası, nasogastrik sonda, santral/periferik kateter, arteriyel kateter, dren/göğüs tüpü) hasta bireyin fizyolojik parametrelerini ve konforunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Kumsar ve Yılmaz 2013). Ancak kan basıncı, nabız, vücut sıcaklığı gibi fizyolojik parametrelerdeki değişiklikler her zaman konforsuzluğun belirtisi olmayabilir. Kanama, şok gibi durumlarda bu parametrelerde olumsuz yönde değişiklikler görülebilmektedir. Ayrıca hasta bireye yapılan eğitimin fizyolojik parametrelere etkisi daha uzun sürede görülebilmektedir (Çöçelli ve ark. 2008; Storde ve ark. 2012). Bu nedenle YBÜ'de 24.saatte deney ve kontrol grubu arasında SKB, DKB, KTA açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir farkın olmaması araştırmada olması gereken durumu karşılamaktadır.

Deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin YBÜ'de 24.saatteki VS ortalamalarının  $36^{\circ}\text{C}$ 'nin üzerinde olması YBÜ'de vücut sıcaklığının kontrolüne yönelik hemşirelik bakım girişimlerinin etkili olduğunu göstermektedir. Cerrahi bir girişim sonrası YBÜ'ye kabul edilen ve hipotermik olan tüm hasta bireylere ısıtıcı battaniye uygulanmaktadır (Kumsar ve Yılmaz 2013; Kurşun ve Dramalı 2011).

Gruplar arasında VS ortalamaları açısından istatistiksel anlamlılıkla farkın olmaması ve VS değişkeni yönünden grupların benzer olması; vücut sıcaklığının kontrol altına alınmasının her iki grup açısından sağlandığını göstermektedir.

Deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin APACHE II puan ortalamalarının 11'in üzerinde olduğu görülmektedir. Yoğun bakım ünitesindeki hasta bireylerin APACHE II puanına göre mortalite ihtimalleri değerlendirildiğinde, 10-15 puan mortalitenin %15 ihtimalde gerçekleşebileceğini göstermektedir. Terzi'nin (2009) çalışmasında, YBÜ'den taburculuk/transfer anındaki APACHE II puan ortalamasının  $10,16=4,74$  olduğu belirtilmektedir. Araştırmada örnekleme oluşturan grup elektif cerrahi sonrası yakın izlem/monitörizasyon için YBÜ'ye kabul edildiğinden hastalık şiddeti oranları yüksek değildir. Bu nedenle APACHE II puan ortalamasının planlı kabul protokolü uygulamasından etkilenmemesi doğal bir sonuçtur. Dolayısı ile deney ve kontrol grubunun APACHE II puan ortalaması değişkeni yönünden benzer olması gerekmektedir.

Deney ve kontrol grubunda yer alan hasta bireylerin YBÜ'den transfer sırasındaki fizyolojik parametrelerinin ve ağrı puanlarının dağılımı karşılaştırıldığında; SKB ortalamasının deney grubunda  $126,62\pm 19,40$  mmHg, kontrol grubunda  $124,26\pm 14,20$  mmHg; DKB ortalamasının deney grubunda  $71,36\pm 12,71$  mmHg, kontrol grubunda  $72,94\pm 10,78$  mmHg; KTA ortalamasının deney grubunda  $85,72\pm 15,00$ /dk, kontrol grubunda  $84,72\pm 14,33$ /dk; SpO<sub>2</sub> ortalamasının deney grubunda  $\%96,08\pm 2,18$ , kontrol grubunda  $\%96,26\pm 2,16$ ; VS ortalamasının deney grubunda  $36,60\pm 0,49^{\circ}\text{C}$ , kontrol grubunda  $36,56\pm 0,53^{\circ}\text{C}$ ; ağrı puanı ortalamasının deney grubunda  $2,22\pm 2,49$ , kontrol grubunda  $2,64\pm 2,48$  olduğu belirlendi. Gruplar arasında SKB, DKB, KTA, SpO<sub>2</sub>, VS ve ağrı puanı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-2-6). Yoğun bakım ünitesindeki hasta bireylere ameliyattan sonraki gün solunum fizyoterapisti eşliğinde solunum ve öksürme egzersizleri, gerekirse postural drenaj yaptırılmaktadır. Solunum fizyoterapisti yapıldıktan sonra bireylerin solunumla ilgili herhangi bir sorunları yoksa (SpO<sub>2</sub> değerleri normal, spontan solunumları iyi, çekilen akciğer grafileri normal ise), bireyler ilgili cerrahi kliniklere transfer edilmektedir. Araştırmada, deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin SpO<sub>2</sub> ortalamalarının %95'in üstünde olması istendik bir durumdur ve bireylerin YBÜ'de 24.saatte solunumla ilgili sorunlarının olmadığını ve YBÜ'de uygulanan bakım ve tedavi girişimlerinin yarar sağladığı söylenebilir. Bu araştırmada YBÜ'den transfer

sırasında deney grubunun SpO<sub>2</sub> değerinin kontrol grubundan daha iyi olması bekleniyordu. Fakat araştırmanın yürütüldüğü YBÜ'de sunulan bakım ve tedavi hizmetlerinin optimal düzeyde olması her iki grubun da SpO<sub>2</sub> değeri ortalamasının %95'in üzerinde olmasını sağlamaktadır.

Araştırmada planlı kabul protokolü uygulamasının YBÜ'den transfer sırasındaki fizyolojik parametrelere ve konfor düzeyine etki etmediği görülmektedir. Yoğun bakım ünitesine kabul edilmek kadar YBÜ'den başka bir kliniğe transfer edilmek de hasta bireylerde endişe, kaygı ve anksiyete neden olabilmektedir. Ayrıca çoğu hasta bireyler için YBÜ'den başka bir kliniğe transfer edilmek olumlu ve sevindirici bir durum olurken nadiren başka hasta bireyler için olumsuz olarak algılanabilmektedir (Özer 2002). Öte yandan YBÜ'de 24 saat kesintisiz bir şekilde sağlık bakımı hizmeti almak, üniteadaki görevli sağlık bakımı ekibi üyelerinden yakın ilgi ve alaka görmek hasta bireylerin YBÜ'deki bakımdan memnun olmalarını sağlamaktadır. Yoğun bakım ünitesinde cerrahi bir girişim sonrası yakın izlem için bakım ve tedavi gören hasta bireylerin, yaşam bulguları (kan basıncı, nabız, solunum, vücut sıcaklığı) normale dönmeden; ağrıları kontrol altına alınmadan YBÜ'den başka bir servise transfer edilmeleri söz konusu değildir. Dolayısı ile araştırmada; planlı kabul protokolü uygulamasının SKB, DKB, KTA, SpO<sub>2</sub>, VS ve ağrı puanı ortalamalarına etkisini incelemek görüldüğü kadar kolay değildir. Bu nedenle araştırmada deney ve kontrol grubunun incelenen değişkenler açısından benzerlik göstermesi beklenen bir sonucu karşılamaktadır.

### **5.3. DENEY VE KONTROL GRUBUNDAKİ HASTA BİREYLERİN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDEN TRANSFER EDİLDİKTEN 24 SAAT SONRAKİ ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI**

Bu bölümde planlı kabul protokolü uygulamasının, deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin YBÜ'den transfer edildikten 24 saat sonraki fizyolojik parametreleri ve konfor düzeyine etkisinin sonuçları tartışıldı.

Deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin YBÜ'den transfer edildikten 24 saat sonraki fizyolojik parametrelerinin ve ağrı puanlarının dağılımı karşılaştırıldığında; SKB ortalamasının deney grubunda 120,82±20,64 mmHg, kontrol grubunda 119,06±15,64 mmHg; DKB ortalamasının deney grubunda 75,80±12,26 mmHg, kontrol grubunda 73,80±9,45 mmHg; KTA ortalamasının deney grubunda 87,28±12,46/dk,

kontrol grubunda  $86,34 \pm 11,41$ /dk; solunum sayısı ortalamasının deney grubunda  $22,08 \pm 3,85$ /dk, kontrol grubunda  $21,80 \pm 3,03$ /dk; VS ortalamasının deney grubunda  $36,85 \pm 0,52$ °C, kontrol grubunda  $36,86 \pm 0,44$ °C; ağrı puanı ortalamasının deney grubunda  $2,16 \pm 2,24$ , kontrol grubunda  $2,46 \pm 2,54$  olduğu belirlendi. Deney ve kontrol grubu arasında SKB, DKB, KTA, solunum sayısı, VS ve ağrı puanı ortalamaları açısından istatistiksel anlamlılıkla bir farkın olmadığı saptandı ( $p > 0,05$ ) (Tablo 4-3-1). Araştırmanın yapıldığı YBÜ’de ameliyat sonrası kan basıncı, nabız, SpO<sub>2</sub>, VS değerleri ve ağrı durumları kontrol alındıktan sonra, diğer bir deyişle söz konusu değerlerde sorun varsa buna yönelik bakım ve tedavi planı oluşturulmadan hasta bireylerin başka bir kliniğe transferi gerçekleştirilmemektedir. Araştırmadan elde edilen verilere bakıldığında, deney ve kontrol grubunun SKB, DKB, KTA, solunum sayısı, VS ve ağrı puanı ortalamalarının birbirine çok yakın değerlerde olduğu görülmektedir. Çelik’in (2013) batın ameliyatından 24-48 saat sonra hastaların ağrı düzeylerini ve uygulanan hemşirelik girişimlerini incelediği çalışmada; ağrı düzeylerinin ameliyattan  $32,53 \pm 7,51$  saat sonra tanımlandığı ve hastaların ağrı puanı ortalamasının  $6,03 \pm 1,67$  olduğu (10 derecelik VAS üzerinde); ameliyat deneyimi olanların, ameliyat hakkında bilgi verilmeyenlerin daha şiddetli ağrı deneyimledikleri belirtilmektedir. Karayurt (1998), ameliyat öncesi rutin eğitim verilen grupta, araştırmacının geliştirdiği eğitim planı uygulanan gruba göre, ameliyat sonrası dönemde ağrının daha yüksek düzeyde olduğunu ifade etmektedir. Çetinkaya ve Karabulut (2010), batın ameliyatı öncesinde eğitim verilen hastaların kaygı ve ağrı düzeylerinin azaldığını belirtmektedir. Kurçer ve Özbay’ın (2011) koroner arter hastalarında uygulanan yaşam tarzı eğitim ve danışmanlığının yaşam kalitesine etkisini araştırdıkları çalışmada; bu hastaların eğitim ve danışmanlık sonrası diyastolik kan basıncı ortalamasının eğitim ve danışmanlık öncesine göre anlamlı düzeyde düşerken ( $p = 0,036$ ), sistolik kan basıncı ortalamasında anlamlı bir değişiklik olmadığı ifade edilmektedir. Araştırmada deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin YBÜ’den transfer edildikten 24 saat sonraki fizyolojik parametrelerinin benzerlik gösterdiği ve ağrı puanı ortalamalarına bakıldığında ise her iki grubun hafif şiddette ağrı deneyimlediği görülmektedir. Bu çalışmada planlı kabul protokolü uygulamasının fizyolojik parametrelerde olumlu etki oluşturacağı beklenirken; deney ve kontrol grubu arasında fizyolojik parametreler yönünden fark olmaması, çalışmanın sürdürüldüğü kurumdaki rutin bakım ve tedavi uygulamalarının kalitesinin yüksek olmasının etkisi ile açıklanabileceği düşünülmektedir.

Sonuç olarak, araştırmadan elde edilen veriler, “yoğun bakım ünitesinde planlı kabul protokolü uygulamasının hasta bireylerin fizyolojik parametreleri üzerinde olumlu etkisi vardır” (H1 Hipotezi) hipotezini desteklememektedir.

Deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin YBÜ’den transfer edildikten 24 saat sonraki GKÖ alt boyut puan ortalamalarının dağılımı karşılaştırıldığında; Fiziksel alt boyutu puan ortalamasının deney grubunda  $35,28 \pm 5,81$ , kontrol grubunda  $31,20 \pm 5,72$  olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu belirlendi ( $p < 0,01$ ) (Tablo 4-3-2). Yoğun bakım ünitesinde sıklıkla uygulanan endotrakeal entübasyon, MV tedavisi, aspirasyon, vücut banyosu, pansuman, pozisyon, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık vb. bakım ve tedavi girişimleri; bu girişimlere ve ameliyat yerine bağlı ağrı deneyimi hasta bireyin fiziksel konforunu bozarak rahatsızlık yaşamasına neden olmaktadır (Ma ve ark. 2010; Taşdemir ve ark. 2009). Ma ve ark.’nın (2010) çalışmasında; YBÜ’de kalan hasta bireylerin, entübasyon tüpü ve tüpe bağlı öğürme refleksinin artması, bulantı, aspirasyon, pozisyon, alarmlar/sesler, vücut banyosu, vb. nedenlerle ağrı, uykusuzluk ve susuzluk gibi fiziksel konforsuzluk yaşadıkları belirtilmektedir. Öte yandan YBÜ’nün bilinmeyenlerle dolu bir ortam olması, üniteye uygulanan bakım ve tedavi girişimleri hakkında YBÜ’ye kabul öncesi bilgi verilmemesi hasta bireylerin fiziksel konfor düzeyini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle ameliyat öncesi YBÜ ve üniteye uygulanacak bakım ve tedavi girişimleri hakkında yapılan bilgilendirmenin hasta bireylerin fiziksel konfor düzeyini yükseltebileceği vurgulanmaktadır (Özer ve Akyıl 2008; Scott 2004). Ayrıca fiziksel konfor, bireyin hastalığa verdiği yanıtlar başka bir deyişle bedensel algıları ile ilgilidir. Bireyin fiziksel durumunu etkileyen fizyolojik faktörleri içermektedir (Kolcaba 1994). Yukarıda deney ve kontrol grubu arasında fizyolojik parametreler yönünden fark bulunmazken fiziksel konfor yönünden deney ve kontrol grubunun farklı olması çelişen iki bulgu gibi düşünülebilir. Bu çelişkiyi hemşirelik tanısının tıbbi tanıdan farkını dikkate alarak açıklamak olasıdır. Hemşirelik tanısı semptomları bu kapsamda fizyolojik parametreleri değil bireyin semptomlara verdiği yanıtları gözönüne alarak isimlendirilmektedir (Kaya 2013). Dolayısı ile fiziksel konfor Kolcaba’nın da (1994) belirttiği gibi bireyin fizyolojik değişkenlere yanıtını ifade etmektedir. Sonuç olarak; deney grubunun fiziksel konforunun bu kapsamda fizyolojik parametrelere yanıtının, kontrol grubundan daha iyi olması, planlı kabul protokolü uygulamasının fiziksel konfor üzerindeki olumlu etkisine işaret etmektedir.



Genel Konfor Ölçeğinin Psikospiritüel alt boyutu puan ortalamasının deney grubunda  $46,48 \pm 4,08$ , kontrol grubunda  $43,74 \pm 4,26$  olduğu ve gruplar arasındaki puan farkının istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu belirlendi ( $p < 0,01$ ) (Tablo 4-3-2). Psikospiritüel konfor, mental (akılsal), emosyonel (duygusal), spiritüel (manevi) bileşenlerden oluşmaktadır. Hasta bireylere YBÜ'de kaldıkları sürede masaj yapmak, ağız bakımı vermek, özel ziyaretçilere izin vermek, ziyareti kolaylaştırmak, dokunmak, kendi konfor stratejilerini kullanmasını cesaretlendirmek, ruhu yücelten, huzuru ve psikospiritüel konfor gereksinimlerini sağlayan girişimlerdir (Erdemir Çırlak 2013). Sorun çözme ve karar verme becerilerinde yetersizlik, korku, depresyon, ajitasyon, koordinasyon ve oryantasyon bozuklukları, öğrenmede bozulma vb. durumlar YBÜ'de kalmaya bağlı olarak görülebilmektedir (Ma ve ark. 2010). Araştırmada GKÖ Psikospiritüel alt boyutu puan ortalamasının deney grubunda istatistiksel anlamlılıkla kontrol grubundan yüksek olması YBÜ'ye kabul öncesi deney grubuna yapılan planlı kabul protokolü uygulamasının psikospiritüel konfor üzerinde olumlu etki yaptığı söylenebilir. Protokol kapsamında YBÜ hakkında hasta bireyleri bilgilendirmek, bireylerin YBÜ'ye karşı korku ve endişelerini azalttığı, üniteye uyum sürecini kolaylaştırdığı düşünülebilir.

Genel Konfor Ölçeğinin Çevresel alt boyutu puan ortalamasının deney grubunda  $44,94 \pm 4,30$ , kontrol grubunda  $42,66 \pm 4,87$  olduğu ve her iki grup arasında puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın bulunduğu belirlendi ( $p < 0,05$ ) (Tablo 4-3-2). Çevre, hemşirelik kuramlarının temel kavramlarından biridir. Bireylerin fiziksel ve bilişsel işlevlerini desteklemede çevre ile insan etkileşimi oldukça önemlidir. Bireyin bu işlevlerini sürdürebilmesi için çevresel konforun sağlanması gerekmektedir. Çevresel konfor; aydınlık, gürültü, renk, ısı, koku, pencereden görülen manzara, mobilyalar ve fiziksel mekan gibi dışsal etkenler ve bunların birey üzerindeki etkileri ile ilgilidir (Erdemir ve Çırlak 2013; Kolcaba 2003). Yoğun bakım ünitesinde bakım ve tedavi amacıyla kullanılan araç ve gereçlerin varlığı, bu araçların (monitörler, MV cihazları, hemodiyaliz/hemofiltrasyon cihazları, IV infüzyon pompaları, mama pompaları, pansuman arabası, çöp kovaları, telefon vb.) sesi, üniteye çalışan sağlık ekibi üyelerinin aralarında konuşurken çıkardıkları sesler, ünitenin dış ortama kapalı olması, üniteye sürekli yapay ışıklandırma, ünitenin aşırı sıcak/soğuk olması, hasta bireylerin birbirlerini görmesi vb. faktörler YBÜ'deki hasta bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutlarda konforsuzluk yaşamalarına neden olmaktadır

(Ma ve ark. 2010; Özer ve Akyil 2008; Russell 1999). Araştırmada GKÖ Çevresel alt boyutu puan ortalamasının deney grubunda kontrol grubundan yüksek olması YBÜ'ye kabul öncesi deney grubuna yapılan planlı kabul protokolü uygulamasının çevresel konfor üzerinde olumlu etki yaptığı söylenebilir. Deney grubuna YBÜ'ye kabul öncesi YBÜ'nün fiziksel çevresi hakkında yapılan bilgilendirmenin bu bireylerin ünite çevresi algısına olumlu etki yaptığı, bu etki ile bireyin YBÜ'ye uyumunda sıkıntı yaşanmadığı düşünülebilir.

Genel Konfor Ölçeğinin Sosyokültürel alt boyutu puan ortalamasının deney grubunda  $28,38 \pm 2,71$ , kontrol grubunda  $28,12 \pm 2,14$  olduğu ve gruplar arasında puan ortalamaları açısından istatistiksel anlamlılıkla bir farkın bulunmadığı saptandı ( $p > 0,05$ ) (Tablo 4-3-2). Sosyokültürel konfor, bireyin ailesi, çevresi ve diğer sosyal kurumlarla etkileşimleri ve kişilerarası ilişkileri içermektedir. Sosyal ve kişiler arası ilişkileri düzenleyen gelenekler, kurallar ve dini, yasal özellikler bu kapsamda yer almaktadır. Bilgi ve danışmanlık verme, bireyin/ailenin gelenekleri ve alışkanlıklarına duyarlı bakım verme, dini inançlar vb. faktörler de sosyokültürel konforun içine girmektedir (Erdemir ve Çırlak 2013; Kolcaba 1991; Kolcaba ve Kolcaba 1991). Sosyokültürel değişkenlerin çocukluktan hatta bebeklikten itibaren oluşmaya başladığı ve tüm yaşam boyunca şekillendiği bilinmektedir (Kızmaz 2006). Bireylerin sosyokültürel özelliklerini, sadece bir eğitim programı veya bu çalışmada yapıldığı gibi bir kabul protokolü uygulaması ile değiştirmek zordur. Araştırmada, GKÖ Sosyokültürel alt boyutu puan ortalamaları açısından deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel anlamlılıkla farkın bulunmamasının, bu doğrultuda açıklanabileceği düşünülmektedir.

Deney ve kontrol grubunu oluşturan hasta bireylerin GKÖ alt düzey puan ortalamaları karşılaştırıldığında; Ferahlama alt düzeyi puan ortalamasının deney grubunda  $48,72 \pm 4,69$ , kontrol grubunda  $46,04 \pm 4,66$  olduğu ve iki grup arasında puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı farklılığın bulunduğu belirlendi ( $p < 0,01$ ) (Tablo 4-3-2). Ferahlama, bireyin gereksinimlerinin karşılanması sonucunda, konforu bozan sıkıntıdan kurtulması ile hissettiği durum olarak tanımlanmaktadır (Üstündağ ve Eti Aslan 2010; Yücel 2011). Araştırmadan elde edilen veriye göre; deney grubundaki bireylerin temel gereksinimlerinin karşılanması algısının kontrol grubundan daha olumlu olduğu, bu olumlu algının planlı kabul protokolünün etisi sonucu oluştuğu düşünülebilir.

Genel Konfor Ölçeğinin Rahatlama alt düzeyi puan ortalamasının deney grubunda  $55,32 \pm 4,62$ , kontrol grubunda  $51,48 \pm 5,21$  olduğu ve her iki grup arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir farklılığın bulunduğu belirlendi ( $p < 0,01$ ) (Tablo 4-3-2). Fiziksel ve duygusal deneyimler ve çevresel özelliklerden etkilenen rahatlama kavramı, sakin, rahat ya da huzur içinde olma durumu, bireyin; rahatlama, memnuniyetten söz etmesi, memnun olduğunu belirtmesi anlamına gelmektedir (Erdemir ve Çırlak 2013; Özer ve Akyıl 2008). Fiziksel ve duygusal deneyimlerde hasta kabul protokolü kapsamında yapılan YBÜ hakkında bilgilendirmenin olumlu etki yaratması doğal bir sonuçtur. Öte yandan çevresel özelliklerin deney grubunda, kontrol grubundan daha fazla rahatlama etkisi oluşturmasının; GKÖ'nün Çevresel alt boyutu ile ilişkilendirilerek açıklanabileceği düşünülmektedir. Sonuç olarak planlı hasta kabul protokolü uygulaması bireylerin rahatlama düzeylerini olumlu etkilemektedir.

Genel Konfor Ölçeğinin Üstünlük alt düzeyi puan ortalaması deney grubunda  $51,04 \pm 4,01$ , kontrol grubunda  $48,20 \pm 5,23$  olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir farklılığın bulunduğu belirlendi ( $p < 0,01$ ) (Tablo 4-3-2). Üstünlük, bireyin ağrı ya da sorunlarının üstesinden gelebilmesidir. Dolayısı ile deney grubunun kontrol grubuna göre daha kolay ağrı ya da sorunlarla başedebildiği söylenebilir. Bu durum planlı kabul protokolünün olumlu etkisinin sonucudur.

Deney ve kontrol grubundaki hasta bireylerin GKÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; GKÖ toplam puan ortalaması deney grubunda  $155,08 \pm 11,87$ , kontrol grubunda  $145,72 \pm 13,06$  olduğu ve gruplar arasında GKÖ toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak ileri derecede anlamlılıkta bir farkın bulunduğu belirlendi ( $p < 0,01$ ) (Tablo 4-3-2). Sonuç olarak YBÜ'ye planlı kabul protokolü uygulamasının, hasta bireylerin konfor düzeylerine olumlu yönde etki ettiği görülmektedir. Öte yandan Üstündağ'ın (2009) koroner arter bypass greft cerrahisi uygulanan hastaların konfor düzeyini araştırdığı çalışmasında; bireylerin genel konfor düzeyinin ortalamasının biraz üstünde ( $3,33 \pm 0,24$ ) olduğunu; erken postoperatif konfor düzeyinin (potansiyel puan dağılımı 1-6 iken) ortalamasının oldukça üstünde ( $5,06 \pm 0,50$ ) olduğunu belirtmektedir. Ameliyat sonrası hasta bireylerin konfor düzeyinin yüksek olması, bireylerin iyileşme süreçleri ile ilişkili olabilir. Öte yandan yukarıda planlı kabul protokolü uygulamasının GKÖ'nün boyutları ve düzeylerine etkisi ile ilgili söylenenler, genel konfor düzeyinin değerlendirilmesinde de geçerlidir. Sonuç olarak

YBÜ'ye planlı hasta kabulü protokolü doğrultusunda yapılan yatışların, bireyin konfor düzeyini olumlu yönde etkileyeceği söylenebilir.

Deney grubundaki bireylerde GKÖ “Psikospiritüel” alt boyutu ve “Üstünlük” alt düzeyi puan ortalamaları, planlı kabul protokolünün uygulanmaya başlanmadan önceki ölçüme (ilk ölçüm) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede pozitif yönlü artarken ( $p<0,05$ ;  $p<0,01$ ); GKÖ “Sosyokültürel” alt boyutu puan ortalamasının ilk ölçüme göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düştüğü ( $p<0,01$ ) saptandı (Tablo 4-3-3).

Kontrol grubunda yer alan hasta bireylerin GKÖ “Fiziksel”, “Sosyokültürel” alt boyutları ve “Ferahlama”, “Rahatlama” düzeyleri puan ortalamalarının ilk ölçüme göre istatistiksel olarak anlamlı derecede azaldığı bulundu ( $p<0,05$ ;  $p<0,01$ ) (Tablo 4-3-3).

Deney ve kontrol grubunu oluşturan hasta bireylerin ilk ölçüm ve son ölçüm GKÖ toplam puan ortalamaları incelendiğinde, deney grubunda son ölçümün, ilk ölçüme göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmasa da arttığı ( $p>0,05$ ); kontrol grubunda ise son ölçümün, ilk ölçüme göre istatistiksel olarak anlamlı derecede azaldığı görüldü ( $p<0,05$ ) (Tablo 4-3-3).

Araştırmadan elde edilen verilere göre; deney ve kontrol grubundaki hasta bireyler arasında planlı kabul protokolü uygulaması öncesi, konfor düzeyleri açısından istatistiksel anlamlılıkla bir farklılık yok iken; uygulama sonrasında, konfor düzeyinin uygulama öncesine göre deney grubunda yükseldiği, kontrol grubunda ise azaldığı görülmektedir. Buna göre test edilen planlı kabul protokolü uygulamasının konfor düzeyi üzerinde olumlu yönde etkisinin olduğu söylenebilir. Karabacak (2004) “meme kanserli hastalarda konforu destekleyici hemşirelik bakımının ve eğitimin radyoterapi uygulaması ile etkileşimi” başlıklı çalışmasında; radyoterapinin konfor düzeyini olumsuz yönde etkileyeceği düşünülürken, eğitim ve danışmanlık uyguladığı deney grubunda; uygulama öncesi ve sırasındaki konfor düzeyinde istatistiksel anlamlılıkla bir farklılığın olmadığını; dolayısı ile işlem öncesi hasta bireylere verilen eğitimin konfor düzeyinde istenilen düzeye ulaşmada etkili olduğu vurgulanmaktadır. Bu doğrultuda eğitim, danışmanlık, kabul protokolü gibi uygulamaların, bireylerin konfor düzeyinde olumlu etki oluşturacağı söylenebilir.

Sonuç olarak; elde edilen veriler “yoğun bakım ünitesinde planlı kabul protokolü uygulamasının hasta bireylerin konfor düzeyi üzerinde olumlu etkisi vardır” (H1 Hipotezi) hipotezini destekler niteliktedir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma, yoğun bakım ünitesine planlı kabul öncesi uygulanan hasta kabul protokolünün hasta bireyin konfor düzeyine ve üniteye yatış sırasındaki fizyolojik parametrelerine etkisini belirlemek amacı ile randomize kontrollü deneysel bir çalışma olarak gerçekleştirildi.

Araştırma sonucunda;

- Araştırma kapsamına alınan hasta bireylerin %61'inin kadın, %39'unun erkek, bireylerin yaş ortalamasının  $52,48 \pm 13,73$  yıl, %47'sinin (n=47), ilköğretim mezunu, %72'sinin (n=72) evli, %52'inin ev hanımı, %100'ünün SGK güvencesinin olduğu, %74'ünün gelirinin giderini karşıladığı ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ( $p > 0,05$ ),
- Bireylerin hastalık ve YBÜ deneyimi ile ilgili özellikleri incelendiğinde; deney grubundaki bireylerin %94,0'ünün (n=47), kontrol grubundaki bireylerin %88,0'inin (n=44) tıbbi tanılarının büyük cerrahi girişimler ile ilişkili olduğu; deney ve kontrol grubunda birinci sıradaki çoğunluğunun YBÜ'ye kabul nedeninin (%100, n=50) yakın izlem/monitörizasyon olduğu; deney ve kontrol grubunun en yüksek oranla (%84,0, n=42) daha önceden yoğun bakım deneyiminin olmadığı; deney grubundaki bireylerin %66,0 (n=33) oranla, kontrol grubundaki bireylerin %50,0 (n=25) oranla en fazla genel cerrahi ve göğüs cerrahisi kliniklerine transfer edildikleri ve gruplar arasında hastalık ve YBÜ deneyimi ile ilgili özellikleri açısından istatistiksel anlamlılıkla bir farklılık olmadığı ( $p > 0,05$ ),
- Bireylerin servisteki fizyolojik parametreleri ve ağrı puanları incelendiğinde; deney grubundaki bireylerin SKB ortalamasının  $120,20 \pm 13,74$  mmHg, DKB ortalamasının  $78,26 \pm 11,53$  mmHg, KTA ortalamasının  $82,20 \pm 10,11$ /dk, solunum sayısı ortalamasının  $20,36 \pm 2,51$ /dk, VS ortalamasının  $36,66 \pm 0,44$ °C, ağrı puanı ortalamasının  $1,38 \pm 2,59$ ; kontrol grubunun, SKB ortalamasının  $117,22 \pm 18,42$  mmHg, DKB ortalamasının  $75,36 \pm 12,02$  mmHg, KTA ortalamasının  $82,82 \pm 8,09$ /dk, solunum sayısı ortalamasının  $20,88 \pm 2,80$ /dk, VS ortalamasının  $36,55 \pm 0,43$ °C, ağrı puanı ortalamasının  $1,06 \pm 2,06$  olduğu ve gruplar arasında

servisteki fizyolojik parametreleri ve ağrı puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ( $p>0,05$ ),

- Bireylerin servisteki BGYAI puanları incelendiğinde; deney grubunun BGYAI toplam puan ortalaması ( $97,30\pm 7,16$ ) ile kontrol grubunun BGYAI toplam puan ortalaması ( $96,80\pm 5,42$ ) arasında istatistiksel anlamlılıkta bir farkın olmadığı ( $p>0,05$ ),
- Bireylerin servisteki GKÖ puanları incelendiğinde; deney grubunun GKÖ toplam puan ortalaması ( $153,10\pm 12,59$ ) ile kontrol grubunun GKÖ toplam puan ortalaması ( $149,74\pm 10,77$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmediği ( $p>0,05$ ); deney grubundaki bireylerin GKÖ Fiziksel ( $35,58\pm 5,70$ ), Psikospiritüel ( $44,38\pm 3,85$ ), Çevresel ( $43,38\pm 5,59$ ), Sosyokültürel ( $29,76\pm 2,91$ ) alt boyutlarının puan ortalamaları ile kontrol grubundaki bireylerin GKÖ Fiziksel ( $34,46\pm 4,58$ ), Psikospiritüel ( $43,02\pm 3,66$ ), Çevresel ( $43,08\pm 4,45$ ), Sosyokültürel ( $30,18\pm 2,62$ ) alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ( $p>0,05$ ); deney grubunun GKÖ Ferahlama ( $49,06\pm 4,23$ ), Rahatlama ( $54,72\pm 5,79$ ), Üstünlük ( $49,32\pm 4,95$ ) ile kontrol grubunun GKÖ Ferahlama ( $47,60\pm 5,03$ ), Rahatlama ( $53,88\pm 4,41$ ), Üstünlük ( $48,26\pm 4,49$ ) alt düzeylerinin puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlılıkta bir farkın olmadığı ( $p>0,05$ ),
- Bireylerin YBÜ'ye kabuldeki fizyolojik parametreleri, ağrı ve SAS değişkenleri incelendiğinde; deney grubunun SKB ( $156,42\pm 26,22$  mmHg), DKB ( $82,60\pm 15,01$ ), KTA ( $66,55\pm 33,27$ /dk), SpO<sub>2</sub> ( $\%80,82\pm 38,27$ ), VS ( $34,63\pm 19,57^{\circ}\text{C}$ ), ağrı ( $4,93\pm 1,76$ ), SAS ( $3,18\pm 1,64$ ) ile kontrol grubunun SKB ( $148,02\pm 29,27$  mmHg), DKB ( $80,56\pm 17,79$  mmHg), KTA ( $61,90\pm 34,37$ /dk), SpO<sub>2</sub> ( $\%78,74\pm 39,33$ ), VS ( $37,31\pm 20,20^{\circ}\text{C}$ ), ağrı ( $4,90\pm 1,67$ ), SAS ( $3,33\pm 1,55$ ) değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ( $p>0,05$ ),
- Yoğun bakım ünitesine kabul sırasında bireylerde var olan girişimsel işlemler incelendiğinde; deney grubunun  $\%96,0$ 'sında ( $n=48$ ) endotrakeal tüp,  $\%2,0$ 'sinde ( $n=1$ ) trakeostomi tüpü,  $\%98,0$ 'inde ( $n=49$ ) MV,  $\%62,0$ 'sinde ( $n=31$ ) santral venöz kateter,  $\%92,0$ 'sinde ( $n=46$ ) periferik venöz kateter,  $\%62,0$ 'sinde ( $n=31$ ) nasogastrik sonda,  $\%96,0$ 'sında ( $n=48$ ) idrar sondası,  $\%74,0$ 'ünde ( $n=37$ ) göğüs tüpü/drenaj tüpü/diğer tüpler; kontrol grubunun  $\%96,0$ 'sında ( $n=48$ ) endotrakeal

tüp, %2,0'sinde (n=1) trakeostomi tüpü, %98,0'inde (n=49) MV, %60,0'ında (n=30) santral venöz kateter, %86,0'sında (n=43) periferik venöz kateter, %62,0'sinde (n=31) nasogastrik sonda, %98,0'inde (n=49) idrar sondası, %80,0'ninde (n=40) göğüs tüpü/drenaj tüpü/diğer tüpler gibi araçların takılı olduğu ve gruplar arasında bu değişkenler açısından istatistiksel anlamlılıkla bir farkın olmadığı ( $p>0,05$ ),

- Bireylerin YBÜ'de 24.saattteki fizyolojik parametreleri, ağrı ve APACHE II puanları incelendiğinde; deney grubunda SKB ( $127,56\pm 19,65$  mmHg), DKB ( $71,82\pm 12,89$ ), KTA ( $86,66\pm 15,72$ /dk), SpO<sub>2</sub> ( $\%96,22\pm 2,31$ ), VS ( $36,70\pm 0,51^{\circ}\text{C}$ ), APACHE II ( $11,92\pm 4,14$ ), ağrı ( $2,48\pm 2,58$ ) ile kontrol grubunda SKB ( $122,70\pm 17,13$  mmHg), DKB ( $71,82\pm 11,48$  mmHg), KTA ( $85,52\pm 14,68$ /dk), SpO<sub>2</sub> ( $\%96,42\pm 2,30$ ), VS ( $36,60\pm 0,50^{\circ}\text{C}$ ), APACHE II ( $11,94\pm 3,83$ ), ağrı ( $2,90\pm 2,52$ ) ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ( $p>0,05$ ),
- Bireylerin YBÜ'de konfor düzeylerini etkileyebilecek durumlar incelendiğinde; deney ve kontrol grubunun %98,0'inde (n=49) endotrakeal tüpünün 24 saat ve daha kısa süre ile kaldığı; trakeostomi tüpünün deney grubunda (%2,0, n=1) 24 saat ve daha kısa süre ile kaldığı, kontrol grubunda (%2,0, n=1) 24 saatten daha fazla süre ile takılı kaldığı; deney grubunun %98,0'inin (n=49), kontrol grubunun %96,0'sının (n=48) MV'ye girişimsel yol ile bağlandığı; deney grubunun %98,0'inin (n=49), kontrol grubunun %96,0'sının (n=48) 24 saat ve daha kısa süre ile MV'ye bağlı kaldığı; deney ve kontrol grubunun %88,0'ine (n=44) weaning yapılmadığı; weaning yapılan (n=6) deney grubundaki bireylerin %83,3'üne (n=5), weaning yapılan (n=6) kontrol grubundaki bireylerin ise %100,0'üne (n=6) 24 saat ve daha kısa süre ile weaning yapıldığı; deney ve kontrol grubunda bireylerin %98,0'ine (n=49) trakeal aspirasyon yapıldığı; deney grubunun %88,0'ine (n=44), kontrol grubunun %78,0'ine (n=39) pozisyon verilmediği; pozisyon değişimi yapılan deney grubundaki bireylerin (n=6) %83,3'üne (n=5), pozisyon değişimi yapılan kontrol grubundaki bireylerin (n=11) %81,8'ine (n=9) sandalyede mobilize edilerek pozisyon verildiği; deney grubunun %100,0'üne (n=50), kontrol grubunun %98,0'ine (n=49) analjezik ilaç uygulandığı; deney grubunun %66,0'sına (n=33), kontrol grubunun %80,0'ine

(n=40) sedatif ilaç uygulanmadığı; deney grubunun %96,0'sına (n=48), kontrol grubunun %100,0'üne (n=50) fiziksel kısıtlama/tespit edici uygulama yapılmadığı; deney grubunun %62,0'sinin (n=31), kontrol grubunun %44,0'ünün (n=22) 4 saat ve daha kısa süre ile ameliyatta kaldığı/anestezi aldığı; deney ve kontrol grubunun %98,0'inin (n=49) 07.30-19.30 saatleri arasında YBÜ'ye kabul edildiği; deney grubunun %96,0'sında (n=48), kontrol grubunun %94,0'ünde (n=47) hemşire başına düşen hasta sayısının üç olduğu belirlendi ve gruplar arasında konforu etkileyebilecek bu değişkenler açısından istatistiksel anlamlılıkla bir farklılık olmadığı ( $p>0,05$ ),

- Bireylerin konfor düzeylerini etkileyebilecek durumlarının ordinal veri olarak dağılımı incelendiğinde; deney grubunda endotrakeal tüpün kalış süresi ( $4,23\pm 4,50$  saat), MV'da kalma süresi ( $4,09\pm 4,48$  saat), weaning yapılma süresi ( $9,50\pm 14,81$  saat), ameliyatta kalma/anestezi alma süresi ( $4,25\pm 1,60$  saat) ile kontrol grubunda endotrakeal tüpün kalış süresi ( $3,40\pm 3,83$  saat), MV'da kalma süresi ( $4,51\pm 6,41$  saat), weaning yapılma süresi ( $4,50\pm 7,61$  saat), ameliyatta kalma/anestezi alma süresi ( $4,51\pm 2,00$  saat) ortalama değerleri arasında istatistiksel anlamlılıkla bir farkın olmadığı ( $p>0,05$ ),
- Bireylerin YBÜ'den transfer sırasındaki fizyolojik parametreleri ve ağrı puanları incelendiğinde; deney grubunun SKB ( $126,62\pm 19,40$  mmHg), DKB ( $71,36\pm 12,71$ ), KTA ( $85,72\pm 15,00$ /dk), SpO<sub>2</sub> ( $\%96,08\pm 2,18$ ), VS ( $36,60\pm 0,49^\circ\text{C}$ ), ağrı ( $2,22\pm 2,49$ ) ile kontrol grubunun SKB ( $124,26\pm 14,20$  mmHg), DKB ( $72,94\pm 10,78$  mmHg), KTA ( $84,72\pm 14,33$ /dk), SpO<sub>2</sub> ( $\%96,26\pm 2,16$ ), VS ( $36,56\pm 0,53^\circ\text{C}$ ) ve ağrı ( $2,64\pm 2,48$ ) ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ( $p>0,05$ ),
- Bireylerin YBÜ'den transfer edildikten 24 saat sonraki fizyolojik parametreleri ve ağrı puanları incelendiğinde; deney grubunda SKB ( $120,82\pm 20,64$  mmHg), DKB ( $75,80\pm 12,26$  mmHg), KTA ( $87,28\pm 12,46$ /dk), solunum sayısı ( $22,08\pm 3,85$ /dk), VS ( $36,85\pm 0,52^\circ\text{C}$ ), ağrı ( $2,16\pm 2,24$ ) ile kontrol grubunda SKB ( $119,06\pm 15,64$  mmHg), DKB ( $73,80\pm 9,45$  mmHg), KTA ( $86,34\pm 11,41$ /dk), solunum sayısı ( $21,80\pm 3,03$ /dk), VS ( $36,86\pm 0,44^\circ\text{C}$ ), ağrı ( $2,46\pm 2,54$ ) ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ( $p>0,05$ ),



- Bireylerin YBÜ'den transfer edildikten 24 saat sonraki GKÖ puanları incelendiğinde; deney grubunun Fiziksel alt boyutu puan ortalamasının ( $35,28 \pm 5,81$ ), kontrol grubundaki bireylerin puan ortalamasından ( $31,20 \pm 5,72$ ) yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu ( $p < 0,01$ ); deney grubunun Psikospiritüel alt boyutu puan ortalamasının ( $46,48 \pm 4,08$ ), kontrol grubunun puan ortalamasından ( $43,74 \pm 4,26$ ) daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu ( $p < 0,01$ ); deney grubunun Çevresel alt boyutu puan ortalaması ( $44,94 \pm 4,30$ ) ile kontrol grubu ( $42,66 \pm 4,87$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ( $p < 0,05$ ); deney grubunun Sosyokültürel alt boyutu puan ortalaması ( $28,38 \pm 2,71$ ) ile kontrol grubu ( $28,12 \pm 2,14$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın bulunmadığı ( $p > 0,05$ ); deney grubunda GKÖ Ferahlama alt düzeyi puan ortalamasının ( $48,72 \pm 4,69$ ), kontrol grubunun puan ortalamasından ( $46,04 \pm 4,66$ ) daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu ( $p < 0,01$ ); deney grubunun Rahatlama alt düzeyi puan ortalamasının ( $55,32 \pm 4,62$ ), kontrol grubunun puan ortalamasından ( $51,48 \pm 5,21$ ) daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu ( $p < 0,01$ ); deney grubunun Üstünlük alt düzeyi puan ortalamasının ( $51,04 \pm 4,01$ ), kontrol grubunun puan ortalamasından ( $48,20 \pm 5,23$ ) daha yüksek olduğu ve aralarındaki bu farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu ( $p < 0,01$ ); deney grubunun GKÖ toplam puanı ortalaması ( $155,08 \pm 11,87$ ) ile kontrol grubunun GKÖ toplam puanı ortalaması ( $145,72 \pm 13,06$ ) arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir farklılık olduğu ( $p < 0,01$ ),
- Bireylerin servise kabuldeki GKÖ puanları ile YBÜ'den transfer edildikten 24 saat sonraki GKÖ puanları incelendiğinde; Deney grubundaki bireylerin GKÖ “Psikospiritüel” alt boyutu ve “Üstünlük” düzeyi puan ortalaması ilk ölçüme göre istatistiksel olarak anlamlı derecede pozitif yönlü artarken ( $p < 0,05$ ;  $p < 0,01$ ); GKÖ “Sosyokültürel” alt boyutu puan ortalamasının ise ilk ölçüme göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düştüğü ( $p < 0,01$ ), kontrol grubundaki bireylerin GKÖ “Fiziksel”, “Sosyokültürel” alt boyutları ve “Ferahlama”, “Rahatlama” düzeyleri puan ortalamasının ise, ilk ölçüme göre istatistiksel olarak anlamlı derecede azaldığı ( $p < 0,05$ ;  $p < 0,01$ ); deney ve kontrol grubundaki bireylerin ilk ölçüm ve son ölçüm GKÖ toplam puan ortalamaları incelendiğinde, deney grubunda ilk

ölçüm öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmasa da genel bir artışın olduğu ( $p>0,05$ ), kontrol grubunda ise ilk ölçüme göre istatistiksel olarak anlamlı derecede azalmanın olduğu ( $p<0,05$ ) saptandı.

***Bu sonuçlar doğrultusunda;***

- Yoğun bakım ünitesine planlı kabul edilecek hasta bireylere YBÜ'ye kabul öncesi yoğun bakım hemşiresi tarafından YBÜ hakkında bilgi verilmesi; bunun için kurum içinde gerekli düzenlemelerin ve insan gücü planlamasının yapılması,
- Yoğun bakım ünitesine planlı kabul edilen hasta bireyler için kuruma özgü “Planlı Kabul Protokolü” ve bu kapsamda YBÜ Tanıtım kitapçığının geliştirilmesi,
- Yoğun bakım ünitesine kabulde “Plansız Kabul Protokolü” uygulamasının hasta birey ve yakınları/önemli kişiler üzerindeki etkisinin araştırılması,
- Yoğun bakım ünitesi konsültasyon hemşiresi modelinin etkinliğinin analiz edilmesi,
- Yoğun bakım ünitesinde kullanılmak üzere “Konfor Düzeyi Ölçeği”nin geliştirilmesi çalışmalarının yapılması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

- Abelha, F. J., Santos, C. C., Maia, P. C., Castro, C. A. ve Barros, H. (2007). Quality of life after stay in surgical intensive care unit. *BioMed Central Anesthesiology*, 7(8), 1-12.
- Akansel, N. ve Yıldız, H. (2010). Pulse oksimetre değerlerinin güvenilir olması için neleri bilmeliyiz? *Türkiye Klinikleri Anesteziyoloji Reanimasyon Dergisi*, 8(1), 44-48.
- Akbayrak, N. ve Bağcıvan, G. (2010). Yoğun bakım ünitelerinde sık görülen enfeksiyonların önlenmesinde kanıta dayalı uygulamalar. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(4), 65-71.
- Akın, Ş. ve Arıboğan, A. (2006). Yoğun bakım ünitesinde tedavi edilen hastalarda strese neden olan faktörlerin cinsiyetler açısından değerlendirilmesi. *Anestezi Dergisi*, 14(4), 232-236.
- Akıncı, A. ve Pınar, R. (2011). Kronik obstrüktif akciğer hastalarının günlük yaşam aktivitelerini yapma sırasında bağımlılık durumları ve etkileyen faktörler. *e-Journal of New World Sciences Academy Medical Sciences*, 1B0023, 6(1), 9-18.
- Akıncı, İ. Ö. (2010). Yoğun bakımda postoperatif enfeksiyon dışı ateş. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 8, 90-93.
- Akıncı, S. B. (2003). Kritik hastada hemodinamik monitörizasyon. *Yoğun Bakım Dergisi*, 3(1), 5-21.
- Akıncı, S. B., Kanbak, M., Güler, A., Canbay, Ö. ve Aypar, Ü. (2007). Mekanik ventilasyondaki hastalarda stres yaratan deneyimler. *Türk Anesteziyoloji Reanimasyon Derneği Dergisi*, 35(5), 320-328.
- Akman, H. (2011). *İçsel ve dışsal motivasyon unsurlarına ilişkin türk telekomünikasyon a.ş.'de çalışanlar üzerinde bir araştırma*. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Tezsiz Yüksek Lisans Bitirme Projesi, Isparta.
- Akpir, K. (2002). Yoğun bakım serüveni: Dün bugün. *Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 1(1), 6-12.
- Akpir, K. ve Çakar, N. (1997). Yoğun bakımda invaziv girişimler ve enfeksiyon sorunu. *ANKEM Dergisi*, 11(3), 369-373.
- Akpolat, T. (2003). Diyaliz. İçinde Şahinoğlu A.H. (Ed) *Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri*. Ankara: Türkiye Klinikleri Yayınevi, 117-126.

- Alaca, Ç., Yiğit, R. ve Özcan, A. (2011). Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların hastalık sürecinde yaşadığı deneyimler konusunda hasta ve hemşire görüşlerinin karşılaştırılması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(2), 69-74.
- Arboura, C. ve Gélinasa, C. (2010). Are vital signs valid indicators for the assessment of pain in postoperative cardiac surgery ICU adults? *Intensive and Critical Care Nursing*, 26, 83-90.
- Arnoğlu, B. (2012). *Göğüs tüpü çıkarma işlemi öncesi uygulanan progresif kas gevşeme egzersizinin ağrı üzerine etkisi*. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Adana.
- Arslan Özkan, İ. ve Okumuş, H. (2012). Bakım ve iyileşmenin kesiştiği bir model: Watson'ın insan bakım modeli. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2, 61-72.
- Arslan, Ü. (2006). *Yoğun bakım hastalarının prognoz değerlendirmesinde SAPS (Simplified Acute Hystology Score) ve MPM (Mortality Probability Models)'nin etkinliğinin araştırılması*. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Isparta.
- Ashkenazy, S. ve Ganz, F. D. (2011). Assessment of the reliability and validity of the comfort scale for adult intensive care patients. *Heart and Lung*, 40(3), 44-51.
- Aslan, F. ve Karadağ, Ş. (2007). Ağrı: Yoğun bakım ünitesinde hemşireye hastanın yerine düşünme ve hissetme zorunluluk ve sorumluluğu yükleyen bir sorun. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 11(2), 89-95.
- Aslan, Ö., Vural, H., Kömürcü, Ş. ve Özet, A. (2007). Kemoterapi alan kanser hastalarına verilen eğitimin kemoterapi semptomlarına etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(1), 15-28.
- Aştı, T. (2003). *Bakım teknolojisinde yenilikler*. IX. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı, Antalya.
- Aydin, N. ve Akansel, N. (2013). Determination of accuracy of nursing diagnoses used by nursing students in their nursing care plans. *International Journal of Caring Sciences*, 6(2), 252-257.
- Aygin, D. ve Var, G. (2012). Travmalı hastanın ağrı yönetimi ve hemşirelik yaklaşımları. *Sakarya Medical Journal*, 2(2), 61-70.
- Aygin, D. Eti Aslan, F. ve Cengiz, H. (2012). Yaşlı Cerrahi Hastasında Ameliyat Sonrası Erken Dönem. ([http://www.akadgeriatri.org/managete/fu\\_folder/2012-01/html/2012-4-1-012-017.htm](http://www.akadgeriatri.org/managete/fu_folder/2012-01/html/2012-4-1-012-017.htm)) (Erişim Tarihi: 29.05.2013).

- Aygün, G. (2006). Kateter ilişkili bakteremi yönetimi. *Yoğun Bakım Dergisi*, 6(Ek 1), 11-17.
- Aygün, G. (2008). Damar içi kateter enfeksiyonlarının önlenmesi ve kontrolü. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, *Hastane Enfeksiyonlari: Korunma ve Kontrol Sempozyum Dizisi*, 60, 79-88.
- Babadağ, K. (2010). *Hemşirelik ve değerler*. 1. Baskı. Alter Yayıncılık, Ankara, 31-55.
- Bacakoğlu, F. (2002). Mekanik ventilasyona bağlı akciğer hasarı. *Türk Toraks Dergisi*, 3(2), 207-212.
- Badır, A. ve Aslan, E. F. (2003). Yoğun bakım ünitelerinde çok konuşulan az sorgulanan bir sorun: ağrı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 7(2), 100-108.
- Balcı, A. ve Enç, N. (2013). Koroner anjiyografi uygulanacak hastalara verilen görsel-işitsel eğitimin fizyolojik ve psikososyal parametreler üzerine etkisi. *Türk Kardiyol Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 4(5), 41-50.
- Beğer, T. (2004). Yoğun bakımda dekübit ülserleri: risk faktörleri ve önlenmesi. *Yoğun Bakım Dergisi*, 4(4), 244-253.
- Berg, A., Fleischer, S., Koller, M. ve Neubert, T. R. (2006). Preoperative information for ICU patients to reduce anxiety during and after the ICU-stay: protocol of a randomized controlled trial. *BMC Nursing*, 5(4), 1-7.
- Bigatello, L. M. ve George, E. (2002). Hemodynamic monitoring. *Minerva Anesthesiology*, 68, 219-225.
- Biol, L. (2007). *Hemşirelik Süreci*. (8. Baskı). İzmir: Etki Matbaacılık.
- Blay, N. ve Donoghue, J. (2005). The effect of pre-admission education on domiciliary recovery following laparoscopic cholecystectomy. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 22(4), 14-20.
- Bota, D. P., Ferreira, F. L., Melot, C. ve Vincent, J. L. (2004). Body temperature alterations in the critically ill. *Intensive Care Med*, 30, 811-816.
- Carpenito, L. J. (1999). *Handbook of Nursing Diagnosis*. (8<sup>th</sup> Eds.). Philadelphia: Lippincott Company.
- Carr, J. (2007). Psychological consequences associated with intensive care treatment. *Trauma*, 9, 95-102.
- Castledine, G. (2006). The importance of measuring and recording vital signs correctly. *British Journal of Nursing*, 15(5), 285.

- Chang, L. Y., Wang, K. ve Chao, Y. F. (2008). Influence of physical restraint on unplanned extubation of adult intensive care patients: a case-control study. *American Journal of Critical Care*, 17, 408-415.
- Chenaud, C., Merlani, P., Luyasu, S. ve Ricou, B. (2006). Informed consent for research obtained during the intensive care unit stay. *Critical Care*, 10(6), 2-8.
- Colley, S. (2003). Nursing theory: Its importance to practice. *Nursing Standard*, 17(46), 33-37.
- Coşkun, H. ve Akbayrak, N. (2001). Hastaların kliniklere kabul ve taburculuklarında hemşirelik yaklaşımlarının belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(2), 63-68.
- Cömert, B. (2006). Savaş koşullarında yoğun bakım. *Yoğun Bakım Dergisi*, 6(1), 16-21.
- Cuhruk, H. (2008). *Hasta Monitörleri: İçinde: Morgan, G.E., Mikhael, M.S., Murray, M.J.* Çeviri ed: Tulunay, M., Cuhruk H. Klinik Anesteziyoloji. Güneş Kitapevleri, Ankara, 117-154.
- Cupples, S. A. (1991). Effects of timing and reinforcement of preoperative education on knowledge and recovery of patients having coronary artery bypass graft surgery. *Heart Lung*, 20(6), 654-660.
- Çamcı, E. (2006). Fonksiyonel hemodinamik monitörizasyon. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 4(2), 41-48.
- Çelik, N. (2013). Nazogastrik tüp ve hemşirelik girişimleri. *S.D.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(2), 108-113.
- Çelik, S. (2003). Nöroşirürji yoğun bakım ünitelerinde nozokomiyal enfeksiyonlar. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 7(1), 38-44.
- Çelik, S. (2006). Mekanik ventilasyonda hasta bakımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 10(1-2), 19-25
- Çelik, S. (2013). Batın ameliyatından 24-48 saat sonra hastaların ağrı düzeyleri ve uygulanan hemşirelik girişimleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 325-330.
- Çelik, S., Kavrazlı, S. ve Demircan, E. (2012). Yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel tespit kullanımına ilişkin bilgi, tutum ve uygulamaları. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 176-183.
- Çelik, S., Öztekin, D., Akyolcu, N. ve İşsever, H. (2005). Sleep disturbance: the patient care activities applied at the night shift in the intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 102-106.

- Çelikel, T. (2001). Dünyada ve Türkiye’de Yoğun Bakım Uzmanlığı. ([http://yogunbakimdergisi.org/managete/fu\\_folder/2001-01/html/2001-1-1-005-010.html](http://yogunbakimdergisi.org/managete/fu_folder/2001-01/html/2001-1-1-005-010.html)) (Erişim Tarihi: 14.04.2013).
- Çetinkaya, F. ve Karabulut, N. (2010). Batın ameliyatı olacak yetişkin hastalara ameliyat öncesi verilen eğitimin kaygı ve ağrı düzeyine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2), 20-26.
- Çınar, Ö., Pirat, A., Zeyneloğlu, P., Camkıran, A., Bayraktar, N., Araz, C. ve ark. (2011). Yoğun bakım hastalarının endotrakeal entübasyonunda ortaya çıkan metabolik ve hemodinamik yanıtlara ketamin ve etomidatın etkilerinin karşılaştırılması. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 9, 77-84.
- Çoker, A. (2006). İmmunonutrisyon. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 4(1), 40-44.
- Çöçelli, L. P., Bacaksız, B.D. ve Ovayolu, N. (2008). Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 14, 53-58.
- Davie, A. ve Amoore, J (2010). Best practice in the measurement of body temperature. *Nursing Standard*, 24(42), 42-49.
- Dedeli, Ö. ve Akyol, A. D. (2005). Yoğun bakım sendromu. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 9(1-2), 20-27.
- Demir, Y. (2012). Yoğun bakım ünitesinde ağrı deneyimi ve ağrının değerlendirilmesi: literatür incelemesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(1), 24-30.
- Demirkıran, O. (2007). Ventilatörden ayırma (“weaning”) yöntemleri. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 5(1), 86-91.
- Dilek, A. (2008). Weaningde noninvaziv ventilasyon. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 6(3), 44-51.
- Düger, C., İsbir, A. C., Uysal, İ. Ö., Özdemir, K. İ., Gürsoy, S. ve ark. (2013). Yoğun bakım ünitesinde yapılan cerrahi ve perkütan trakeostomilerin komplikasyonlar yönünden değerlendirilmesi. *Türk Anesteziyoloji Reanimasyon Dergisi*, 41, 84-7.
- Düzel, V. (2008). *Hemşire ve hastaların postoperatif ağrı değerlendirmelerinin karşılaştırılması*. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Adana.
- Efil, S., Kurucu, N. M. ve Eser, O. (2011). Beyin cerrahi yoğun bakımında takip edilen hastaların hasta yakını ziyaret sıklığının ve hemşire ile olan iletişimin hastanın iyileşmesine etkisi. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 12, 151-155.

- Eisendrath, S. J. ve Chamberlain, J. R. (2004). Current. Yoğun Bakım ve Tedavi: Psikiyatrik Problemler. Çev: E. Eşel, (2. baskı), Ankara: Güneş Kitabevi, 466-477.
- Ekim, A., Manav, G. ve Ocağcı, A. F. (2012). Ülkemizde teori temelli hemşirelik araştırmaları: bir gözden geçirme. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, (4), 157-161.
- Enç, N. (2005). Yoğun bakım hemşireliği. *İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü Dergisi*, 4(12), 25-28.
- Erbaş, M., Ateş, H. Gezer, S. ve ark. (2013). Entübasyon sonrası gelişen trakeal stenozun anestezi yönetimi ve cerrahi prosedürü. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 11(2), 82-86.
- Erdemir, F. (2005). *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. (7. Baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Erdemir, F. ve Çırlak, A. (2013). Rahatlık kavramı ve hemşirelikte kullanımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 6(4), 224-230.
- Erdeve, Ö., Atasay, B., Arsan, S. ve Türmen, T. (2008). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatış deneyiminin aile ve prematüre bebek üzerine etkileri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 51, 104-109.
- Ergin, M., Yeğinsu, A. ve Gürlek, K. (2010). Göğüs tüpü takılması. *Ulusal Cerrahi Dergisi*, 26(2), 115-12.
- Erol, Ö. ve Enç, N. (2009). Yoğun bakım alan hastaların uyku sorunları ve hemşirelik girişimleri. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 1(1), 24-31.
- Esen, H., Öntürk, K. Z., Badır, A. ve Eti Aslan, F. (2010). Entübe ve sedatize yoğun bakım hastalarının pozisyon verme ve aspirasyon sırasındaki ağrı davranışları. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2), 89-93.
- Eşer, İ. ve Hakverdioğlu, G. (2006). Fiziksel tespit uygulamaya karar verme. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(1), 37-42.
- Eşer, İ., Khorshid, L. ve Hakverdioğlu, G. (2007). The characteristics of physically restrained patients in intensive care units. *International Journal of Human Sciences*, 4(2), 2-12.
- Fleischer, S., Berg, A., Neubert, T. R., Koller, M., Behrens, J., Becker, R., et al. (2009). Structured information during the ICU stay to reduce anxiety: study protocol of a multicenter randomized controlled trial. *Trials*, 10(84), 1-9.
- Fredriksen, S. T. D. ve Ringsberg, K. C. (2007). Living the situation stress-experiences among intensive care patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23, 124-131.



- Gök, F. ve Yosunkaya, A. (2012). Yoğun bakımda hemodinamik monitörizasyon. *Türkiye Klinikleri Journal of Anesthesiology Reanimation-Special Topics*, 5(1), 1-13.
- Granja, C., Lopes, A., Moreira, S., Dias, C., Costa-Pereira, A. ve Carneiro, A. (2005). Patients' recollections of experiences in the intensive care unit may affect their quality of life. *Critical Care*, 9(2), 96-109.
- Grap, M. J. ve Munro, C. (2005). Quality Improvement in Backrest Elevation: Improving Outcomes in Critical Care. *AACN Clinical Issues*, 16(2), 133-139.
- Griffiths, R. D. ve Jones, C. (1999). ABC of intensive care: Recovery from intensive care. *British Medical Journal*, 319, 427-429.
- Gülezer, G. N. ve Taşçı, S. (2009). Onkolojide sık kullanılan santral venöz kateterleri ve bakımı. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 23 (1), 47-51.
- Gündoğan, K., Coşkun, R., Güven, M. ve Sungur, M. (2011). Yoğun bakımda endotrakeal entübasyon komplikasyonları. *Yoğun Bakım Dergisi*, 2, 39-43.
- Gür, Ö., Çakır, H., Demiray, E. Sarı, B., Gür, D. Ö. ve Özsöyler, İ. (2012). The method of drainage tube pulling under negative pressure in patients with open heart surgery. *Cukurova Medical Journal*, 37(3), 146-149.
- Hakverdioğlu, G. (2007). Oksijen saturasyonunun değerlendirilmesinde pulse oksimetre kullanımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(3), 45-49.
- Hatipoğlu, S. (2002). Cerrahi yoğun bakım hemşireliği ilkeleri. *Gülhane Tıp Dergisi*, 44(4), 475-479.
- Herr, K., Coyne, P. J., Manworren, R., McCaffery, M., Merkel, S., Pelosi-Kelly, J. et al. (2006). Pain assessment in the nonverbal patient: Position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing*, 7(2), 44-52.
- Işık, O., Akbolat, M., Çetin, M., Çimen, M. (2012). Hemşirelerin bakış açısıyla tıbbi hataların değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(4), 421-430.
- İlgün, S. ve Ovayolu, N. (2005). Yoğun bakım ünitelerinde sık görülen hastane enfeksiyonları ve alınması gereken önlemler. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 9(1-2), 14-19.
- İnci, F. ve Öz, F. (2009). Ölüm eğitiminin hemşirelerin ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon ve ölümcül hastaya tutumlarına etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10, 253-260.
- İsbir, G. G. ve Mete, S. (2009). Hemşirelik bakımında model kullanımına bir örnek: bulantı kusma sorunu olan bir gebenin Roy uyum modeline göre incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(2), 75-86.

- Juang, D. F., Lee, C. H., Yang, T. ve Chang, M. C. (2010). Noise pollution and its effects on medical care workers and patients in hospitals. *International Journal of Environmental Science Technology*, 7(4), 705-716.
- Kabalak, A. ve Yastı, Ç. (2011). Yanık yoğun bakım ünitesinde santral venöz kateterizasyon deneyimlerimiz. *Yeni Tıp Dergisi*, 28(4), 235-238.
- Kadanalı, A. (2006). Üriner sistem infeksiyonları. *The Eurasian Journal of Medicine*, 38, 119-123.
- Kadiev, S. ve Ali, N. (2008). Sleep in the intensive care unit. *Sleep Meditation Clinic*, 3, 569-580.
- Kahveci, F. (2008). Yoğun bakım hastalarında ateş-hipotermi. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 6(2), 7-12.
- Karabacak, Ü. (2004). *Meme kanserli hastalarda konforu destekleyici hemşirelik bakımının ve eğitimin radyoterapi uygulaması ile etkileşimi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.
- Karabacak, Ü. ve Acaroğlu, R. (2011). Konfor kuramı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4(1), 197-202.
- Karagözoğlu, Ş., Çabuk, S., Tahta, Y. ve Temel, F. (2007). Hastanede yatan yetişkin hastaların uykusunu etkileyen bazı faktörler. *Toraks Dergisi*, 8(4), 234-240.
- Karakaplan, S. ve Yıldız, H. (2010). Doğum sonu konfor ölçeği geliştirme çalışması. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(1), 55-65.
- Karayurt, Ö. (1998) Ameliyat öncesi uygulanan farklı eğitim programlarının hastaların anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisinin incelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(1), 20-26.
- Karayurt, Ö. ve Akyol, Ö. (2008). Yoğun bakım hastalarında ağrı değerlendirmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(4), 96-104.
- Kaya, H. (2004). Yoğun bakım ünitesinde yatan spinal kord yaralanmalı hastaların hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 8(1), 32-37.
- Kaya, H., Aştı, T., Acaroğlu, R., Erol, S. ve Savcı, C. (2008). Hemşirelerin fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin bilgi tutum ve uygulamaları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 1(2), 21-29.
- Kaya, N. (2002). Romatoid artritli bireylerde sağlığa ilişki yaşam kalitesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.

- Kaya, N. (2012). Roper, Logan Tierney'in Hemşirelik Modeli. İçinde Babadağ, K., Aştı, T. (Ed.), *Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi*. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık, 1-7.
- Kaya, N. (2013). İç Hastalıkları Hemşireliğinde Temel Kavramlar: Hemşirelik Süreci. İçinde Z. Durna (Ed.), *İç Hastalıkları Hemşireliği*. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık, 47-78.
- Kaya, N., Babadağ, K., Yeşiltepe Kaçar, G. ve Uygur, E. (2010). Hemşirelerin hemşirelik model/kuramlarını, hemşirelik sürecini ve sınıflama sistemlerini bilme ve uygulama durumları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(3), 25-33.
- Khorshid, L., Eşer, İ., Zaybak, A. ve Yapucu, Ü. (2004). Sağlıklı erişkin bireylerin beden sıcaklığının ölçümünde civalı, timpanik ve tek kullanımlık termometrelerin karşılaştırılması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(1), 25-29.
- Kılıç, M. ve Öztunç, G. (2012). Ağrı kontrolünde kullanılan yöntemler ve hemşirenin rolü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 7(21), 35-51.
- Kılıç, M. ve Öztunç, M. (2012). Ağrı kontrolünde kullanılan yöntemler ve hemşirenin rolü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 7(21), 35-51.
- Kızmaz, Z. (2006). Şiddetin sosyokültürel kaynakları üzerine sosyolojik bir yaklaşım. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 16(2), 247-267.
- Knaus, W. A., Zimmerman, J. E. ve Wagner, D. P. (1981). APACHE-acute physiology and chronic health evaluation: A physiologically based classification system. *Critical Care Medicine*, 9, 591.
- Knaus, W. A., Draper, E. A. ve Wagner, D. P. (1985). APACHE II: A severity of disease classification system. *Critical Care Medicine*, 13(10), 818-29.
- Koç, S., Büker, N., Şavkın, R. ve Kıter, E. (2012). Ortopedi ve travmatoloji hastalarının bağımsızlık ve depresyon düzeylerinin hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyi üzerine etkisi. *The Journal of Kartal Training and Research Hospital*, 23(3), 130-136.
- Kocamanoğlu, İ. S. (2003). Yoğun Bakımda Anestezi Uygulamaları. İçinde Şahinoğlu A.H. (Ed) *Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri*. Ankara: Türkiye Klinikleri Yayınevi, 93-116.
- Kolcaba, K. (2001). Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook*, 49(2), 86-92.

- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice. A Vision for Holistic Health Care and Research*. Springer Publishing Company, New York.
- Kolcaba, K. (2010). An introduction to comfort theory. In The comfort line. Retrieved November 10, 2010, from: <http://www.thecomfortline.com> (Erişim Tarihi: 28.05.2013) ([http://currentnursing.com/nursing\\_theory/comfort\\_theory\\_Kathy\\_Kolcaba.html](http://currentnursing.com/nursing_theory/comfort_theory_Kathy_Kolcaba.html))
- Kolcaba, K. ve Steiner, R. (2000). Empirical evidence for the nature of holistic comfort. *Journal of Holistic Nursing*, 18(1), 46-62.
- Kolcaba, K. Y. (1991). A taxonomic structure for the concept comfort. *Image*, 23, 237-240.
- Kolcaba, K. Y. (1992). Holistic comfort: Operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. *Advances in Nursing Science*, 15(1), 1-10.
- Kolcaba, K. Y. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1178-1184.
- Kolcaba, K. Y. ve Kolcaba, R. J. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 1301-1310.
- Kolcaba, K., Tilton, C. ve Drouin, C. (2006). Comfort theory. A unifying framework to enhance the practice environment. *The Journal of Nursing Administration*, 36(11), 538-544.
- Korfalı, G. (2008). Yoğun bakımda diyare - konstipasyon. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 6(2), 51-55.
- Koyuncu, A., Yava, A., Kürklüoğlu, M., Güler, A. ve Demirkılıç, U. (2011). Mekanik ventilasyondan ayırma ve hemşirelik. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 19(4), 671-681.
- Köksal, G. M. (2007). Deliryum. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 5(1), 27-30.
- Köner, Ö. (2006). Yoğun bakımda sistemik kan basıncı monitörizasyonu. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 4(2), 14-17.
- Kuşuoğlu, S. ve Karabacak, Ü. (2008). Genel konfor ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 16(61), 16-23.
- Kumsar, A. ve Yılmaz, F. (2013). Yoğun bakım ünitesinin yoğun bakım hastası üzerindeki etkileri ve hemşirelik bakımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10(2), 56-60.
- Kurçer, M. A. ve Özbay, A. (2011). Koroner arter hastalarında uygulanan yaşam tarzı eğitim ve danışmanlığının yaşam kalitesine etkisi. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 11, 107-113.

- Kurşun, Ş. ve Dramalı, A. (2011). Batın ameliyatı yapılan hastalarda postoperatif dönemde elektrikli battaniye ile ısıtmanın yeniden ısınma süresine etkisi. *Genel Tıp Dergisi*, 21(1), 1-4.
- Küçükdeveci, A. A. (2005). Rehabilitasyonda Yaşam Kalitesi. *Türk Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Dergisi*, 51(Özel Ek B), 23-29.
- Küçükdeveci, A. A., Yavuzer, G., Tennant, A., Süldür, N., Sonel, B. ve Arasıl, T. (2000). Adaptation of modified Barthel Index for use in physical medicine and rehabilitation in Turkey. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 32(29), 87-92.
- Lapinsky, S. E. (2009). Gebelikte Yoğun Bakım. İçinde K. Akpir, S. Tuğrul (Çev.Ed), *Klinik Yoğun Bakım*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, 625-637.
- Leary, T.S. ve Ridley, S.A. (2004). Organization, staffing and admission criteria for critical care in the UK. *Surgery*, 22(1), 76-82.
- Lenhardt, R. (2003). Monitoring and thermal management. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 17(4), 569-581.
- Ma, P., Liu, J., Xi, X., Du, B., Yuan, X., Lin, H., Wang, Y., Su, J. ve Zeng, L. (2010). Practice of sedation and the perception of discomfort during mechanical ventilation in Chinese intensive care units. *Journal of Critical Care*, 25, 451-457.
- Maestri, E., Nascimento, E. R., Bertocello, K. C. G. ve Martins, J. J. (2012). Evaluation of the welcoming strategies in the intensive care unit. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(1), 72-78.
- Malinowski, A. ve Stamler, L. L. (2002). Nursing theory and concept development or analysis. Comfort: exploration of the concept in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 39(6), 599-606.
- Martin, D. (1996). Pre-operative visits to reduce patient anxiety: a study. *Nursing Standard*, 10(23), 33-38.
- Matthews, E. E. (2011). Sleep disturbances and fatigue in critically ill patients. *American Association of Critical Care Nurses Advanced Critical Care*, 22(3), 204-224.
- Misak, C. J. (2004). The critical care experience. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 170, 357-359.
- Mollaoğlu, M., Tuncay, F.Ö. ve Fertelli, T.K. (2011). İnmeli hasta bakım vericilerinde bakım yükü ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(3), 125-130.

- Moral, A. R. (2003). Yoğun bakım ve etik sorunlar. *Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 1(3), 5-11.
- Moral, A. R. ve Uyar, M. (2006). Yoğun bakımda nütrisyon desteği. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 4(1), 6-12.
- Morse, J. M., Bottorff, J. L. ve Hutchinson, S. (1994). The phenomenology of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 189-195.
- Mumcu, M. (2008). *İlköğretim okulu öğrenci ve öğrenci faktörlerinin gerçek ve tercih edilen sınıf atmosferi algılarının bazı değişkenlere göre incelenmesi*. İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Bilim Uzmanlığı Tezi, Malatya.
- Neil, R. M. ve Tomey, A. M. (2006). *Nursing Theorists and Their Work*. 6. Ed. United States of America: Mosby Inc., 91-115.
- Öz, H. ve Köksal, G. M. (2006). İnvaziv mekanik ventilasyon. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*, 2(14), 89-96.
- Özata, M. ve Altuncan, H. (2010). Hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi: Konya örneği. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 8(2), 100-111.
- Özay, H. Y., Bombacı, E., Ercan, G. ve Çolakoğlu, S. (2012). Yoğun bakım ünitesine tekrar yatış yapılan olguların geriye dönük analizi; nedenleri, sonuçları ve mortaliteyi etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 10, 91-96
- Özberksoy, A., Özbayır, T. ve Taşdemir, N. (2009). Meme kanseri olan hastalarda ameliyat öncesi eğitimin ameliyat sonrası ağrı ve kaygı düzeylerine etkisi. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 29(6), 1605-1611.
- Özcan, P. (2010). Yoğun bakım ünitesinde postoperatif ateş. *ANKEM Dergisi*, 24(Ek 2), 92-94.
- Özdamar, K. (2004). *Paket Programlar İle İstatistiksel Veri Analizi*. Eskişehir: Kaan Kitabevi.
- Özden, D. (2007). Kapalı sistem aspirasyon yöntemi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(3), 29-37.
- Özden, D. ve Görülü, S. (2007). *Bir devlet hastanesinde açık ve kapalı sistem aspirasyon yöntemleri arasında standart getirilmesi ve bu yöntemlerin hastaların hemodinamik durumuna etkisinin belirlenmesi*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara.

- Özer, N. (2002). *Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesinden Kliniğe Taşınmada Planlı Eğitimin Hastaların Taşınma Kaygısı Üzerine Etkisi*. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Erzurum.
- Özer, N. ve Akyıl, R. (2008). The effect of providing information to patients on their perception of the intensive care unit, *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25(4), 71-78.
- Özkan, F. ve Şahinoğlu, A. H. (2009). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi cerrahi yoğun bakım ünitesinde yatan 967 hastanın retrospektif analizi. *Journal of Experimental Clinical Medicine*, 26, 62-67.
- Özveren, H. (2010). Mekanik ventilatöre bağlı hastalarda ağız bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 92-99.
- Panagiotis, K., Hero, B., Evangelos, M., Paraskevi, A., Maria, K. ve George, I. B. (2007). Fever and standard monitoring parameters of ICU patients: A descriptive study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23, 281-288.
- Payen, J. F., Bru, O., Bosson, J. L., Lagrasta, A., Novel, E., Deschaux, I. et al. (2001). Assessing pain in critically ill. Sedated patients by using a behavioral pain scale. *Critical Care Medicine*, 29(1), 2258-2263.
- Peterson, S. ve Bredow, T. (2009). *Middle range theories: application to nursing research*. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer, p.260.
- Pınar, G., Doğan, N., Algier, L., Kaya, N. ve Çakmak, F. (2009). Annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler. *Dicle Tıp Dergisi*, 36(3), 184-190.
- Polat, M.G. (2007). Yoğun bakımda fizyoterapi uygulamaları. *Yoğun Bakım Dergisi*, 7(3), 357-361.
- Potter, P. ve Perry, A.G. (2005). *Fundamentals of Nursing*. USA: Elsevier Company.
- Pour, H. (2012). Ameliyat sonrası ateş ve hemşirelik bakımı. *Gümüşhane University Journal of Health Sciences*, 1(4), 309-322.
- Pour, H. A. ve Yavuz, M. (2010). Vücut sıcaklığındaki yükselmenin (ateşin) hemodinamik parametrelere etkisi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(3), 73-79.
- Pugh, R. J. (2007). The impact of noise in the intensive care unit. *Critical and Emergency Care*, 4, 12-18.
- Random Assignment*. (Erişim Tarihi: 8 Ekim 2011) (<http://www1.assumption.edu/users/avadum/applets/RandAssign/GroupGen.html>).

- Ranier, L., Martin, G. ve Andrea, K. (2008). Hyperthermia during anaesthesia and intensive care unit stay. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 22(4), 669–694.
- Rattray, J., Johnston, M. ve Wildsmith, J.A.W. (2005). Predictors of emotional outcomes of intensive care. *Anaesthesia*, 6, 1085-1092.
- Roper, N., Logan, W. ve Tierney, A. (1996). *A Model For Nursing Based on a Model Living*. (4<sup>th</sup> ed.). Newyork: Churcill Living Stone Publish.
- Russell, S. (1999). An exploratory study of patients' perceptions, memories and experiences of an intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 29(4), 783-791.
- Sadati, L., Pazouki, A., Mehdizadeh, A., Shoar, S., Tamannaie, Z. ve Chaichian, S. (2013). Effect of preoperative nursing visit on preoperative anxiety and postoperative complications in candidates for laparoscopic cholecystectomy: a randomized clinical trial. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27, 994-998.
- Salamon, E., Kim, M., Beaulieu, J. ve Stefano, G. B. (2003). Sound therapy induced relaxation: down regulating stress processes and pathologies. *Medical Science Monitoring*, 9(5), 96-101.
- Samuelson, K. (2011). Unpleasant and pleasant memories of intensive care in adult mechanically ventilated patients—findings from 250 interviews. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27(2), 76-84.
- Sarıcaoğlu, F., Akıncı, S. B., Dal, D. ve Aypar, Ü. (2005). Yoğun bakım hastalarında analjezi ve sedasyon. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 36, 86-90.
- Sarıkaya, S. (2006). Preoperatif ve postoperatif pulmoner fizyoterapi uygulamalar. *Türk Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Dergisi*, 52, 123-128.
- Scott, A. (2004). Managing anxiety in ICU patients: the role of pre-operative information provision. *British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care*, 9(2), 72-79.
- Seyhan, T. Ö. (2006). Yoğun bakımda kullanılan sedatif ve analjezik ajanlar. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 4(1), 45-49.
- Shelton, B. K. (2010). Admission Criteria and Prognostication in Patients with Cancer Admitted to the Intensive Care Unit. *Critical Care Clinical*, 26, 1–20.
- Shuldham, C. M., Fleming, S. ve Goodman, H. (2002). The impact of pre-operative education on recovery following coronary artery bypass surgery. *European Heart Journal*, 23, 666–674.
- Siefert, M. L. (2002). Concept analysis of comfort. *Nursing Forum*, 37(4), 16-23.



- Strode, I., Seimane, S. ve Biksane, D. (2012). Pain management in nursing practice of intensive care post-operational stage patients. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*, 4(6), 892-900.
- Sungurtekin, H. (2006). Yoğun bakımda analjezi. *Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 4(1), 58-64.
- Şahinoğlu, A. H. (Ed) (2003). Yoğun bakım etiği. İçinde *Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri*. Ankara: Türkiye Klinikleri Yayınevi; 243-246.
- Tanrıöver, M. D., Sait, B., Arsava, B., Yorgancı, K. ve Topeli İskit, A. (2010). Critically ill surgical patients followed in a medical Intensive care unit. *Yoğun Bakım Dergisi*, 3, 60-62.
- Taşdemir, N. ve Özşaker, E. (2007). Yoğun bakım ünitesinde ziyaret uygulaması: ziyaretin hasta, hasta ailesi ve hemşire üzerine etkileri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(1), 27-31.
- Taşdemir, N., Özşaker, E., Demir Korkmaz, F. ve Köşeler, Z. (2009). Endotrakeal tüp uygulamasına bağlı rahatsızlıkların incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 25(3), 1-8.
- Taşoğlu, İ., Demir, A. ve Tezcan, B. (2011). Endotrakeal entübasyona bağlı nadir bir komplikasyon: orofarenks perforasyonu. *Journal of Anesthesia*, 19 (4), 228-230.
- Taştan, S., Ünver, V., İyigün, E. ve İyisoy, A. (2012). Study on the effects of intensive care environment on sleep state of patients. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 4(1), 5-10.
- Tate, J. A., Dabbs, A. D., Hoffman, L. A., Milbrandt, E. ve Happ M. B. (2011). Anxiety and agitation in mechanically ventilated patients. *Qualitative Health Research*, XX(X), 1-17 (DOI: 10.1177/1049732311421616).
- Terzi, B. (2009). *Reanimasyon ünitesinden taburcu olan bireylerin yoğun bakım deneyimleri*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Terzi, B. ve Kaya, N. (2011a). Yoğun bakım ünitesinden taburcu edilen bireylerin yoğun bakım deneyimleri. *Anesteziyoloji Reanimasyon Dergisi*, 9(1), 34-45.
- Terzi, B. ve Kaya, N. (2011b). Yoğun bakım hastasında hemşirelik bakımı. *Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Dergisi*, 1, 21-25.
- Terzi, B., Azizoğlu, F., Polat, Ş., Yapıcı, Z., İşever, H. ve Kadioğlu, A. (2012). *Yoğun bakım ünitesindeki gürültü düzeyinin ünite çalışan hemşireler üzerindeki etkisi*. İçinde Yaşar B. (ed.) 1. Ulusal Sağlık Kuruluşları Çevre Yönetim Sempozyumu Kitabı, Dilek Matbaacılık, İstanbul, 68-71.

- Tunçay, G. Y. ve Uçar, H. (2010). Hastaların yoğun bakım ünitesinin fiziksel ortam özelliklerine ilişkin görüşleri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 33-46.
- Turan, S., Ayık, İ., Yamak, B., Yavuz, S., Bektaş, Ş., Yağar, S. ve ark. (2012). Endotrakeal aspirasyona bağlı olarak gelişen trakeal yaralanma. *Türk Anesteziyoloji Reanimasyon Dergisi*, 40(1), 40-46.
- Tutton, E. ve Seers, K. (2003). An exploration of the concept of comfort. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 689-696.
- Tümerdem, Y. (2006). Gerçek yaş. *Turkish Journal of Geriatrics*, 9(3), 195-196.
- Tünger, Ö. ve Tireli, M. (2013). İntravenöz kateter infeksiyonları: sorunlar ve çözümler. *ANKEM Dergisi*, 27(2), 96-105.
- Türedi, D. (2011). Yoğun bakım hastalarının akut fizyolojik durum değişikliklerinin hasta yakınlarının psikolojileri üzerine etkileri. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Adana.
- Türkmen, E. ve Uslu, A. (2011). Özel bir hastanede hemşirelerin dolaylı bakım uygulamalarının değerlendirilmesi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 19(2), 60-67.
- Uçgun, İ. (2008). Mekanik ventilasyon komplikasyonları. *Yoğun Bakım Dergisi*, 8(1):44-59.
- Uğras, G. A. ve Öztekin, S. D. (2007). Patient perception of enviromental and nursing factors contributing to sleep disturbances in a neurosurgical intensive care unit. *Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 212, 299-308.
- Ulusoy, F. ve Görgülü, S. (2001). *Hemşirelik Esasları Temel Kuram Kavram İlke ve Yöntemler*. (5. baskı), Ankara.
- Ulusoy, N. ve Polat, C. (2003). Sıvı-Elektrolit Dengesi Bozuklukları ve Tedavisi. İçinde Şahinoğlu A.H. (Ed) *Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri*. Ankara: Türkiye Klinikleri Yayınevi, 214-247.
- Umuroğlu, T., İnci, F., Göğüş, Y., Doğan, V. ve Ay, B. (2006). Cerrahi yoğun bakım hastalarında ileri yaşın mortalite üzerine etkileri. *Türkiye Klinikleri Anestezi ve Reanimasyon Dergisi*, 4, 5-9.
- Uyar, M. (2006). Mekanik ventilasyonda sedasyon. *Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 4(1), 65-70.
- Uyar, M. ve Akın Korhan, E. (2011). Yoğun bakım hastalarında müzik terapinin ağrı ve anksiyete üzerine etkisi. *Ağrı*, 23(4), 139-146.

- Uysal, N., Gündoğdu, N., Börekçi, Ş. Dikensoy, Ö., Bayram, N., Uyar, M. ve ark. (2010). Üçüncü basamak merkezde dahili yoğun bakım hastalarının prognozu. *Yoğun Bakım Dergisi*, 1, 1-5.
- Uzun, K. (2010). Mekanik ventilasyondan ayırmadaki (weaning) yetersizlik. *Yoğun Bakım Dergisi*, 1, 21-4.
- Ülger, F. (2006). Santral venöz kateterizasyon, monitörizasyonu ve komplikasyonları. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 4(2), 18-29.
- Ünlü Bayram, N. (2008). *Yoğun bakım ünitesinde bispectral indeks monitörizasyonu ile klinik sedasyon skorları arasındaki korelasyonun değerlendirilmesi*. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul
- Üstündağ, H. (2009). *Koroner arter bypass greft cerrahisi uygulanan hastaların konfor düzeyi*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.
- Üstündağ, H. ve Eti Aslan, F. (2010). Perianestezi konfor ölçeğinin türkçeye uyarlaması. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 2(2), 94-99.
- Vatansever, H. E. ve Aslan, F. E. (2005). Yoğun bakım hastalarında ağrının sedasyon düzeyine etkisi. İçinde Badır, A. Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği 11. Ulusal Kongre Kitabı.
- Watts, S. (1997). Patients' perceptions of the pre-operative information they need about events they may experience in the intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 85-92.
- Williams, A. M. ve Irurita, V. F. (2006). Emotional comfort: The patient's perspective of a therapeutic context. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 405-415.
- Willke, A., Söyletir, G. ve Doğanay, M. (2002). Enfeksiyon hastalıkları ve mikrobiyolojisi yenen İçinde: Ş.O. Ateş ve nedeni bilinmeyen ateş. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 503-528.
- Wong, F. Y. K. ve Arthur, D. G. (2000). Hong Kong patients' experiences of intensive care after surgery: nurses' and patients' views. *Intensive and Critical Care Nursing*, 16, 290-303.
- Yaşar, M. A. (2006). Yoğun bakımda sedasyonun genel özellikleri. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 4(1), 50-57.
- Yava, A. ve Koyuncu, A. (2006). Entübe hastalar ile iletişim deneyimlerimiz: olgu sunumları. *Gülhane Tıp Dergisi*, 48, 175-179.

- Yıldırım Sarı, H., Çevik, S., Demir, D., Karaoğlan, N., Başkurt, S. ř. ve Çimen, S. (2013). Pediatri hemşirelerinin yaşam bulgularına yönelik bilgi ve tutumları. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10(1), 38-44.
- Yıldırım, G. Ö. ve Yavuz, M. (2009). Yoğun bakımlarda hastalara verilen sırtüstü pozisyonların hemodinamik ve fizyolojik ölçümlere olan etkileri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(2), 94-99.
- Young, V. L. ve Watson, M. E. (2006). Prevention of perioperative hypothermia in plastic surgery. *Aesthetic Surgery Journal*, 26, 551-573.
- Yücel, ř. Ç. (2011). Kolcaba'nın konfor kuramı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 27(2), 79-88.
- Zaybak, A. ve Güneş, Ü. Y. (2007). Hemşirelerin indirekt arteriyal kan basıncını ölçme yöntemleri ile ilgili gözlemsel bir çalışma. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(3), 23-28.
- Zengin, N. (2010). Konfor kuramı ve yoğun bakım ünitesinin hasta konforuna etkisi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 14(2), 37-44.

**FORMLAR**

**EK I.** Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

**EK II.** Hasta Bilgi Formu

**EK III.** Hasta Değerlendirme Formu

**EK IV.** Ağrı Ölçekleri

**EK V.** Akut Fizyolojik ve Kronik Sağlık Değerlendirmesi- APACHE II

**EK VI.** Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (BGYAI)

**EK VII.** Riker Sedasyon-Ajitasyon Skalası (SAS)

**EK VIII.** Genel Konfor Ölçeği (GKÖ)

**EK IX.** Genel Konfor Ölçeği'ni geliştiren Katharine Kolcaba'dan alınan izin yazısı

**EK X.** Genel Konfor Ölçeği'nin Türkçe geçerli ve güvenilirlik çalışmasını yapan Sema Kuşuoğlu'ndan alınan izin yazısı

**EK XI.** Riker Sedasyon- Ajitasyon Skalasını geliştiren Richard Riker'den alınan izin yazısı

**EK XII.** Davranışsal Ağrı Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Fatma Eti Aslan'dan alınan izin yazısı

**EK XIII.** Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Ayşe Küçükdeveci'den alınan izin yazısı

**EK XIV.** Etik Kurul İzni

## EK I

### BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

**Sayın Katılımcı;**

Bu araştırma, ameliyat olacak ve ameliyat sonrası yoğun bakım ünitesinde izlenecek hastalara yönelik; yoğun bakım ünitesi ve üniteye yatış sırasındaki kan basıncı, nabız, solunum, beden sıcaklığı gibi yaşam bulgularına etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Araştırmada, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek gibi kişisel bilgileriniz sorgulanacak, genel konfor düzeyinizi ölçmeye yarayan sorular sorulacak; günlük yaşam aktivitelerinizi kendi başınıza ya da yardımla gerçekleştirme durumunuz değerlendirilecek. Bu soruları yanıtlamanız yaklaşık olarak bir saat zamanınızı alacaktır. Ayrıca belli aralıklarla (serviste yatarken ameliyat olmadan önce, yoğun bakım ünitesine kabul sırasında, yoğun bakım ünitesinde bulunduğunuz 24. saatte, yoğun bakım ünitesinden servisimize transfer sırasında ve üniteden transfer olduktan sonraki 24. saatte) kan basıncı, nabız, solunum, beden sıcaklığı gibi yaşam bulgularınız ölçülerek kayıt edilecek. Yoğun bakım ünitesine kabul edilmeden önce üniteye yönelik yapılan bilgilendirmenin konfor düzeyinize ve sözü edilen yaşam bulgularınıza etkisi olup olmadığı değerlendirilecek.

Araştırma sırasında yaşamınızı tehdit edecek herhangi bir girişim ya da ilaç uygulanmayacaktır. Araştırmaya katıldığımız için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek ve size herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Araştırmanın başında ya da herhangi bir aşamasında araştırmadan çıkma hakkınız bulunmaktadır. Araştırmadan çıktığımız için bakım ve tedavi işlemlerinizi ihmal edilmeyecektir. Araştırmadan elde edilen tüm bilgiler sadece bilimsel amaçlı kullanılacak, kimliğiniz ve kişisel bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır.

Araştırmaya katılmayı kabul ederek vereceğiniz bilgiler için teşekkürlerimi sunarım.

İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları AD  
Doktora Öğrencisi  
Uzm. Hem. Banu TERZİ

### GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

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

Katılımcının Adı-soyadı, imzası

**EK II****HASTA BİLGİ FORMU**

**1. Bilgi Formu No:Tarih:**

**2.Cinsiyet:** ( )1. Kadın ( ) 2. Erkek

**Saat:**

**3. Yıl olarak yaş:.....**

**4. Eğitim durumunuz:**

( ) 1. Okur-yazar değil ( ) 2. Okur-yazar ( ) 3.İlköğretim ( ) 4. Ortaöğretim ( ) 5.

Yükseköğretim ve üstü

**5. Medeni durumunuz:** ( ) 1. Evli ( ) 2. Bekar/Dul/Boşanmış

**6. Mesleğiniz:**

( ) 1. Memur ( ) 2. İşçi ( ) 3.Emekli ( ) 4. Serbest meslek ( ) 5. Ev hanımı ( ) 6. Diğer

**7. Sağlık güvenceniz:**

( ) 1.SGK ( ) 2. Özel sağlık sigortası ( ) 3. Sağlık güvencesi yok

**8. Gelir durumunuz:** ( ) 1. Gelir gideri karşılıyor ( ) 2. Gelir gideri karşılamıyor

**EK III****HASTA DEĞERLENDİRME FORMU****I. Servisteki Fizyolojik Parametreleri:****Tarih:****Saat:**

1. Kan basıncı/mmHg:

2. Kalp tepe atım hızı/dk:

3. Solunum hızı/dk:

4. Beden sıcaklığı (°C/ölçüm yolu):

5. Ağrı puanı:

6. Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi puanı:

7. Tıbbi tanı:

8. Yoğun bakım ünitesine kabul nedeni:

9. Kliniğe kabul tarihi:

10. Ameliyat tarihi:

11. Daha önce yoğun bakım deneyimi var mı? ( ) 1.Evet (1 kez) ( ) 2.Hayır



## II. Yoğun Bakım Ünitesine Kabul Sırasındaki Fizyolojik Parametreler:

### Tarih:

1. Ameliyatta kalma/anestezi alma süresi:.....
2. Yoğun bakım ünitesine kabul saati:.....
3. Kan basıncı/mmHg:
4. Kalp tepe atım hızı/dk:
5. Oksijen saturasyon düzeyi (%):
6. Beden sıcaklığı (°C/ölçüm yolu):
7. Ağrı puanı:
8. Riker sedasyon-ajitasyon skalası puanı:
9. Endotrakeal/trakeostomi tüp varlığı: ( ) 1. Evet ( ) 2. Hayır
10. Mekanik ventilasyona bağlanma durumu: ( ) 1. Evet ( ) 2. Hayır
11. Santral/periferik kateter varlığı: ( ) 1. Evet ( ) 2. Hayır
12. Nasogastrik sonda varlığı: ( ) 1. Evet ( ) 2. Hayır
13. İdrar sondası varlığı: ( ) 1. Evet ( ) 2. Hayır
14. Göğüs tüpü/drenaj tüpü/diğer tüplerin varlığı: ( ) 1. Evet ( ) 2. Hayır
15. Diğer:.....
16. Kabul sırasında hemşireye düşen hasta sayısı:.....

### III. Yoğun Bakım Ünitesinde 24. Saatteki Fizyolojik Parametreler ve Konfor

#### Düzeyini Etkileyen Durumlar:

1. Kan basıncı/mmHg:
2. Kalp tepe atım hızı/dk:
3. Oksijen saturasyon düzeyi (%):
4. Beden sıcaklığı (°C/ölçüm yolu):
5. APACHE II puanı:
6. Ağrı puanı:
7. Endotrakeal/trakeostomi tüpünün kalma süresi...../saat
8. Mekanik ventilasyona bağlanma şekli:( ) 1. Girişimselyol ile ( ) 2.Girişimsel olmayan yol ile
9. Mekanik ventilasyonda kalma süresi:..... /saat
10. Weaning yapılma durumu? ( ) 1. Evet ( ) 2. Hayır
11. Weaning yapıldı ise süresi:...../saat
12. Trakeal aspirasyon yapılma durumu: ( ) 1. Evet ( ) 2. Hayır
13. Pozisyon değişimi yapılma durumu: ( ) 1. Evet; (hareket düzeyi):..... ( ) 2. Hayır
14. Analjezik ilaç uygulanma durumu: ( ) 1. Evet ( ) 2. Hayır
15. Sedatif ilaç uygulanma durumu: ( ) 1. Evet ( ) 2. Hayır
16. Fiziksel kısıtlama/tespit edici uygulanma durumu: ( ) 1. Evet ( ) 2. Hayır

**IV. Yoğun Bakım Ünitesinden Transfer Sırasındaki Fizyolojik Parametreler:**

1. Kan basıncı/mmHg:

2. Kalp tepe atım hızı/dk:

3. Oksijen saturasyon düzeyi (%):

4. Beden sıcaklığı (°C/ölçüm yolu):

5. Ağrı puanı:

6. Transfer edildiği yer:

( ) 1. Genel cerrahi ( ) 2. Kulak-Burun-Boğaz ( ) 3. Göğüs cerrahisi ( ) 4. Plastik cerrahi

( ) 5. Kadın hastalıkları ve doğum ( ) 6. Üroloji ( ) 7. Ortopedi ( ) 8. Diğer

7. Yoğun bakım ünitesinde kalma süresi:..... /gün

**V-Yoğun Bakım Ünitesinden Transfer Edildikten 24 Saat Sonraki Fizyolojik Parametreleri**

1. Kan basıncı/mmHg:

2. Kalp tepe atım hızı/dk:

3. Solunum hızı/dk:

4. Beden sıcaklığı (°C/ölçüm yolu):

5. Ağrı puanı:

## EK IV

## AĞRI ÖLÇEKLERİ

## 1. Sayısal Değerlendirme Skalası (NRS -Numerical Rating Scale):



## 2. Davranışsal Ağrı Ölçeği:

	Tanım	Puan
Yüz İfadesi	Rahat	1
	Kısmen Gergin (ör; kaşlar çatık)	2
	Gergin (ör; gözkapakları kapanmış)	3
	Suratını Buruşturma	4
	Hareketsiz	1
Üst Ekstremiteler	Bir Miktar Bükülmüş, Parmaklar Fleksiyonda	2
	Tamamen Bükülmüş	3
	Tamamen Geri Çekilmiş	4
	Hareketi Tolere Ediyor	1
Ventilatörle Uyum	Öksürmesine Rağmen Ventilatörü Çoğunlukla Tolere Ediyor	2
	Ventilatörle Savaşıyor	3
	Ventilasyon Kontrol Edilemiyor	4

## EK-V

## Akut Fizyolojik ve Kronik Sağlık Değerlendirmesi- APACHE II

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

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

Toplam APACHE II Skoru = A+B+C

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

5: Nonopere veya acil postop hastalarda

2: Elektif postop hastalarda

**Tanımlar:**

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

**APACHE II Skorunun Yorumu**

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

## EK VI

### BARTHEL GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ İNDEKSİ (BGYAI)

#### Beslenme

- |    |  |
|----|--|
| 0  | Kendi başına yemek yiyemez (Tam bağımlı).  |
| 5  | Kendisi yer, ancak et kesme, yağ sürme gibi işlerde yardıma gereksinim duyar (Yarı bağımlı). |
| 10 | Tam bağımsız.  |
- 

#### Transfer (yataktan sandalyeye ve tekrar sandalyeden yatağa geçme)

- |    |   |
|----|---|
| 0  | Tam bağımlı.  |
| 5  | Tek başına yatakta oturur pozisyonuna geçebilir ama geçiş için yardım gereklidir. |
| 10 | Geçiş sırasında minimal yardım alır veya yapacağı işlerin sırası hatırlatılır.    |
| 15 | Tam bağımsız  |
- 

#### Bakım

- |   |  |
|---|--|
| 0 | Kişisel bakım için yardıma gereksinim duyar.   |
| 5 | Bağımsız (elini yıkayabilir, dişlerini fırçalayabilir, tıraş olabilir, makyaj yapabilir) |
- 

#### Tuvalet Kullanımı

- |    |  |
|----|--|
| 0  | Bağımlı  |
| 5  | Elbiselerini giyip çıkarmak, tuvalet kağıdını kullanmak vb için bir miktar yardım gerekir. |
| 10 | Bağımsız (tuvalete ulaşma, oturup kalkması, temizlenme ve giyinme)                         |
- 

#### Banyo

- |   |   |
|---|---|
| 0 | Bağımlı   |
| 5 | Bağımsız (yardımsız duş alabilir, küvette yıkanabilir, keselenebilir) |
-

**Hareketlilik (Düzgün yüzeyde yürüme)**

- |    |  |
|----|--|
| 0  | Hareketsiz   |
| 5  | Tekerlekli sandalye ile bağımsız   |
| 10 | Aşağıdakileri yapabilmek için yardıma veya gözetime ihtiyaç duyar, en az 45 metre yardımla yürüebilir. |
| 15 | Yardımsız olarak 45 metre yürüebilir. Baston, değnek, breys gibi araçları yardımsız kullanabilir.      |
- 

**Merdiven İnip Çıkma**

- |    |  |
|----|--|
| 0  | İnip çıkamaz   |
| 5  | Yardıma veya gözetime gereksinim duyar.                    |
| 10 | Bağımsız (baston, koltuk değneği vb araç yardımı alabilir) |
- 

**Giyinip Soyunma**

- |    |  |
|----|--|
| 0  | Bağımlı  |
| 5  | Yardıma gereksinim duyar. İşin en azyarısını kendisi yapabilmelidir (sütyen takıp çıkarma puanlamaya dahil edilmez). |
| 10 | Bağımsız (yardımsız giyinip soyunabilir; düğme, fermuar bağlayabilir)  |
- 

**Bağırsakların Kontrolü**

- |    |  |
|----|--|
| 0  | Dışkı kaçırma, tutamama  |
| 5  | Ara sıra dışkı kaçırma; suppozituar koymak veya lavman yapmak için yardıma gereksinim duyar. |
| 10 | Anal kontrol normaldir. Gerekirse suppozituar kullanabilir veya lavman yapabilir.            |
- 

**Mesane Kontrolü**

- |    |  |
|----|--|
| 0  | İdrarını tutamama, kontrol edememe   |
| 5  | Ara sıra idrar kaçırma (tuvalete işemez, sürgüyü bekleyemez)   |
| 10 | Gece ve gündüz mesanesini kontrol edebilir. Normal idrar yapabilir (kateteri olan kişiler, katater bakımını bağımsız olarak yapabilmeli ve takıp çıkarabilmelidirler). |

**Toplam Puan:..**

## EK VII

## RİKER SEDASYON-AJİTASYON SKALASI-SAS

PUAN	AÇIKLAMA	TANIM
7	Şiddetli Ajitasyon	ETT'ü ve diğer kateterleri çekmeye çalışma, yatak kenarlarına tırmanma, çalışanlara vurmaya çalışma, sağa sola çırpınmak.
6	Çok Ajite	Sözlü uyarılara rağmen sakinleşmiyor, tespit gerekiyor, tüpü ısırıyor.
5	Ajite	Endişeli ve hafif ajite, oturmaya çalışıyor. Sözlü uyarıyla sakinleşiyor.
4	Sakin ve uyumlu	Sakin, kolayca uyandırılabilir, komutlara uyuyor.
3	Sedatize	Zor uyandırılıyor, sözlü uyarı ya da hafifçe sarsmayla uyanıyor fakat hemen yeniden uyuyor, basit komutlara uyuyor.
2	Çok Sedatize	Fiziksel uyarıyla uyanıyor fakat komutlara uymuyor ve spontan olarak hareket edebiliyor.
1	Uyandırılmıyor	Ağrılı uyarıya minimal yanıt ya da yanıtızlık komutlara uymuyor.

ETT: Endotrakeal tüp



## EK VIII

## GENEL KONFOR ÖLÇEĞİ (GKÖ)

YÖNERGE: Aşağıda şu andaki rahatlık durumunuzu tanımlayan bazı ifadeler yer almaktadır. Her bir ifade için “tamamen katılıyorum”dan “kesinlikle katılmıyorum”a kadar giden dört seçenek vardır. Lütfen **şu andaki** rahatlık durumunuzu en iyi ifade eden numarayı daire içine alarak belirtiniz.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

	Tamamen Katılıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum	
1.Şu anda vücudumu gevşemiş hissediyorum	4	3	2	1
2.Çok sıkı çalıştığım için kendimi yararlı hissediyorum	4	3	2	1
3.Mahremiyetimi yeterince sürdürebiliyorum	4	3	2	1
4.Yardıma gereksinim duyduğumda güvenebileceğim kişiler var	4	3	2	1
5. Egzersiz yapmak istemiyorum	4	3	2	1
6. Durumum beni bunaltıyor	4	3	2	1
7. Kendimi güvende hissediyorum	4	3	2	1
8. Başkalarına bağımlı olduğumu hissediyorum	4	3	2	1
9. Şu anda hayatımın değerli olduğunu hissediyorum	4	3	2	1
10. Sevdiğimi bilmek beni mutlu ediyor	4	3	2	1
11. Bulduğum ortamdan memnunum	4	3	2	1
12. Gürültü dinlenmemi engelliyor	4	3	2	1
13. Kimse beni anlamıyor	4	3	2	1
14. Ağrıma katlanmakta güçlük çekiyorum	4	3	2	1
15. Elimden gelenin en iyisini yapmak isterim	4	3	2	1
16. Yalnız kaldığımda mutsuz oluyorum	4	3	2	1
17. İnançım korkusuz olmama yardım ediyor	4	3	2	1
18. Burada olmaktan hoşlanmıyorum	4	3	2	1
19. Şu anda kabızım	4	3	2	1
20. Şu anda kendimi sağlıklı hissetmiyorum	4	3	2	1
21. Bu oda beni ürkütüyor	4	3	2	1
22. Bundan sonra olacıklardan korkuyorum	4	3	2	1
23. Önemli olduğumu bana hissettiren kişi(ler) var	4	3	2	1
24. Yaşadığım değişikliklerin beni zorladığımı hissediyorum	4	3	2	1
25. Açım	4	3	2	1
26. Doktorumu daha sık görmek istiyorum	4	3	2	1

27. Bu odanın ısısı iyi	4	3	2	1
28. Çok yorgunum	4	3	2	1
29. Ağrıyla başa çıkabiliyorum	4	3	2	1
30. Bulduğum ortam beni rahatlatıyor	4	3	2	1
31. Memnunum	4	3	2	1
32. Bu sandalye/yatak rahatsız	4	3	2	1
33. Bu manzara bende iyi duygular uyandırıyor	4	3	2	1
34. Özel eşyalarım burada değil	4	3	2	1
35. Kendimi buraya ait hissetmiyorum	4	3	2	1
36. Kendimi yürüyecek kadar iyi hissediyorum	4	3	2	1
37. Arkadaşlarım telefon ederek ya da elektronik posta/ kart atarak beni hatırlıyor	4	3	2	1
38. İnançlarım bana huzur veriyor	4	3	2	1
39. Sağlığım hakkında daha fazla bilgilendirilmek istiyorum	4	3	2	1
40. Kendimi kontrol edemiyorum	4	3	2	1
41. Çıplak olduğum için kendimi garip hissediyorum	4	3	2	1
42. Bu oda berbat kokuyor	4	3	2	1
43. Tek başınayım ama yalnızlık hissetmiyorum	4	3	2	1
44. Kendimi huzurlu hissediyorum	4	3	2	1
45. Kederliyim	4	3	2	1
46. Hayatımın anlamlı olduğunu fark ettim	4	3	2	1
47. Burada yaşamak kolay	4	3	2	1
48. Kendimi yeniden iyi hissetmek istiyorum	4	3	2	1

## EK IX

### Re: About: General Comfort Questionnaire

Bununla ilişkili iletileri görmek için, iletileri konuşmaya göre gruplandırın.

**KATHARINE KOLCABA**

27.10.2011

Kime: banu copur

Bilgi: Sema KUGUOGLU, Therese Dowd

[katharine.kolcaba](mailto:katharine.kolcaba)

[kathykolcaba@yahoo.com](mailto:kathykolcaba@yahoo.com)

Kimden: **Kathy Kolcaba** (kathykolcaba@yahoo.com) Bu gönderen kişi listenizde var.

Gönderme tarihi: 27 Ekim 2011 Perşembe 12:59:33

Kime: banu copur (copurbanu@hotmail.com)

Bilgi: Sema KUGUOGLU (skuguoglu@marmara.edu.tr); Therese Dowd

(therese.dowd@gmail.com)

You have my permission to use the Turkish Version of the General Comfort Questionnaire. Good luck with your important study. Dr. Kolcaba

Dr. Kathy Kolcaba

Associate Professor (Emeritus)

The University of Akron

Adjunct Faculty, Ursuline College

[www.TheComfortLine.com](http://www.TheComfortLine.com)

---

**From:** banu copur <copurbanu@hotmail.com>

**To:** kathykolcaba@yahoo.com; kolcaba@uakron.edu

**Sent:** Wednesday, October 26, 2011 5:57 PM

**Subject:** About: General Comfort Questionnaire

Dear Katharine,

I am Banu Çopur Terzi. I am a supervisor nurse in İstanbul University Medical High School Hospital/Turkey now and I am intensive care nurse (I had worked 14 years in intensive care unit).

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

I want to study about "**Effect on Comfort Level of Patients and Physiological Parameters of Planned Admission Protocol in Intensive Care Unit**" if you give me permission I want to use General Comfort Questionnaire.

Turkish version of this study's was made by Sema KUGUOĞLU and Ükke KARABACAK "Turkish Version of The General Comfort Questionnaire (2008)".

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

Yours sincerely.

Msc. Banu ÇOPUR TERZİ

Supervisor Nurse

Istanbul University Hospital, Çapa, Istanbul, TURKEY

**EK X****Konfor Olcegi HK.**

Bununla ilişkili iletileri görmek için, iletileri konuşmaya göre gruplandırın.

**SEMA KUGUOGLU**

31.10.2011

Kime: copurbanu@hotmail.com

sema kuguoglu  
skuguoglu@gmail.com

Kimden: **Sema Kuguoglu** (skuguoglu@gmail.com)

Gönderme tarihi: 31 Ekim 2011 Pazartesi 14:23:18

Kime: copurbanu@hotmail.com

Sevgili Banu,

Oncelikle hemsirelik bakimimizin ozu olan konfor konusuna ve olcegine ilginizden dolayi tesekkur ediyorum. Olcegimizi kullanmanizda tarafimdan herhangi bir sakınca yoktur. Su anda bir kongre icin yarin yurt disina cikma hazirligi icerisindeyim. Kongre donusunda professional izin yazisi hazirlayacagim. Sormak istediginiz her konuda cekinmeden yazabilirsiniz. Calismalarinizda basarilar diliyorum.

Bayraminiz kutlu olsun,  
Sevgilerimle.

Prof.Dr.Sema Kuguoglu  
Pediatric Nurse  
450 95th Street #B4  
Brooklyn, NY  
11209

cell Phone: 1 646 696 9640 begin\_of\_the\_skype\_highlighting 1 646 696  
9640 ÜCRETSİZ end\_of\_the\_skype\_highlighting  
skuguoglu@gmail.com

## EK XI

### Re: About "SAS-Riker Sedation-Agitation Scale"

Bununla ilgili iletileri görmek için, iletileri konuşmaya göre gruplandırın.

**RICHARD RIKER (RIKERR@mmc.org)**

Kişilere ekle

07.01.2012

Kime: banu copur

Kimden: **Richard Riker (RIKERR@mmc.org)**

Gönderme tarihi: 07 Ocak 2012 Cumartesi 19:33:28

Kime: banu copur (copurbanu@hotmail.com)

you certainly have my permission to use the SAS - best of luck

Richard R. Riker, M.D., FCCM

Critical Care Medicine

Maine Medical Center

22 Bramhall Street

Portland, Maine 04102

RikerR@mmc.org

207-662-4174 begin\_of\_the\_skype\_highlighting 207-662-

4174 ÜCRETSİZ end\_of\_the\_skype\_highlighting (phone)

207-662-6326 (fax)

>>> banu copur <copurbanu@hotmail.com> 1/7/2012 9:07 AM >>>

Dear Riker,

I am Banu Terzi. I am a supervisor nurse in İstanbul Faculty of Medicine Hospital/ Turkey now and I am intensive care nurse (I had worked 14 years in intensive care unit).

And I am a student in nursing PhD program of Istanbul University Health Sciences Institute.

I want to study about "**Effect on Comfort Level of Patients and Physiological Parameters of Planned Admission Protocol in Intensive Care Unit**" if you give me permission I want to use SAS.

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

Yours sincerely,

Msc. Banu TERZİ

Supervisor Nurse

Istanbul University Hospital, Çapa, Istanbul, TURKEY

**EK XII****Re: Davranışsal Ağrı Ölçeği Hakkında!!**

Bununla ilişkili iletileri görmek için, iletileri konuşmaya göre gruplandırın.

**FATMA ETİ ASLAN**

07.12.2011

Kime: banu copur

FATMA ETİ ASLAN  
fatmaetiaslan@gmail.com

Kimden: **Fatma Eti Aslan** (fatmaetiaslan@gmail.com)

Gönderme tarihi:07 Aralık 2011 Çarşamba 09:27:10

Kime: banu copur (copurbanu@hotmail.com)

Tabi ki Banucuğum

Kolaygelsin

Sevgileirle

7 Aralık 2011 11:19 tarihinde banu copur <copurbanu@hotmail.com> yazdı:

Merhaba Hocam,

Ben İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'nde süpervizör hemşire olarak çalışıyorum. Aynı zamanda da İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları AD 'nda doktora yapıyorum.

Doktora tezimin adı: "Yoğun Bakım Ünitesinde Planlı Kabul Protokolü Uygulamasının Hastanın Konfor Düzeyi ve Fizyolojik Parametrelerine Etkisi". Bu konuda araştırma yaparken yoğun bakım ünitesindeki bilinci kapalı ve koopere olamayan hastaların ağrısını değerlendirmek için eğer sizin için de uygunsa "Davranışsal Ağrı Ölçeği"ni kullanmak istiyorum. Bunun için izninizi rica ediyorum.

Katkılarınız ve desteğiniz için çok teşekkür ediyorum.

Saygılarımla,

Uzm. Hem. Banu TERZİ

Süpervizör Hemşire

İ.Ü. İTF Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü

Tel: 0 212 414 20 00/31458-31873

**EK XIII****RE: Barthel İndeksi Hakkında**

Bununla ilgili iletileri görmek için, [iletileri konuşmaya göre gruplandırın](#).

**AYSE KUCUKDEVECİ (ayse@tepa.com.tr)**

Kime: 'banu copur'

Kimden: **Ayşe Küçükdeveci** (ayse@tepa.com.tr)

Gönderme tarihi: 08 Ocak 2012 Pazar 19:24:34

Kime: 'banu copur' (copurbanu@hotmail.com)

Sayın Banu Terzi,

Biz Modifiye Barthel İndeksinin Türkçe geçerlilik güvenilirliğini yapmıştık. Tabii ki kullanabilirsiniz.

Ölçeği istiyorsanız size fakslayabilirim.

Başarılar dilerim

Prof. Dr. Ayşe A. Küçükdeveci

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

Tel: 312 5082850 begin\_of\_the\_skype\_highlighting

5082850 ÜCRETSİZ end\_of\_the\_skype\_highlighting

Faks: 312 3094132

**From:** banu copur [mailto:copurbanu@hotmail.com]

**Sent:** Saturday, January 07, 2012 4:28 PM

**To:** ayse@tepa.com.tr

**Subject:** Barthel İndeksi Hakkında

Sayın Ayşe Küçükdeveci,

Merhaba, ben İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'nde süpervizör hemşire olarak çalışıyorum. Aynı zamanda da İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı'nda doktora yapıyorum.

Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz "**Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi**"ni doktora tezimin bir aşamasında, kullanmak üzere izninizi istiyorum.

Yardımlarınız ve desteğiniz için teşekkür ediyorum.

İyi çalışmalar diliyorum.

Saygılarımla,

Uzm. Hem. Banu TERZİ

Süpervizör Hemşire

İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, Çapa, Fatih/İstanbul.

**ETİK KURUL KARARI****EK XIV**

İ. T. F.

**FAKÜLTE YÖNETİM KURULU KARARLARI****No:16****31.01.2012 Tarihinde Toplanan Yönetim Kurulunca:**

Sorumlu araştırıcılığını İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Fakóltesi Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Nurten KAYA'nın üstlendiği ve Banu TERZİ'nin yürüteceği 2011/2098-886 dosya numaralı "*Yoğun Bakım Ünitesinde Planlı Kabul Protokolü Uygulamasının Hastanın Konfor Düzeyi ve Fizyolojik Parametrelerine Etkisi*" başlıklı tez çalışmasını Fakóltemizde uygulamasına oybirliği ile karar verildi.

Aşlı Gibidir.

Ekrem AYDIN  
Fakólte Sekreteri





**T.C.**  
**İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ**  
**İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ**  
**KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**



**Sayı : 100**

**Tarih : 12.01.2012**

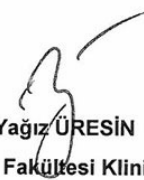
**Konu : Yard. Doç. Dr. Nurten KAYA hk,**

**İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA**

**İlgi :Hemşirelik Fakültesi Dekanlığının 20.12.2011 tarihli 1369 sayılı yazısı**

Sorumlu araştırmacılığını İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Nurten KAYA'nın üstlendiği ve Banu TERZİ'nin yürüteceği 2011/2098-886 dosya numaralı "Yoğun bakım ünitesinde planlı kabul protokolü uygulamasının hastanın konfor düzeyi ve fizyolojik parametrelerine etkisi" başlıklı tez çalışması kurulumuzun 22.04.2011 tarihli 07 sayılı toplantısında etik yönden uygun bulunmuş olup, tutanaklar ekte sunulmuştur.

Tutanakların İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Fakültesine iletilebilmesi hususunda gereğinin yapılmasını saygılarımla arz ederim.

  
**Prof.Dr. A. Yağız ÜRESİN**  
**İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar**  
**Etik Kurul Başkanı**

**Eki: Tutanak**

## İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Yoğun bakım ünitesinde planlı kabul protokolü uygulamasının hastanın konfor düzeyi ve fizyolojik parametrelerine etkisi"			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	---			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yard. Doç. Dr. Nurten KAYA			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İ.Ü. Hemşirelik Fakültesi			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	---			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	<input type="checkbox"/>			
	Yüksek Doz Araştırması	<input type="checkbox"/>			
	Diğer ise belirtiniz : Tez çalışması				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

## İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	19/12/2011	1	Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	<input type="checkbox"/>		Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU	<input type="checkbox"/>		Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	<input type="checkbox"/>			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	<input type="checkbox"/>	Açıklama			
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>				
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>				
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>				
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>				
	İLAN	<input type="checkbox"/>				
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>				
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>				
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:8	Tarih: 23/12/2011				
	İÜ, Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Nurten KAYA'nın üstlendiği ve Banu TERZİ'nin yürüteceği yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.					

## İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

ALIŞMA ESASI		19.08.2011 tarihli, 28030 sayılı Resmî Gazetede yayınlanan Klinik Araştırmalar Hakkındaki Yönetmelik							
AŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. A. Yağız ÜRESİN							
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki *		Katılım **	İmza	
Prof. Dr. A. Yağız ÜRESİN	Farmakoloji ve Klinik Farmakoloji	İstanbul Tıp Fakültesi (Etik Kurul Başkanı)	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Berrin UMMAN	Kardiyoloji	İstanbul Tıp Fakültesi (Etik Kurul Başkan Yardımcısı)	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ahmet GÜL	Romatoloji	İstanbul Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Rukiye EKER ÖMEROĞLU	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	İstanbul Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Oğuzhan ÇOBAN	Nöroloji	İstanbul Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Pinar SAİP	Onkoloji	İ.Ü. Onkoloji Enstitüsü	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	KATILMADI
Dr. Muhtar ÇOKAR	Deontolog	İstanbul İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ayşen BULUT	Halk Sağlığı	Emekli	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Tufan TÜKEK	İç Hastalıkları	Okmeydanı Eğitim ve Araş. Hast. İç Hast. 1. Dahiliye Kliniği	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ünal KUZGUN	Ortopedi	Şişli Etfal E. ve Arş. Hst	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ahmet O. ARAMAN	Eczacılık	İ.Ü. Eczacılık Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Av. Dilek TEMİZ ÖZBEK	Hukukçu	İstanbul Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Demir TIRYAKI	Biyofizik	Emekli	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
İl. Kerim AKMAN	İİBF İktisat bölümü	Özel (Ekonomist)	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Sevdâ ÖZEL	Biyostatistik	İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Biyoistatistik	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

\* :Araştırma ile ilişki  
\*\* :Toplantıda Bulunma

Bu karar araştırma projesinin etik açıdan değerlendirme sonucunu bildirmektedir. Klinik ilaç araştırması projeleri için, etik kurulu onayı sonrasında, Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmeliğin 5/a .maddesi gereğince, Sağlık Bakanlığına da başvurulması ve gerekli izin alınması gerekmektedir.

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	BANU	<b>Soyadı</b>	TERZİ
<b>Doğ.Yeri</b>	İZMİT	<b>Doğ.Tar.</b>	22.08.1976
<b>Uyruğu</b>	TC	<b>TC Kim No</b>	39493532064
<b>Email</b>	copurbanu@hotmail.com banu.terzi@istanbul.edu.tr	<b>Tel</b>	0212 41420 00/31458 05327768234

### Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
<b>Doktora</b>		
<b>Yük.Lis.</b>	İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2009
<b>Lisans</b>	İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu	2000
<b>Lise</b>	İzmit Lisesi	1993

### İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1. Eğitim Hemşiresi	İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü	2011-Devam ediyor
2. Süpervizör Hemşire	İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü	2010-2011-
3. Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi	İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi Anesteziyoloji AD Reanimasyon Ünitesi	2003-2006
4. Yoğun Bakım Hemşiresi	İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi Anesteziyoloji AD Reanimasyon Ünitesi	1997-2010
5. Çocuk Hemşiresi	Özel Gaziospanpaşa Hastanesi Çocuk Servisi	1996

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

\*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
<b>ALES Puanı</b>	72	74	76
<b>(Diğer) Puanı</b>			

### Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office Programları	İyi

**YAYINLARI:****Uluslararası hakemli dergilerde yayımlanan makaleler:**

- Kaya, H., Kaya, N., Turan, Y., Tan, Y.M., **Terzi, B.**, Barlas, D.B. “Nursing activities in intensive care units in Turkey”, *International Journal of Nursing Practice*, **17**: 304-314 (2011) DOI: [10.1111/j.1440-172X.2011.01941.x](https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2011.01941.x) (Science Citation Index Expanded)

**Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında basılan bildiriler:**

- **Terzi (Çopur), B.** “El yıkama ve çeşitleri”, Ulusal Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Kongresi, Samsun, (Nisan, 2005) (Konuşmacı).
- **Terzi, B.**, Kaya, N., Aştı, T. “Bağırsak Yönetim Sisteminde Hemşirenin Eğitimci Rolü”, VI. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi “Uluslararası Katılımlı” Özet Kitabı, 49, Nevşehir, 22-25 Ekim 2008 (Poster Presentation).
- **Terzi, B.**, Kıraner, E., Uzun, A. “Yoğun bakım hastalarımızın beslenme durumu”, Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi, Trabzon, (Nisan 2010) (Poster Presentation).
- Kıraner, E., **Terzi, B.**, Uzun, A. “Yoğun bakım ünitemizdeki basınç yarası profili”, Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi, Trabzon, (Nisan 2010) (Poster Presentation).
- Uzun, A., Kıraner, E., **Terzi, B.** “Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin ağrıyı değerlendirme ile ilgili bilgi düzeylerinin incelenmesi”, Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi, Trabzon, (Nisan 2010) (Poster Presentation).
- **Terzi, B.** “Prone pozisyonundaki hastanın hemşirelik bakımı”, I. Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi, Çeşme, (Ekim, 2010) (Oral Presentation).
- Polat, Ş., Sönmez, D., **Terzi, B.** “İşe yeni başlayan hemşirelerin iş doyumları ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkiler”, 13. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Şanlıurfa, (Ekim, 2011) (Poster Presentation).
- Kaçmaz, N., **Terzi, B.** “Çoklu organ yetmezliğinde hemşirelik bakımı: Bir vaka sunumu”, 13. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Şanlıurfa, (Ekim, 2011) (Poster Presentation).
- **Terzi, B.** “Sağlık kurumlarında hemşirelik süreci uygulamaları: Üniversite hastanesi örneği”, 2. Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi, İstanbul, (27-29 Eylül 2012) (Konuşmacı).

**Ulusal bilimsel sempozyumlarda sözlü olarak sunulan bildiriler**

- **Terzi, B.** “Reanimasyon ünitesinden taburcu edilen bireylerin yoğun bakım deneyimleri”, Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yoğun Bakım Hemşireliği Sempozyumu, İstanbul, (Ekim, 2011).
- **Terzi, B.** “ARDS’de prone pozisyonundaki hastanın hemşirelik bakımı”, İstanbul Tıp Fakültesi I. Yoğun Bakım Hemşireliği Sempozyumu, İstanbul, (Mayıs, 2011).

**Ulusal hakemli dergilerde yayımlanan makaleler**

- **Terzi, B., Kaya, N.** “Yoğun bakım ünitesinden taburcu olan bireylerin yoğun bakım deneyimleri”, *Türkiye Klinikleri Anesteziyoloji Reanimasyon Dergisi*, 9(1): 34-45 (2011).
- **Terzi, B., Kaya, N.** “Yoğun bakım hastasında hemşirelik bakımı”, *Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Dergisi*, 1: 21-25 (2011).

**SERTİFİKALARI:**

- Hemşirelikte Yönetim ve Liderlik Sertifikası-2004
- Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikası-2005
- Hemodiyaliz Sertifikası-2008
- İlk Yardım Eğitimi Eğitimci Sertifikası-2009

**Özel İlgi Alanları (Hobileri):** Sinema, seyahat etmek.