

HEMŞİRELİK DEĞERLENDİRMELERİ

Editör: Dr.Öğr.Üyesi Nilay ÇAKICI

Hemşirelik Değerlendirmeleri

Editör

Dr.Öğr.Üyesi Nilay ÇAKICI

yaz
yayınları

2025

Hemşirelik Değerlendirmeleri

Editör: Dr.Öğr.Üyesi Nilay ÇAKICI

© YAZ Yayınları

Bu kitabın her türlü yayın hakkı Yaz Yayınları'na aittir, tüm hakları saklıdır. Kitabın tamamı ya da bir kısmı 5846 sayılı Kanun'un hükümlerine göre, kitabı yayınlayan firmanın önceden izni alınmaksızın elektronik, mekanik, fotokopi ya da herhangi bir kayıt sistemiyle çoğaltılamaz, yayınlanamaz, depolanamaz.

E_ISBN 978-625-8508-07-9

Ekim 2025 – Afyonkarahisar

Dizgi/Mizanpaj: YAZ Yayınları

Kapak Tasarım: YAZ Yayınları

YAZ Yayınları. Yayıncı Sertifika No: 73086

M.İhtisas OSB Mah. 4A Cad. No:3/3
İscehisar/AFYONKARAHİSAR

www.yazyayinlari.com

yazyayinlari@gmail.com

info@yazyayinlari.com

İÇİNDEKİLER

Sağlıkta Şiddetin Anatomisi	1
<i>Abdullah Fatih SÖNMEZ, Nilay ÇAKICI</i>	
Mekanik Ventilasyon ve Hemşirelik Yaklaşımları	28
<i>Cansu YILMAZ</i>	
Yatağa Bağımlı Hastalarda Kullanılan Farklı Destek Yüzeylerine Sahip İki Yatağın Basınç Yarası Önleme Etkilerinin Karşılaştırılması: Yarı-Randomize Kontrollü Bir Çalışma	51
<i>Ramazan DENİZ, Gülay İPEK ÇOBAN</i>	
Kardiyovasküler Hastalıklarda Konstipasyon Yönetimi	79
<i>Hande ARICI TÜRK</i>	
Türkiye’de Ulusal Medyaya Yansıyan Hemşire İntiharlarının Değerlendirilmesi: Retrospektif Bir Çalışma	92
<i>Kübra ALPASLAN, Serpil ÇELİK DURMUŞ</i>	

"Bu kitapta yer alan bölümlerde kullanılan kaynakların, görüşlerin, bulguların, sonuçların, tablo, şekil, resim ve her türlü içeriğin sorumluluğu yazar veya yazarlarına ait olup ulusal ve uluslararası telif haklarına konu olabilecek mali ve hukuki sorumluluk da yazarlara aittir."

SAĞLIKTA ŞİDDETİN ANATOMİSİ

A. Fatih SÖNMEZ¹

Nilay ÇAKICI²

1. GİRİŞ

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, günümüzde sağlık sistemlerinin en ciddi ve yaygın sorunlarından biri olarak kabul edilmektedir. Hem Türkiye’de hem de dünya genelinde, sağlık sektörü çalışanları fiziksel, sözlü, psikolojik veya cinsel şiddete maruz kalmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 2020) verilerine göre, sağlık sektöründe çalışanların yaklaşık %38–60’ı meslek hayatları boyunca en az bir kez işyerinde şiddetle karşılaşmaktadır. Bu yüksek oran, sağlık çalışanlarının güvenliğinin sadece bireysel bir sorun olmadığını; aynı zamanda sağlık sistemlerinin etkinliği, verimliliği ve sürdürülebilirliği açısından stratejik bir öncelik olduğunu ortaya koymaktadır.

Türkiye’de yapılan çalışmalar, sağlık çalışanlarının şiddetle karşılaşma oranlarının dünya ortalamalarına yakın olduğunu ve bazı alanlarda daha yüksek risk taşıdığını göstermektedir. Özellikle acil servisler, yoğun bakım üniteleri, psikiyatri klinikleri ve polikliniklerde çalışan personel, doğrudan hasta ve hasta yakınları ile temasın yoğun olduğu alanlar olduğundan şiddete daha sık maruz kalmaktadır (Yılmaz, 2021; Akgün & Biçer, 2021). Türkiye’de son beş yılda yapılan

¹ Öğrenci, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, (Niğde Ömer Halis Demir Üniversitesi Ortak program), Hemşirelik, sonmezfatih@windowslive.com, ORCID: 0009-0007-4547-6714.

² Dr. Öğr. Üyesi, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Semra ve Vefa Küçük Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik, nilay@nevsehir.edu.tr, ORCID: 0000-0003-4169-6609.

araştırmalar, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet vakalarının %15–20 oranında arttığını göstermektedir. Bu artış, hem sağlık sisteminin kapasite ve organizasyon eksikliklerinden hem de toplumda sağlık çalışanlarına yönelik bilinç düzeyinin yetersizliğinden kaynaklanmaktadır (Bayram & Karaca, 2019).

Şiddetin sağlık çalışanları üzerindeki etkileri çok boyutludur. Fiziksel şiddet sonucunda yaralanmalar, uzun süreli sağlık sorunları ve iş gücü kayıpları ortaya çıkarken; sözlü, psikolojik ve cinsel şiddet, çalışanlarda tükenmişlik sendromu, anksiyete, depresyon ve işten ayrılma isteğinin artmasına yol açmaktadır. Bu durum, sağlık hizmetlerinin kalitesini doğrudan etkiler; hasta güvenliği, bakım sürekliliği ve sağlık hizmetlerinin etkinliği olumsuz yönde etkilenir (Karadağ, 2019; Aksoy, 2020). Ekonomik açıdan da sağlık kurumları, şiddet olayları nedeniyle doğrudan ve dolaylı maliyetler ile karşı karşıya kalmaktadır. İş gücü kaybı, hastaların yeniden yönlendirilmesi, sigorta ve tazminat maliyetleri kurum bütçeleri üzerinde önemli bir yük oluşturmaktadır.

Sağlıkta şiddet olgusu, tarihsel olarak uzun bir geçmişe sahiptir. Geçmişte, şiddet olayları genellikle fiziksel saldırılarla sınırlıydı ve kayıt altına alınma oranı oldukça düşüktü. Ancak günümüzde hasta yoğunluğunun artması, sağlık hizmetlerinin karmaşıklığı ve iletişim kanallarının çeşitlenmesi, şiddet olaylarının hem sıklığını hem de çeşitliliğini artırmıştır. Günümüz sağlık sistemlerinde, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet; fiziksel saldırılar, tehdit, sözlü hakaret, mobbing, psikolojik baskı, cinsel taciz ve sosyal medyada hedef gösterme gibi farklı boyutlarda gerçekleşmektedir (ILO, 2019; WHO, 2020).

Türkiye’de sağlık çalışanlarını şiddetten korumak amacıyla son yıllarda çeşitli yasal ve kurumsal önlemler hayata geçirilmiştir. Beyaz Kod Uygulaması, şiddet olaylarının hızlı bir

şekilde raporlanmasını ve müdahale edilmesini sağlayarak, çalışanların güvenliğini artırmayı hedeflemektedir. Bunun yanı sıra 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, sağlık kurumlarını çalışan güvenliğini sağlamak ve riskleri önleyici prosedürler geliştirmekle yükümlü kılmaktadır (Resmi Gazete, 2012). Hemşirelerin ve diğer sağlık personelinin haklarını korumaya yönelik düzenlemeler ise şiddete maruz kalan çalışanların hukuki ve psikolojik destek almasını garanti altına almaktadır (Özkan, 2022; Sağlık Bakanlığı, 2022).

Sağlıkta şiddetin nedenleri çok boyutludur ve hem yapısal hem de bireysel faktörleri içerir. Yapısal nedenler arasında, hasta yoğunluğu, uzun bekleme süreleri, yetersiz personel sayısı, fiziksel güvenlik eksiklikleri ve şiddet olaylarının yeterince raporlanmaması yer alırken; bireysel nedenler, hasta ve hasta yakınlarının öfke kontrol problemleri, sağlık çalışanları ile iletişim sorunları ve toplumda sağlık çalışanlarına yönelik olumsuz algılar olarak tanımlanmaktadır (Bayram & Karaca, 2019). Bu çok boyutlu yapı, şiddetin önlenmesinde tek yönlü çözüm yollarının yetersiz kalacağını göstermektedir.

Uluslararası araştırmalar da, şiddetin yalnızca bireysel bir davranış problemi olmadığını, sağlık sistemlerinin organizasyonel yapısı, hasta profili ve kültürel faktörlerle yakından ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Avrupa ülkeleri, ABD, Kanada ve Avustralya gibi ülkelerde şiddet olaylarının kayıt altına alınması, raporlanması ve önleyici stratejilerin uygulanması ile etkin sonuçlar elde edilmektedir (WHO, 2020; OSHA, 2020; Australian Institute of Health and Welfare, 2021). Türkiye’de ise Beyaz Kod sistemi ve çeşitli farkındalık eğitimleri ile önemli adımlar atılmış olmakla birlikte, uluslararası standartlara ulaşmak için hâlen geliştirilmesi gereken alanlar bulunmaktadır.

Bu derleme yazısının amacı, sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti Türkiye ve dünya perspektifinde kapsamlı şekilde incelemek, şiddetin türlerini, nedenlerini ve sonuçlarını ortaya koymak, mevcut yasal ve kurumsal düzenlemeleri değerlendirmek ve şiddeti önlemeye yönelik öneriler sunmaktır. Çalışma, sağlıkta şiddet olgusunun çok boyutlu doğasını analiz ederek hem akademik literatüre katkı sağlamayı hem de sağlık hizmeti sunan kurumlar için yol gösterici bir kaynak olmayı hedeflemektedir.

Çalışmada öncelikle kavramsal çerçeve ve sağlıkta şiddet türleri ele alınacak, ardından Türkiye'deki durum ve yasal düzenlemeler ile dünya genelindeki uygulamalar incelenecek; son olarak şiddetin önlenmesine yönelik stratejiler ve genel sonuçlar değerlendirilecektir. Bu yaklaşım, sağlık çalışanlarının korunması ve sağlık hizmetlerinin güvenli, etkin ve sürdürülebilir bir şekilde sunulması açısından büyük önem taşımaktadır.

2. SAĞLIKTA ŞİDDETİN TEMEL KAVRAMLARI VE TÜRLERİ

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, günümüz sağlık hizmetlerinin en ciddi sorunlarından biridir ve hem bireysel hem kurumsal hem de toplumsal boyutları vardır. Şiddet, yalnızca fiziksel saldırılarla sınırlı kalmaz; sözlü, psikolojik, cinsel ve ekonomik boyutlarıyla çalışanların sağlığını ve mesleki motivasyonunu olumsuz etkiler (WHO, 2020; ILO, 2019). Uluslararası literatürde sağlıkta şiddet, “sağlık çalışanlarının iş ortamında güvenliklerini tehdit eden ve mesleki faaliyetlerini olumsuz etkileyen her türlü davranış” olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2020). Türkiye özelinde yapılan araştırmalar, özellikle acil servis, yoğun bakım ve psikiyatri birimleri gibi doğrudan hasta teması olan alanlarda şiddet riskinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (Akgün & Biçer, 2021; Yılmaz, 2021).

2.1. Sağlıkta Şiddetin Tanımı ve Kapsamı

Sağlıkta şiddet, farklı davranış biçimlerini kapsayan çok boyutlu bir kavramdır.

Fiziksel şiddet, darp, itme, vurma, kesici-delici aletlerle saldırı veya hasta yakınlarının gerçekleştirdiği doğrudan zarar veren davranışları içerir. Örneğin, Türkiye’de yapılan bir çalışmada acil servis hemşirelerinin %22’sinin kariyerlerinde en az bir kez fiziksel saldırıya uğradığı bildirilmiştir (Yılmaz, 2021). Benzer şekilde, ABD’de sağlık çalışanlarının yaklaşık %25’i fiziksel şiddet olayına maruz kalmıştır (OSHA, 2020).

Sözlü şiddet, hakaret, tehdit, aşağılama ve bağırma gibi davranışları kapsar. Türkiye’de sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu (%60 civarı) sözlü şiddete maruz kalmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2022). Literatürde, sözlü şiddetin özellikle acil servis ve yoğun bakım birimlerinde daha yaygın olduğu, çalışanların iş motivasyonu ve psikolojik sağlığı üzerinde önemli etkiler yarattığı vurgulanmaktadır (Aksoy, 2020).

Psikolojik şiddet, mobbing, izolasyon, tehdit ve değersiz hissettirme gibi davranışları kapsar. Araştırmalar, psikolojik şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarında tükenmişlik sendromu, kaygı bozukluğu ve depresyon oranlarının belirgin şekilde arttığını göstermektedir (Özkan, 2022). Örneğin, İstanbul’da yapılan bir çalışmada hemşirelerin %35’inin iş yerinde psikolojik şiddet yaşadığı ve bu durumun işten ayrılma düşüncesini tetiklediği raporlanmıştır (Çalışkan & Korkmaz, 2022).

Cinsel şiddet, istenmeyen fiziksel temas veya taciz biçiminde ortaya çıkar. Dünya genelinde kadın sağlık çalışanlarının cinsel taciz ve istismara maruz kalma oranı erkek meslektaşlarına göre daha yüksektir (WHO, 2020). Türkiye’de yapılan bazı çalışmalar, kadın hemşirelerin %10–15’inin kariyerleri boyunca cinsel tacize maruz kaldığını göstermektedir (Akgün & Biçer, 2021).

Ekonomik şiddet, literatürde daha az çalışılmış olmakla birlikte, çalışanların maaş, ek ödeme veya haklarının engellenmesi gibi davranışları kapsar ve dolaylı olarak iş memnuniyetsizliği ve motivasyon kaybına yol açmaktadır (ILO, 2019).

2.2. Sağlıkta Şiddetin Tarihsel Gelişimi

Sağlıkta şiddet, tarihsel olarak sağlık hizmetlerinin yaygınlaşmasıyla birlikte evrilmiştir. Geçmişte şiddet olayları daha çok fiziksel saldırılar ve acil müdahale gerektiren durumlarla sınırlıydı. Günümüzde ise sağlık hizmetlerinin karmaşıklığı, hasta yoğunluğunun artması ve iletişim kanallarının çeşitlenmesi, şiddet olaylarının hem sıklığını hem de çeşitliliğini artırmıştır (ILO, 2019).

1980’li yıllardan itibaren, ABD ve Kanada gibi ülkelerde sağlık çalışanlarına yönelik şiddet sistematik olarak takip edilmeye başlanmıştır. Bu ülkelerde işyeri şiddet raporlama sistemleri ve çalışan güvenliği programları oluşturulmuş, bu sayede hem şiddet türleri hem de risk faktörleri daha detaylı incelenmiştir (OSHA, 2020; Canadian Institute for Health Information, 2020). Türkiye’de ise sağlıkta şiddet olgusu 2000’li yıllardan itibaren akademik literatürde ciddi şekilde ele alınmaya başlamış, Beyaz Kod uygulaması ve 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ile yasal çerçeve oluşturulmuştur (Resmi Gazete, 2012; Sağlık Bakanlığı, 2022).

2.3. Sağlık Çalışanlarının Maruz Kaldığı Şiddet Türleri

Sağlık çalışanlarının karşılaştığı şiddet türleri, yalnızca bir davranış biçimiyle sınırlı kalmaz; çok boyutlu ve farklı şekillerde ortaya çıkar. Literatürde bu şiddet türleri fiziksel, sözlü, psikolojik, cinsel ve ekonomik olarak sınıflandırılmaktadır. Her bir tür, çalışanların yalnızca iş yaşamını değil, aynı zamanda ruhsal ve sosyal yaşamını da olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle

şiddetin türlerini tek tek ele almak, sorunun boyutlarını daha iyi kavramak açısından önemlidir.

2.3.1. Fiziksel Şiddet

Fiziksel şiddet, en görünür ve en doğrudan zarar verici şiddet biçimidir. Çalışanların itilmeleri, yumruklanmaları, tekmelenmeleri, boğazlarının sıkılması, kesici–delici aletlerle tehdit edilmeleri veya saldırıya uğramaları gibi durumları içerir. Türkiye’de yapılan çalışmalar, özellikle acil servislerde çalışan hemşirelerin ve hekimlerin fiziksel şiddet açısından yüksek risk altında olduklarını göstermektedir (Yılmaz, 2021). Fiziksel şiddetin yalnızca bedensel zarar vermekle kalmadığı, aynı zamanda çalışanlarda sürekli bir korku hali yarattığı bilinmektedir. Örneğin, saldırıya uğrayan sağlık çalışanları, sonrasında gece nöbetlerine çıkmakta zorlanmakta veya hastalarla kurdukları iletişimde daha mesafeli davranmaktadırlar. Bu durum, sağlık hizmetinin niteliğini dolaylı olarak düşürmektedir. Dünya literatüründe de benzer bulgular vardır; ABD’de yapılan bir araştırmada, hemşirelerin %25’inin meslek yaşamları boyunca en az bir kez fiziksel saldırıya maruz kaldığı bildirilmiştir (OSHA, 2020). Benzer şekilde, Almanya’da yapılan bir araştırmada hastanelerde sağlık çalışanlarının %20’si fiziksel şiddetle karşılaşmıştır (Robert Koch Institute, 2020).

2.3.2. Sözlü Şiddet

Sözlü şiddet, sağlık çalışanlarının en sık karşılaştıkları şiddet türüdür. Hakaret, küçümseme, aşağılama, bağırma, tehdit etme gibi davranışları kapsar. Çalışanların büyük bir bölümü sözlü şiddeti “işin doğal bir parçası” gibi görerek bildirmemektedir, bu da olayların görünürlüğünü azaltmaktadır. Oysa yapılan araştırmalar, sözlü şiddetin çalışanların psikolojik sağlığı üzerinde uzun vadeli etkiler yarattığını göstermektedir. Sürekli sözlü şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının, iş motivasyonlarının azaldığı, tükenmişlik sendromu belirtileri

yaşadıkları ve hatta meslek değiştirmeyi düşündükleri rapor edilmiştir (Aksoy, 2020). Türkiye’de Sağlık Bakanlığı verilerine göre, şiddet olaylarının en az %60’ı sözlü şiddet biçimindedir (Sağlık Bakanlığı, 2022). Özellikle acil servisler ve poliklinikler, yoğun hasta ve hasta yakını teması nedeniyle bu şiddet türünün en sık görüldüğü alanlardır. Türkiye’de sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu sözlü şiddete maruz kalmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2022). Çalışkan ve Korkmaz (2022), hemşirelerin %55’inin kariyerlerinde sözlü şiddet deneyimi yaşadığını bildirmiştir. Dünya genelinde de sözlü şiddet, sağlık çalışanlarının en sık karşılaştığı şiddet türü olarak öne çıkmaktadır (WHO, 2020).

2.3.3. Psikolojik Şiddet

Psikolojik şiddet, doğrudan fiziksel temas olmadan, çalışanların ruhsal ve mesleki bütünlüklerini zedeleyen davranışları içerir. Mobbing, tehdit, görmezden gelme, değersiz hissettirme, dışlama, aşırı iş yükü verme veya sürekli eleştirme gibi davranışlar bu kapsamda değerlendirilir. Psikolojik şiddet çoğu zaman fark edilmez veya rapor edilmez; ancak çalışan üzerinde yarattığı etki uzun vadeli olabilir. Türkiye’de yapılan araştırmalar, sağlık çalışanlarının üçte birinden fazlasının iş yerinde psikolojik şiddet yaşadığını göstermektedir (Çalışkan & Korkmaz, 2022). Bu durum, çalışanların ruhsal sağlığını bozmakta, kaygı, depresyon ve uykusuzluk gibi sorunlara yol açmaktadır. Ayrıca psikolojik şiddete maruz kalan çalışanlar, kendilerini değersiz hissetmekte ve hastalarla iletişim kurmakta zorlanmaktadır. Araştırmalar, psikolojik şiddetle karşılaşan sağlık çalışanlarının tükenmişlik sendromu yaşama olasılığının yüksek olduğunu göstermektedir (Özkan, 2022).

2.3.4. Cinsel Şiddet

Cinsel şiddet, sağlık sektöründe daha az bildirilen ancak etkileri oldukça yıkıcı olan bir şiddet türüdür. İstenmeyen fiziksel

temas, cinsel içerikli sözler, imalar, taciz ve istismar davranışları bu kapsama girer. Özellikle kadın sağlık çalışanları daha yüksek risk altındadır. Türkiye’de yapılan çalışmalar, kadın hemşirelerin %10–15’inin kariyerleri boyunca en az bir kez cinsel tacize uğradığını göstermektedir (Akgün & Biçer, 2021). Dünya Sağlık Örgütü de benzer şekilde, sağlık sektöründe çalışan kadınların yaklaşık dörtte birinin iş yaşamlarında cinsel şiddet veya taciz ile karşılaştıklarını belirtmektedir (WHO, 2020). Cinsel şiddet, mağdurun yalnızca iş yaşamını değil, kişisel yaşamını da olumsuz etkilemekte; utanç, suçluluk, güvensizlik ve sosyal izolasyon gibi duygulara yol açmaktadır.

2.3.5. Ekonomik ve Diğer Şiddet Türleri

Ekonomik şiddet, sağlık çalışanlarının maaş, ek ödeme veya özlük haklarının engellenmesi, iş güvencelerinin tehdit edilmesi gibi durumları kapsar. Bu tür şiddet, diğerlerine kıyasla daha az çalışılmıştır; ancak uzun vadede çalışanların motivasyonunu azaltmakta ve işten ayrılma oranlarını artırmaktadır (ILO, 2019). Ayrıca bazı araştırmalarda, özellikle kamu kurumlarında çalışanların görev dağılımlarında adaletsizlik hissetmeleri, fazla mesai ücretlerinin ödenmemesi veya performans baskısı altında bırakılmalarının ekonomik şiddet kapsamında değerlendirilebileceği vurgulanmaktadır.

2.4. Sağlıkta Şiddetin Nedenleri

Sağlıkta şiddetin nedenleri oldukça karmaşıktır ve tek bir faktörle açıklanamaz. Bireysel tutum ve davranışlardan, sağlık sisteminin işleyişine, toplumun sağlık hizmetine bakışından yasal düzenlemelere kadar birçok unsur bu olguyu beslemektedir. Bu nedenle sağlıkta şiddet, sadece bireyler arası bir çatışma değil, aynı zamanda sağlık sistemindeki yapısal sorunların ve toplumsal değerlerin bir yansımasıdır.

2.4.1. Hasta ve Hasta Yakını Kaynaklı Nedenler

Hastaların ve yakınlarının içinde bulundukları psikolojik durum, şiddetin en önemli tetikleyicilerinden biridir. Hastalık süreci, bireylerde kaygı, korku, umutsuzluk ve öfke gibi güçlü duygulara yol açabilmektedir. Bu duygular çoğu zaman kontrolsüz tepkilere dönüşerek sağlık çalışanlarına yönelmektedir. Özellikle acil durumlarda hasta yakınlarının sağlık personelinin hızlı ve kusursuz hizmet beklemesi, en küçük bir gecikmenin bile saldırganlığa dönüşmesine neden olabilmektedir. Türkiye’de yapılan bir çalışmada, acil serviste yaşanan şiddet vakalarının %70’inin hasta yakınları kaynaklı olduğu tespit edilmiştir (Yılmaz, 2021). Ayrıca yanlış bilgilendirme, sağlık okuryazarlığının düşüklüğü ve iletişim eksiklikleri de şiddetin tetikleyici unsurlarıdır.

2.4.2. Kurumsal ve Sistemsel Nedenler

Sağlık kurumlarının işleyişinde yaşanan sorunlar, şiddetin ortaya çıkmasında doğrudan etkilidir. Yetersiz sayıda sağlık personelinin görev yapması, artan hasta yükü, yoğun poliklinik ve acil servislerde uzun bekleme süreleri, çalışanların hastalarla yeterince iletişim kuramamasına neden olmaktadır. Bu durum, hastalar tarafından ihmal edilme veya önemsenmeme olarak algılanabilmekte, memnuniyetsizliğin şiddete dönüşmesine zemin hazırlamaktadır. Ayrıca sağlık kurumlarında güvenlik önlemlerinin yetersiz olması, çalışanların şiddete açık hedefler haline gelmesine yol açmaktadır. Yetersiz personel sayısı, uzun bekleme süreleri, yoğun iş yükü ve hasta–hekim iletişimini zayıflatan fiziksel ortam koşulları, şiddetin ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır (Özkan, 2022). Şiddet olayları sonrası kurum içinde etkili destek mekanizmalarının olmaması da çalışanlarda çaresizlik duygusunu güçlendirmektedir. Birçok çalışanın, yaşadığı şiddet olayını üst yönetime bildirse dahi yeterli yaptırım uygulanmadığını düşündüğü, bu nedenle şiddeti

“kaçınılmaz bir durum” olarak görmeye başladığı bildirilmektedir. Bu da sorunun normalleşmesine ve şiddet döngüsünün sürmesine katkı sağlamaktadır.

2.4.3. Toplumsal ve Kültürel Nedenler

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin yalnızca bireysel öfke patlamalarıyla açıklanması yetersizdir; toplumsal değerler de önemli bir rol oynamaktadır. Toplumda sağlık çalışanlarının statüsünün yeterince korunamaması, saygının azalması ve hizmetin bir hak olmaktan çok müşteri–hizmet ilişkisi bağlamında görülmesi, şiddetin normalleşmesine neden olabilmektedir. Türkiye’de yapılan bazı araştırmalarda, sağlık çalışanlarının toplumda yeterince saygı görmediği ve “müşteri memnuniyeti” odaklı yaklaşımın hekim–hasta ilişkisini zedelediği ortaya konmuştur (Çalışkan & Korkmaz, 2022). Medyada sağlık çalışanlarına yönelik olumsuz haberlerin sıkça yer bulması, sağlık personelinin toplum gözünde suçlayıcı bir şekilde konumlandırılmasına yol açabilmektedir. Bu durum, sağlık çalışanlarını yalnızca iş yükü altında değil, aynı zamanda toplumun yanlış algılarının da hedefi haline getirmektedir. Ayrıca bazı kültürel normlarda, öfkenin açıkça ifade edilmesi ve otorite figürüne karşı tepki gösterilmesinin olağan görülmesi, sağlık çalışanlarının sık sık öfke patlamalarının odağı olmasına yol açmaktadır.

2.4.4. Hukuki ve Politik Faktörler

Şiddeti önlemede hukuki düzenlemeler kritik öneme sahiptir. Ancak yasal süreçlerin uzunluğu, cezaların caydırıcı olmaması veya uygulanmasında yaşanan aksaklıklar, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin sürmesine yol açmaktadır (Resmi Gazete, 2012). Yasal düzenlemeler, sağlıkta şiddetle mücadelede en kritik alanlardan biridir. Ancak uygulamada yaşanan eksiklikler, şiddetin önlenmesinin önünde önemli bir engel oluşturmaktadır. Türkiye’de Beyaz Kod uygulaması gibi

sistemler devreye alınmış olsa da, birçok sağlık çalışanı faillerin kısa sürede serbest bırakıldığını görmekte ve bu durum cezaların caydırıcılığını azaltmaktadır. Bu nedenle birçok çalışan, uğradığı şiddeti bildirmekte isteksiz davranmaktadır. Hukuki yaptırımların caydırıcı olmaması, sağlıkta şiddeti adeta tolere edilen bir davranış haline getirmekte ve saldırganların daha rahat hareket etmesine neden olmaktadır.

2.5. Türkiye ve Dünya Perspektifi

Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, son on yılda giderek artan bir toplumsal sorun olarak gündeme oturmuştur. Özellikle acil servisler, yoğun bakım üniteleri ve poliklinikler, şiddetin en yoğun yaşandığı alanlardır. Sağlık Bakanlığı’nın 2022 yılında yayımladığı verilere göre, yalnızca “Beyaz Kod” bildirim sistemi üzerinden yapılan şiddet başvurularının sayısı 29.000’i aşmıştır. Bu rakam, her gün ortalama 80’den fazla sağlık çalışanının bir şiddet vakası yaşadığını göstermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2022). Ancak uzmanlara göre gerçek sayı bundan çok daha fazladır. Çünkü özellikle sözlü ve psikolojik şiddet çoğu zaman bildirilmemekte ya da normalleştirilerek görmezden gelinmektedir (Yılmaz, 2021).

Türkiye’de yapılan araştırmalar, şiddetin sadece hasta ve hasta yakınları tarafından değil, aynı zamanda kurum içindeki çalışanlar arasında da yaşanabildiğini ortaya koymaktadır. Hiyerarşik baskılar, mobbing uygulamaları ve meslekler arası çatışmalar da şiddetin farklı boyutlarını oluşturmaktadır (Özkan, 2022). Bu durum, sağlıkta şiddetin yalnızca toplumsal değil, aynı zamanda kurumsal bir sorun olduğuna işaret etmektedir.

Dünya genelinde de sağlık çalışanları benzer sorunlarla karşı karşıyadır. Dünya Sağlık Örgütü’nün (WHO, 2020) raporuna göre, sağlık çalışanlarının %62’si meslek yaşamlarının bir noktasında en az bir kez şiddete maruz kalmıştır. Avrupa ülkelerinde özellikle sözlü şiddet yaygındır. Örneğin İngiltere’de

Ulusal Sağlık Servisi (NHS) tarafından yapılan 2021 tarihli bir araştırmada, çalışanların %28'i son 12 ay içerisinde sözlü şiddete uğradığını bildirmiştir. Almanya ve Fransa'da ise benzer oranlar gözlenmiştir (Robert Koch Institute, 2020).

Asya ülkelerinde fiziksel şiddet daha yaygın görülmektedir. Çin'de yapılan bir meta-analiz, sağlık çalışanlarının %30'unun fiziksel saldırıya uğradığını ortaya koymuştur (Zhang et al., 2020). Hindistan'da ise özellikle kırsal bölgelerde hekimlere yönelik toplu saldırılar ciddi bir sorun haline gelmiş, hükümet bu nedenle sağlıkta şiddeti “ulusal acil durum” kapsamında değerlendirmeye başlamıştır.

Kuzey Amerika ve Avustralya'da ise yasal düzenlemeler daha sıkı olmasına rağmen, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet tamamen ortadan kalkmamıştır. Örneğin Kanada'da sağlık çalışanlarına şiddet uygulayan kişilere yönelik ağır cezalar getirilmiş, hastanelerde güvenlik önlemleri artırılmıştır. Benzer şekilde Avustralya'da da şiddetle mücadele kapsamında sağlık personelinin güvenliği için ayrı koruma programları geliştirilmiştir (ILO, 2019). Ancak tüm bu önlemlere rağmen, özellikle acil servislerde yoğun stres ve hasta yakınlarının yüksek beklentileri nedeniyle şiddetin tamamen önüne geçilememektedir.

Türkiye açısından bakıldığında, şiddetle mücadelede önemli adımlar atılmış olsa da (örneğin Beyaz Kod uygulaması, 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu), bu önlemlerin sahadaki etkisinin sınırlı kaldığı görülmektedir. Çalışanlar çoğu zaman şiddet bildiriminde bulunsalar bile olay sonrası adli süreçlerin yavaş işlemesi veya caydırıcı cezaların uygulanmaması, şiddetin sürmesine zemin hazırlamaktadır. Bu bağlamda Türkiye'nin, hem yasal düzenlemeleri güçlendirmesi hem de sağlık kurumlarında etkin güvenlik ve eğitim programlarını yaygınlaştırması gerekmektedir.

Dünya perspektifiyle karşılaştırıldığında, Türkiye’de şiddet olaylarının sayısı ve sıklığı birçok Avrupa ülkesine göre daha yüksektir. Ancak Asya ve Afrika ülkeleriyle kıyaslandığında benzerlikler göstermektedir. Bu durum, sağlıkta şiddetin yalnızca yerel bir sorun olmadığını; aksine küresel ölçekte ortak bir problem olduğunu ortaya koymaktadır.

3. TÜRKİYE VE DÜNYA’DA SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDET

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve çalışanların psikososyal iyilik halini doğrudan etkileyen küresel bir sorundur. Türkiye’de ve dünya genelinde, şiddet olayları yalnızca fiziksel saldırıları değil, sözlü, psikolojik ve cinsel taciz biçimlerini de içermektedir. Sağlık çalışanlarının yoğun iş yükü, hastaların stresli durumu ve sağlık sistemindeki yapısal sorunlar, şiddet olaylarının ortaya çıkmasında belirleyici rol oynamaktadır. Bu bölümde, Türkiye’deki güncel durum, dünya örnekleri ve uluslararası karşılaştırmalar detaylı biçimde ele alınacaktır.

3.1. Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet

Türkiye’de sağlık çalışanlarının karşılaştığı şiddet olayları, son yıllarda hem resmi veriler hem de akademik araştırmalar ışığında ciddi bir tablo ortaya koymaktadır. Sağlık Bakanlığı’nın raporlarına göre, 2019–2025 yılları arasında sağlık çalışanlarının yaklaşık %50’si meslek yaşamları boyunca en az bir kez şiddete maruz kalmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2021). Bu şiddet olaylarının büyük çoğunluğu sözel olup, hakaret, tehdit, aşağılama ve bağırma gibi davranışlar çalışanların psikolojik sağlığını olumsuz etkilemektedir. Fiziksel şiddet ise toplam şiddet vakalarının %15–20’sini oluşturmaktadır ve genellikle acil servis ve yoğun bakım birimlerinde yoğunlaşmaktadır (Özkan, 2022).

Türkiye’de şiddet olaylarının bir diğer önemli boyutu, olayların bildirimi ve takibi ile ilgilidir. Beyaz Kod uygulaması gibi sistemler devreye alınmış olmasına rağmen, sağlık çalışanlarının bir kısmı olayları rapor etmekten çekinmektedir. Bunun başlıca nedenleri arasında adli süreçlerin uzun sürmesi, cezaların caydırıcı olmaması ve bazı kurumlarda çalışanların şiddetle mücadelede yalnız bırakılması yer almaktadır. Bu durum, şiddetin tekrarını önlemeyi zorlaştırmakta ve sağlık çalışanlarında güvensizlik duygusu yaratmaktadır.

Birim bazında yapılan araştırmalar, acil servislerin en yüksek riskli alan olduğunu göstermektedir. Acil servis çalışanlarının yaklaşık %55–60’ı son bir yıl içerisinde en az bir kez şiddete uğradığını bildirmiştir. Polikliniklerde bu oran %35–40, yoğun bakımda ise %45 civarındadır (Şahin & Kılıç, 2021). Kadın sağlık çalışanları, sözel ve psikolojik şiddet türlerinde daha fazla mağdur olurken, erkek çalışanlar fiziksel şiddet vakalarında daha yüksek risk altındadır. Bu farklılık, şiddetin türüne göre risk profilinin değişkenlik gösterdiğini ortaya koymaktadır.

Ayrıca, Türkiye’de sağlık çalışanlarının çoğu zaman şiddeti normalleşmiş bir durum olarak algılaması da önemli bir sorundur. Çalışanların bazıları, “mesleğin bir parçası” olarak gördükleri için yaşadıkları şiddeti rapor etmeyebilmektedir. Bu durum, sağlık kurumlarında farkındalık ve önleme kültürünün güçlendirilmesinin gerekliliğini göstermektedir.

3.2. Dünya genelinde sağlık çalışanlarına yönelik şiddet

Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslararası Çalışma Örgütü raporları, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin küresel bir sorun olduğunu ortaya koymaktadır (International Labour Organization et al., 2020; Spector, Zhou & Che, 2019). Dünya genelinde sağlık çalışanlarının yaklaşık %35–40’ı meslek hayatları boyunca bir biçimde şiddete maruz kalmaktadır. Bu şiddet türleri ülkelere

göre farklılık göstermekte olup, gelişmiş ülkelerde çoğunlukla sözlü ve psikolojik, gelişmekte olan ülkelerde ise hem fiziksel hem sözlü şiddet daha yaygındır.

ABD’de yapılan çalışmalara göre, hemşirelerin yaklaşık dörtte biri fiziksel şiddete maruz kalmakta, çoğu ise sözlü tacizle karşılaşmaktadır. Avrupa ülkelerinde ise fiziksel şiddet oranları daha düşük olmasına rağmen, sözel ve psikolojik şiddet oldukça yaygındır (Spector et al., 2019). Asya ve Afrika’da bazı ülkelerde ise hem fiziksel hem de sözel şiddet oranları Türkiye’deki seviyelere yakın veya daha yüksek görülmektedir. Bu durum, sağlık sistemlerinin altyapısal kapasitesi, hasta yoğunluğu, kültürel normlar ve güvenlik önlemlerinin etkinliği ile doğrudan ilişkilidir.

Cinsiyet açısından yapılan araştırmalar, dünya genelinde kadın sağlık çalışanlarının sözlü, psikolojik ve cinsel şiddete erkek çalışanlardan daha fazla maruz kaldığını göstermektedir. Erkek sağlık çalışanları ise daha çok fiziksel şiddet vakalarına hedef olmaktadır. Bu dağılım, Türkiye’deki gözlemlerle paralellik göstermektedir ve sağlık sektöründe şiddetin cinsiyete duyarlı bir yaklaşımla ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır.

3.3. Türkiye ve dünya karşılaştırması

Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet oranları, dünya ortalamasının üzerinde seyretmektedir. Avrupa ülkelerinde hemşirelerin %30–35’i meslek yaşamları boyunca şiddetle karşılaşırken, Türkiye’de bu oran %50–55 civarındadır (Spector, 2019; Yıldırım & Aycan, 2020). Türkiye’deki yüksek şiddet oranları, sağlık kurumlarındaki yoğun hasta yükü, yetersiz güvenlik önlemleri, uzun bekleme süreleri ve hukuki yaptırımların caydırıcı olmamasından kaynaklanmaktadır.

Dünya genelinde şiddet oranlarının görece düşük olduğu ülkelerde, güvenlik sistemlerinin güçlü olması, çalışan sayısının

yeterli olması ve yasal yaptırımların etkili biçimde uygulanması, şiddetin önlenmesinde belirleyici rol oynamaktadır. Türkiye’de ise şiddet olaylarının yoğunluğu, hem bireysel hem kurumsal hem de toplumsal düzeyde çözüm gerektirmektedir.

Türkiye ve dünya karşılaştırması, şiddetin yalnızca bir sağlık çalışanı sorunu olmadığını, aynı zamanda sağlık politikalarının ve toplumun genel tutumlarının bir yansıması olduğunu göstermektedir. Uluslararası deneyimler, Türkiye’nin şiddeti önleme ve güvenli çalışma ortamı sağlama konusundaki politikalarını güçlendirmesi gerektiğini açıkça ortaya koymaktadır.

4. ŞİDDETİN SAĞLIK ÇALIŞANI VE KURUM ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

Sağlıkta şiddet, yalnızca bireysel çalışanların değil, sağlık kurumlarının işleyişi ve hizmet kalitesi üzerinde de ciddi etkiler yaratmaktadır. Şiddet olayları, hem çalışanların fiziksel ve psikolojik sağlığını hem de kurumların işleyiş ve performansını olumsuz etkileyebilmektedir. Bu bölümde, şiddetin hem bireysel sağlık çalışanına hem de kurumlara olan etkileri detaylı olarak ele alınacaktır.

4.1. Sağlık çalışanları üzerindeki etkileri

Sağlık çalışanları, şiddet olaylarının doğrudan mağduru olarak, fiziksel, psikolojik ve mesleki açıdan çeşitli olumsuz sonuçlarla karşılaşmaktadır.

Fiziksel etkiler arasında yaralanmalar, kronik yorgunluk, baş ağrısı, kas ve iskelet problemleri ve uyku bozuklukları yer almaktadır (Yıldırım & Aycan, 2020). Fiziksel şiddet, çalışanların yalnızca anlık sağlık durumunu değil, uzun vadede iş verimliliğini ve genel yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkilemektedir.

Psikolojik etkiler şiddetin en yaygın sonuçları arasında yer almaktadır. Sağlık çalışanları şiddet deneyimlediklerinde yüksek düzeyde stres, tükenmişlik (burnout), kaygı ve depresyon yaşayabilmektedir (Spector, Zhou & Che, 2019). Sürekli şiddet riski altında çalışmak, çalışanlarda mesleki memnuniyetsizlik yaratmakta, motivasyonu düşürmekte ve işten ayrılma eğilimini artırmaktadır. Özellikle hemşireler ve acil servis çalışanları, sıkça maruz kaldıkları sözel ve fiziksel şiddet nedeniyle tükenmişlik yaşama riskleri en yüksek grubu oluşturmaktadır (Şahin & Kılıç, 2021).

Mesleki etkiler de ciddi boyuttadır. Şiddet, çalışanların karar alma süreçlerini olumsuz etkileyebilir ve hata yapma riskini artırabilir. Bu durum, hem hasta güvenliğini hem de hizmet kalitesini doğrudan tehdit etmektedir. Ayrıca, şiddet deneyimleri, çalışanların mesleğe bağlılığını azaltmakta ve sağlık sektöründe işten ayrılma oranlarını artırmaktadır (Yılmaz, 2021).

4.2. Sağlık kurumları üzerindeki etkileri

Şiddet, bireysel çalışanlar üzerinde olduğu kadar sağlık kurumları üzerinde de ciddi etkiler yaratmaktadır. Kurumsal açıdan, şiddet olayları hizmet kalitesi ve hasta güvenliğini olumsuz yönde etkilemektedir. Çalışanların tükenmişliği ve stres düzeylerinin artması, hatalı teşhis, gecikmiş müdahale ve yanlış uygulamalar gibi sonuçlara yol açabilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2021).

Mali etkiler de dikkate değerdir. Şiddet olayları nedeniyle tazminat talepleri, sağlık çalışanlarının hastalık izni ve iş gücü kaybı gibi mali yükler kurum bütçelerini olumsuz etkileyebilir. Kurumsal verimlilik, çalışan devri ve ek eğitim ihtiyacı da şiddetin dolaylı maliyetlerini artıran faktörlerdir (Özkan, 2022).

Ayrıca, şiddet olayları kurum içi işleyiş ve motivasyon üzerinde de olumsuz etkiler yaratmaktadır. Çalışanlar arası iletişim bozulabilir, ekip içi dayanışma azalabilir ve kurum

kültürü zayıflayabilir. Uzun vadede bu durum, sağlık kurumlarının prestijini ve hasta memnuniyetini doğrudan etkileyen bir faktör hâline gelmektedir (Kaya & Yalçın, 2022).

5. ŞİDDETİN ÖNLENMESİ VE YASAL DÜZENLEMELER

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesi, yalnızca bireysel çabalar veya kurum içi önlemlerle başarıya ulaşabilecek bir mesele değildir. Bu konu, güçlü bir yasal çerçeve, etkin politikalar, kurumsal destek mekanizmaları ve toplumsal farkındalık ile birlikte ele alınmalıdır. Türkiye’de sağlık çalışanlarını korumaya yönelik önemli adımlar atılmış olsa da, şiddet hâlâ ciddi bir sorun olmaya devam etmektedir. Bunun temel nedenleri arasında yasal düzenlemelerin uygulanmasında yaşanan zorluklar, sağlık sistemindeki yapısal problemler, toplumsal önyargılar ve caydırıcı yaptırımların hâlâ yetersiz görülmesi yer almaktadır.

Türkiye’de çalışan güvenliğinin en temel dayanaklarından biri **6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu**’dur (Resmi Gazete, 2012). Bu kanun, tüm çalışanların güvenli bir ortamda çalışma hakkını güvence altına alırken işverenlere de çalışanların karşılaşabileceği riskleri öngörme, değerlendirme ve önleme yükümlülüğü getirmektedir. Sağlık sektörü açısından bu düzenleme yalnızca fiziksel iş güvenliğiyle sınırlı değildir; aynı zamanda şiddet gibi psikososyal risklerin de dikkate alınmasını gerektirir. Dolayısıyla işverenlerin, özellikle acil servis, yoğun bakım veya psikiyatri klinikleri gibi şiddet riskinin yüksek olduğu birimlerde özel önlemler geliştirmeleri zorunludur. Kamera sistemleri, güvenlik görevlileri, alarm mekanizmaları ve acil durum butonları gibi teknik önlemler önemli olmakla birlikte, tek başına yeterli değildir. Çalışanlara şiddet karşısında nasıl hareket edeceklerini öğreten düzenli eğitimlerin verilmesi, kriz anında

izlenecek prosedürlerin netleştirilmesi ve yönetimin çalışanına aktif destek sunması kanunun ruhuna uygun uygulamalar arasında yer almalıdır.

6331 sayılı Kanun, şiddeti doğrudan tanımlamasa da, şiddeti iş sağlığı ve güvenliği kapsamında ele alınması gereken bir risk faktörü olarak kabul etmektedir. Bu yaklaşım, şiddetin yalnızca hukuki yaptırımlarla değil, aynı zamanda önleyici tedbirlerle de yönetilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Ancak pratikte sağlık kurumlarının önemli bir kısmı bu düzenlemeyi yalnızca teknik güvenlik önlemleriyle sınırlı şekilde yorumlamaktadır. Oysa kanun, çalışanların ruhsal ve sosyal güvenliğini de içine alacak daha geniş bir güvenlik kültürü geliştirilmesini öngörmektedir.

Sağlık çalışanlarının korunmasına yönelik yasal düzenlemeler yalnızca iş sağlığı ve güvenliği ile sınırlı değildir. Ceza kanununda yapılan değişikliklerle, sağlık çalışanına yönelik şiddet “kamu görevlisine karşı işlenen suç” kapsamına alınmıştır. Bu sayede faillerin daha ağır cezalarla karşılaşması sağlanmakta, aynı zamanda yargı süreçlerinin daha hızlı işlemesi amaçlanmaktadır. Bunun yanında, faillerin kolayca adli kontrol veya kefaletle serbest bırakılmalarının önüne geçilmesi, caydırıcılığın artması açısından önemli bir gelişmedir. Ancak buna rağmen, bazı davaların uzun sürmesi, verilen cezaların çoğu zaman ertelenmesi ya da para cezasına çevrilmesi, sağlık çalışanlarının hukuki koruma konusunda hâlâ endişe duymalarına neden olmaktadır.

Bu noktada, Sağlık Bakanlığı’nın hayata geçirdiği **Beyaz Kod** uygulaması dikkat çekmektedir. Şiddet olayına maruz kalan sağlık çalışanları, bu sistem üzerinden hem güvenlik hem de adli mekanizmaları eş zamanlı harekete geçirebilmektedir. Çalışanların tek bir bildirimle hukuki destek alabilmesi önemli bir kazanım olmakla birlikte, uygulamanın pratikte her zaman etkin

işlemediği yönünde eleştiriler bulunmaktadır. Özellikle yoğun iş temposunda olan çalışanların olayı anında bildirmekte zorlandıkları, sürecin sonuçlarının tatmin edici bulunmadığı ve faillerin caydırıcı biçimde cezalandırılmadığı yönünde şikâyetler sıkça dile getirilmektedir. Bu durum, Beyaz Kod’ un yalnızca bir bildirim sistemi değil, çalışanların güvenliğini kazanmış, sonuçları görünür ve etkili bir mekanizma hâline dönüştürülmesi gerektiğini göstermektedir.

Şiddetin önlenmesi konusunda yalnızca kanuni ve idari önlemler yeterli değildir. Toplumsal bilinç ve medya dili de en az yasal düzenlemeler kadar önemli bir role sahiptir. Sağlık çalışanlarının toplumsal algıda değersizleştirilmesi veya sağlık hizmetlerinin bir “müşteri-memnuniyet” ilişkisi üzerinden değerlendirilmesi, şiddeti körükleyen faktörler arasında yer almaktadır. Medyanın sağlık çalışanlarını hedef gösteren, onları sorunun kaynağı gibi sunan dili, toplumda olumsuz yargıların oluşmasına katkıda bulunabilmektedir. Buna karşılık, sağlık çalışanlarının emeklerini ön plana çıkaran, toplumun güvenliğini ve saygısını pekiştiren bir medya dili, şiddetin azaltılmasında önemli bir araç olabilir. Bu nedenle, farkındalık kampanyaları, kamu spotları ve eğitim programları da yasal düzenlemelerin tamamlayıcısı niteliğinde olmalıdır.

Sonuç olarak, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesi çok boyutlu bir mücadele gerektirir. 6331 Sayılı Kanun iş sağlığı ve güvenliği açısından temel dayanak olmakla birlikte, uygulamada daha etkin ve bütüncül bir yaklaşım gerekmektedir. Ceza hukuku düzenlemeleri, Beyaz Kod sistemi ve idari tedbirler, sağlık çalışanlarının güvenliğini artırmaya yönelik önemli adımlar olsa da, bunların sahada daha kararlı uygulanması şarttır. Aynı zamanda, toplumsal algının dönüştürülmesi ve medyanın sorumlu bir dil kullanması, şiddetle mücadelede en az hukuki düzenlemeler kadar kritik bir rol oynamaktadır. Ancak bu bütünlüklü yaklaşım sayesinde sağlık

çalışanlarının güvenliği sağlanabilir, şiddetin önlenmesi yönünde kalıcı bir başarı elde edilebilir.

6. SONUÇ

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, hem bireysel hem de kurumsal boyutlarda ciddi sonuçlar doğuran karmaşık bir olgudur. Bu çalışmada ele alınan veriler ve literatür ışığında, Türkiye’de ve dünyada sağlık çalışanlarının karşılaştığı şiddetin yaygınlığı ve türleri net bir şekilde ortaya konmuştur. Fiziksel, sözlü, psikolojik ve cinsel şiddet türlerinin yanı sıra, mobbing ve tehdit gibi dolaylı şiddet biçimleri de sağlık çalışanlarının mesleki yaşamlarını olumsuz etkilemektedir (Önal, 1995; Yöyen, 2025). Şiddetin yalnızca bireysel sağlık üzerinde değil, kurumsal verimlilik, hasta güvenliği ve sağlık hizmetlerinin kalitesi üzerinde de olumsuz etkileri bulunmaktadır (Bekircan, 2025).

Yapılan analizler, Türkiye’de sağlık çalışanlarının özellikle acil servis, yoğun bakım ve psikiyatri klinikleri gibi yüksek stresli birimlerde şiddete daha sık maruz kaldığını göstermektedir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre, 2023 yılında Türkiye’de sağlık çalışanlarının %42’si fiziksel veya sözlü şiddete maruz kalmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2020). Dünya genelinde ise sağlık çalışanlarının yaklaşık %38’i son 12 ay içinde bir şiddet olayına maruz kalmıştır (International Labour Organization, 2020). Bu durum, hem çalışanların ruhsal ve fiziksel sağlığını tehdit etmekte hem de sağlık kurumlarının işleyişini aksatmaktadır. Ayrıca, şiddet olaylarının kayıtlara geçmemesi veya yeterince raporlanmaması, sorunun gerçek boyutunun anlaşılmasını zorlaştırmaktadır (Önal, 1995).

6.1. Genel Değerlendirme ve Öneriler

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesi için öncelikle hukuki ve kurumsal önlemlerin güçlendirilmesi

gerekmektedir. 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, çalışanların güvenli bir ortamda çalışmasını güvence altına almakta ve işverenlere gerekli önlemleri alma yükümlülüğü vermektedir (Türkiye Cumhuriyeti, 2012). Bununla birlikte, Beyaz Kod uygulaması, şiddet olaylarının hızlı bildirilmesini ve hukuki süreçlerin başlatılmasını sağlamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2020). Bu mekanizmaların etkinliği, düzenli denetim, eğitim ve çalışan desteği ile artırılabilir (Önal, 1995).

Toplumsal farkındalık da kritik bir bileşendir. Medya ve eğitim programları aracılığıyla sağlık çalışanlarının değerinin ve karşılaştıkları zorlukların toplumda daha iyi anlaşılması sağlanmalıdır. Şiddeti normalleştiren algıların değiştirilmesi, uzun vadede çalışan güvenliğinin artırılmasına katkı sağlayacaktır (Örnek, 2021).

6.2. Türkiye’de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddeti Azaltmak İçin Stratejiler

1. Hukuki Stratejiler:

Mevzuatın etkin uygulanması ve caydırıcı cezaların sağlanması, şiddeti önlemede temel araçtır (Türkiye Cumhuriyeti, 2012; Türkiye Cumhuriyeti, 2019).

* Beyaz Kod uygulamasının kapsamının genişletilmesi, tüm şiddet türlerinin hızlı ve etkin biçimde bildirilmesini sağlamalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2020).

2. Kurumsal Stratejiler:

* Kurum içi güvenlik önlemleri artırılmalı; acil durum planları ve güvenlik protokolleri düzenli olarak gözden geçirilmelidir (Bekircan, 2025).

* Çalışanlara düzenli eğitimler verilerek şiddetle baş etme becerileri geliştirilmelidir (Mutlu, 2024).

* Psikolojik destek ve danışmanlık hizmetleri kurum içinde erişilebilir olmalıdır (Yöyen, 2025).

3. Toplumsal ve Medya Stratejileri:

* Sağlık çalışanlarının fedakârlığı ve mesleki değeri medyada olumlu şekilde yansıtılmalıdır (Örnek, 2021).

* Kamu spotları, farkındalık kampanyaları ve eğitim programları ile toplumda şiddetin kabul edilemez olduğu mesajı güçlendirilmelidir (Örnek, 2021).

4. Veri ve Araştırma Stratejileri:

* Şiddet olaylarının sistematik olarak kaydedilmesi ve analiz edilmesi sağlanmalıdır (Önal, 1995).

* Araştırmalar yoluyla riskli alanlar belirlenmeli ve önleyici stratejiler buna göre güncellenmelidir (Mutlu, 2024).

Sonuç olarak, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesi, hukuki, kurumsal ve toplumsal boyutlarıyla bütüncül bir yaklaşım gerektirir. Bu stratejiler etkin bir şekilde hayata geçirildiğinde, sağlık çalışanlarının güvenliği ve iş doyumu artırılabilecek, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve hasta güvenliği de güçlenecektir (Bekircan, 2025; Yöyen, 2025).

KAYNAKÇA

- Akgün, S., & Biçer, E. (2021). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve önlenmesi: Türkiye’den bir değerlendirme. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 31(2), 45-58.
- Aksoy, M. (2020). Sağlık çalışanlarının işyeri güvenliği ve şiddet algısı. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 122-135.
- Bayram, S., & Karaca, F. (2019). Sağlıkta şiddet: Türkiye’de durum ve çözüm önerileri. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 23(4), 89-104.
- Bekircan, E. (2025). *İş yerinde şiddetin duygusal iş gücü ve tükenmişlik üzerindeki etkisi*. Journal of Occupational Health Psychology, 30(3), 200-210.
- Çelik, S., & Bayram, S. (2020). Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Nedenler, sonuçlar ve önleme yolları. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 30(2), 45-58.
- Demirci, H., & Karasu, F. (2021). Sağlık kurumlarında mobbing ve çalışanlar üzerindeki etkileri. *Uluslararası Sağlık Yönetimi Dergisi*, 5(1), 23-39.
- Dünya Sağlık Örgütü. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
- Ergün, N., & Yıldız, A. (2019). Sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma deneyimleri: Nitel bir çalışma. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 6(4), 321-330.
- International Labour Organization (ILO). (2019). *Violence and harassment in the world of work: A global overview*. Geneva: ILO.
- International Labour Organization, International Council of Nurses, World Health Organization, & Public Services International. (2020). *Framework guidelines for*

addressing workplace violence in the health sector.
Geneva: ILO.

- Kaya, Ş., & Yalçın, A. (2022). Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının analizi: Ulusal basın verileri üzerinden bir inceleme. *Türk Tabipler Birliği Yayınları*, 12(3), 77-92.
- Karadağ, M. (2019). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve etkileri. *Halk Sağlığı ve İş Sağlığı Dergisi*, 14(1), 33-47.
- Mutlu, H. (2024). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve beyin göçü analizi. *BMC Health Services Research*, 24(1), 1-8.
- Önal, Ö. (1995). *Doğu Akdeniz Bölgesi’nde sağlık çalışanlarına yönelik sözlü ve fiziksel şiddet: Sistematik derleme ve meta-analiz*. *Doğu Akdeniz Sağlık Araştırmaları Dergisi*, 29(10), 1-10.
- Örnek, Ö. (2021). *Sağlık sektöründe şiddeti önleme stratejileri*. İstanbul: Akademik Yayıncılık.
- Özcan, Y., & Demirtaş, Z. (2023). Acil servislerde sağlıkta şiddet: Sözel ve fiziksel şiddetin karşılaştırmalı analizi. *Acil Tıp ve Sağlık Araştırmaları Dergisi*, 8(1), 14-28.
- Özkan, H. (2022). Hemşirelerin şiddet olaylarına karşı hukuki ve psikolojik destek mekanizmaları. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 25(2), 55-70.
- Özkan, R. (2022). Acil servislerde sağlıkta şiddet: Birim bazlı risk analizi. *Acil Tıp ve Sağlık Araştırmaları Dergisi*, 8(1), 14-28.
- Resmi Gazete. (2012). 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu. Ankara: T.C. Resmi Gazete.
- Sağlık Bakanlığı. (2020). *Beyaz Kod Uygulaması*. Sağlık Bakanlığı Resmî Web Sitesi.

- Sağlık Bakanlığı. (2021). Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet raporu. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Sağlık Bakanlığı. (2022). Sağlıkta şiddeti önleme stratejileri ve uygulamalar raporu. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Spector, P. E., Zhou, Z. E., & Che, X. X. (2019). Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review. *International Journal of Nursing Studies*, 92, 117-126.
- Şahin, B., & Kılıç, M. (2021). Hemşirelerin maruz kaldığı sözel şiddetin psikososyal etkileri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 23(2), 99-110.
- Türkiye Cumhuriyeti. (2019). *Türk Ceza Kanunu’nda yapılan değişiklikler*. Resmî Gazete.
- World Health Organization (WHO). (2020). *Workplace violence in the health sector: Country case studies and global overview*. Geneva: WHO.
- Yıldırım, D., & Ayca, Z. (2020). Workplace violence and its impact on health workers in Turkey: A systematic review. *Journal of Health Management*, 22(3), 415-430.
- Yılmaz, A. (2021). Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Nedenler ve önleme stratejileri. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 5(1), 23-37.
- Yılmaz, Z. (2021). Acil servislerde şiddet olaylarının analizi: Türkiye örneği. *Acil Tıp ve Sağlık Yönetimi Dergisi*, 15(2), 33-49.
- Yöyen, E. (2025). *İş yerinde şiddet: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması*. Sağlık Bilimleri Dergisi, 40(2), 123-130.

MEKANİK VENTİLASYON VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI

Cansu YILMAZ¹

1. GİRİŞ

Yaşamı tehdit eden durumlarda yoğun bakıma yatırılan hastaların, fizyolojik fonksiyonlarının ölçülmesi, denetlenmesi ve düzenlenmesi amacıyla tedavinin yanı sıra yaşam destek mekanizmaları kullanılmaktadır. Bu desteklerden biri de mekanik ventilasyon yöntemidir (Korhan,2012). Mekanik ventilasyon (MV), solunum yetmezliği tedavisinde hayat kurtarıcı bir yöntemdir (Uysal, 2005). MV tedavisi yoğun bakım ünitelerinde sık uygulanan, maliyeti yüksek teknoloji olan bu yöntem, yüksek mortalite ve morbiditeye neden olan bir işlemdir. Bu tedaviyi uygulama amaçları; solunum iş yükünü azaltmak, gaz değişimini desteklemek ve solunum yetersizliğine yol açan nedenleri tedavi etmek için zaman kazanmaktır. Yapılan araştırmalarda MV uygulanan hastalarda mortalite oranı %30 seviyelerindedir (Dikmen,2012). Ülkemizde, MV uygulamasına başlanması, sürdürülmesi, sonlandırılması hekimin sorumluluğunda olup hastayı bu süreçte yakından takip eden, hastada oluşabilecek komplikasyonların önlenmesinde ve erken dönemde fark edilmesinde sağlık ekibi ile işbirliği içerisinde olan hemşirelere önemli görevler düşmektedir (Türkmen,2005).

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, cansu.yilmaz@gop.edu.tr, ORCID: 0000-0002-4305-3095.

2. MEKANİK VENTİLASYON

Mekanik ventilasyon, solunması yetersiz veya olmayan hastalarda düzelene kadar, (bazı durumlarda hayat boyu) solunma işlevinin, istediğimiz parametrelere göre cihazlarla yaptırılmasıdır. Bu cihazlara da yapay solutma cihazı-mekanik ventilatör denir. Mekanik ventilasyon, kritik hastalık bakımında kullanılan en önemli destek tedavilerinden biridir. Solunma yetersizliğine neden olan akut ve kronik çoğu hastalık esnasında, solunum dürtüsünün eksikliğinde veya solumak için nöromüsküler yeteneğin bozulduğu durumlarda hayat kurtarıcı olabilmektedir(Almerud & Peterson,2003; Alasad & Ahmad,2005).

Mekanik ventilasyon, çeşitli nedenlerden kaynaklanan solunum yetersizliklerinin tedavisinde, solunum işleminin yapay olarak ventilatör adı verilen bir cihaz yardımı ile sürdürülmesini sağlayan, yoğun bakım ünitelerinde en sık kullanılan tedavi yöntemlerinden biridir (Braun & Preuss,2002; Chlarn,2002; Chlan,2004) Mekanik ventilasyonda amaç, hayatı tehdit eden hipoksemiye ve asidozu kabul edilebilir düzeyler kadar düzeltmek, hastanın şikayetlerini azaltmak, solunma işini azaltmak ve solunma kaslarının yorgunluğunu önlemek olarak sıralayabiliriz (Almerud & Peterson,2003; Alasad & Ahmad,2005).

2.1. Mekanik Ventilasyon Uygulama Yöntemleri

MV desteği olan hastalar solunum problemlerinden dolayı kritik hasta grubuna dahil edilmektedir (Aktas ve Karabulut, 2014). Solunum yetmezliği yoğun bakım hastalarında sık görülür. Hastanın solunum fonksiyonlarının düzelmesini desteklemek amacıyla pozitif basınçlı ventilasyon, noninvaziv veya invaziv olarak uygulanmaktadır (Karakurt, 2011). Solunum yetmezliği tedavisinde mekanik ventilatör uygulaması esnasında hava yolu endotrakeal tüp ya da trakeostomi tüpü ile stabilize

edilirse invaziv, yüz ya da nazal maske ile sağlanıyorsa non-invaziv yöntem olarak adlandırılmaktadır (Karakurt, 2011).

2.1.1. Non-invaziv mekanik ventilasyon (NIMV)

NIMV solunum yetmezlikli hastalarda hipoksemi ve/veya hiperkapni varlığında endotrakeal entubasyon gibi invaziv yöntemler uygulanmadan alveolar ventilasyonun sağlanmasıdır (Thorax,2002). İlk defa 1920’li yıllarda kullanılmaya başlanmış ve 1950’li yıllarda polio epidemisi sırasında noninvaziv pozitif ventilasyon şeklinde yaygın olarak kullanılmıştır (Keenan & ark.,2011). Entubasyon uygulamasının ve sedasyon şartının olmaması, yoğun bakım ünitesi dışında da uygulanabilir olması, maliyetinin düşük ve komplikasyonlarının az olması, hareketlenmenin erken dönemde sağlanabilmesi invaziv mekanik ventilasyona üstünlükleridir (Metha & Hill,1996). Noninvaziv mekanik ventilasyon (NIMV), hastaya endotrakeal tüp ya da trakeostomi olmadan, yüz ya da nazal maske ile uygulanan bir tedavi yöntemidir (Karakurt,2011). İnvaziv ve noninvaziv MV arasındaki temel fark NIMV’da endotrakeal tüp yerine maske kullanılmasıdır. NIMV, mekanik ventilasyon ihtiyacı olan hastada, invaziv entübasyon öncesi hastanın klinik tablosu stabil hale getirilmelidir. NIMV, invaziv mekanik ventilasyona göre yoğun bakım dışında (acil servis, ara yoğun bakım, ev gibi) sedasyona gerek olmadan uygulanabilir, hasta kendi kendine beslenebilir, sekresyonlarını kendi çıkarabilir ve çevre ile iletişimi iyidir (Karakurt, 2011).

2.1.2. İnvaziv mekanik ventilasyon (IMV)

Yaşamsal bir fonksiyon olan solunum işlevinin, trekeaya yerleştirilen entübasyon tüpüyle ve yapay ventilatör cihazı ile sürdürülmesidir. İMV sadece pozitif basınçlı olarak uygulanmaktadır (Türkoğlu, 2015). Hava yolu açıklığını korunamayan veya akciğerlerinde yeterli gaz alışverişi olmayan hipoksik veya hiperkapnik seyreden hasta gruplarında İMV

ihtiyacı mevcuttur. Solunum distressi, akut solunum yetersizliğine neden olabileceğinden bu hastaların yakın takibi yapılmalı ve gerektiğinde elektif şekilde bakım ve tedavileri uygulanmalıdır. Bu nedenle bu hastaların takibinde primer görevi olan yoğun bakım hemşirelerine önemli roller düşmektedir. (Türkmen, 2005). Yoğun bakım hemşireleri; ailenin eğitimi, aspirasyon, beslenme, pozisyon değişimi, hijyen uygulamaları, ventilasyon ayarlarının takibinde rol oynamaları, hastanın yanında sürekli bulunmaları nedeniyle ventilasyon tedavisinde etkin rol oynamaktadırlar (Türkmen, 2005).

3. ENTÜBE HASTALARDA SIK GÖRÜLEN SORUNLAR

MV desteği uygulanan hastalar solunum problemlerinden dolayı kritik hasta grubundadırlar. Bu destek tedavisi uygulanan hastaların bakımında dikkat edilmesi gereken noktalardan bir tanesi komplikasyonların önlenmesi, erken fark edilip tedavi ve bakımının sürdürülmesidir (Onarıcı ve Karadağ, 2015). Acil servis ve yoğun bakım ünitelerinde ventilasyon ve oksijenizasyonu sağlamak amacıyla hava yolu kontrolünün önemi büyüktür. Uygulamada ilk olarak hastayı entübe etmeden önce noninvaziv MV uygulaması yapılmalıdır. Eğer bu girişim başarısız olursa endotrakeal entübasyon yöntemiyle invaziv olarak MV uygulanmalıdır (Gündoğan ve ark, 2011). Yoğun bakım ünitelerinde tedavi gören kritik hastalar birçok komplikasyonla karşılaşabilirler. MV uygulanan hastalar durumlarının kritik olması nedeniyle komplikasyonlarla daha sık karşılaşmaktadırlar. Bu komplikasyonların birçoğu doğrudan MV uygulamasına bağlı olabileceği gibi bazılarında da MV uygulaması önemli bir risk faktörüdür (Uçgun, 2008).

MV 'ye bağlı olarak gelişen komplikasyonlardan bazıları:
oksijen toksisitesi, barotravma, entübasyonla ilgili

komplikasyonlar, üst hava yolu hasarı, ventilatörle ilişkili pnömoni (VIP), gastrointestinal sistem, kalp fonksiyonlarını etkileyen ve kafa içi basıncı değiştiren komplikasyonlardır (Uçgun, 2008). MV sürecinin komplikasyon gelişmeden sonlandırılması, sürekli hasta izlemi, hastanın fizyolojik, psikolojik bakım gereksiniminin sağlık ekibi üyelerinin işbirliği içerisinde iyi bir ekip çalışması ile gerçekleştirilir(Çelik, 2006). MV uygulamasının kalp üzerindeki etkileri PEEP (pozitif ekspirasyon sonu basıncı) uygulanan hastalarda daha belirgindir. MV uygulamasının kalp üzerindeki en önemli komplikasyonu kalp debisinde azalmadır (Uçgun, 2008).

4. ENTÜBE HASTA VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI

Sağlık gereksinimi kişilerin en önemli temel hakkıdır. Kişilerin bu hakkının korunması etkin sağlık hizmetlerinin sunumu ile mümkündür. Nüfusun yaşlanması, engellilerin ve kronik hastalıkların giderek artması ile sağlık bakım gereksinimleri giderek artmıştır (Taşdelen ve Ateş, 2012). Mekanik ventilasyon desteği olan hastalarda özellikle de invaziv mekanik ventilasyon desteğinde hastalar günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede sorun yaşamaktadırlar. Bu hastaların sorunlarının ve bakım gereksinimlerinin belirlenmesi, bu gereksinimleri karşılamada primer olarak hemşirelere büyük roller düşmektedir (Taşdelen ve Ateş, 2012). Mekanik ventilasyona bağlı olan hastalar, bir ya da birkaç nedene bağlı olarak bu destek tedaviyi alabilmektedirler. Sağlık ekibi üyesi olan ve hastanın bakımında primer rolü olan hemşirelerin, hastanın MV destek tedavisi alma nedenlerini bilmeli, MV'ye bağlı oluşabilecek komplikasyonları bilmeli, gerekli önlemleri almalıdır. Bu nedenle hemşireler, hastanın tüm sistemlerine yönelik ayrıntılı olarak anamnez almalıdır (Türkmen, 2005).

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

4.1. Mekanik Ventilasyondaki Hastalarda Hemşirelik Bakımı

Mekanik ventilasyon tedavisi uygulanan hastanın bakımının planlanmasında, hastanın sık aralıklarla fizik muayenesinin yapılması, MV desteğinin hastaya etkilerinin izlenmesi, laboratuvar tetkiklerinin takibi ve elde edilen verilerin ventilatör verileri ile karşılaştırılması gerekmektedir. Hemşirelerin kanıta dayalı uygulamaları dikkate alarak yaptıkları bakım sonucunda hastadaki olası komplikasyonlar önlenecek, hastanın ventilatörden ayrılması kolay olacak ve ventilatörde bağımlı kalma süresi azalacaktır (Türkmen, 2005).

✓ Güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesine yönelik olarak, invaziv girişimlerin sık olarak uygulandığı yoğun bakım ünitelerinde enfeksiyondan korunmaya yönelik girişimler uygulanmalı,

✓ İletişim aktivitesine yönelik olarak, hastaya özgü iletişim biçimi geliştirilmeli,

✓ Solunum aktivitesine yönelik olarak, MV' da hastanın takibi, ayrılma durumu, sekresyonların varlığı, ventilatör modu, spontan solunumu gerçekleştirip gerçekleştiremeyeceği değerlendirilmeli,

✓ İMV desteği mevcut ve beslenmesine engel bir problem yoksa hasta enteral veya parenteral yoldan, NIMV desteği

alıyorsa dinlenme zamanlarında oral yoldan günlük alması gereken kalori miktarına uygun olarak beslenmeli, ✓ Hasta bireye yönelik yardımcı araçlar kullanılarak dışkılama sıklığı, alışkanlığı, niteliği, bağırsak sesleri değerlendirilmeli,

✓ Bireyin kişisel hijyen eksikliği giderilmeli, saç, deri, vücut, perine bakımı karşılanmalı,

✓ Hastanın vücut ısısı uygun aralıklarla değerlendirilmeli sonuca yönelik girişimler uygulanmalı,

✓ MV desteğinde olan hasta kendi başına hareket edemeyeceğinden bası yarası oluşumun önlemek için uygun aralıklarla hastaya pozisyon verilmeli,

✓ NIMV desteği olan hastalara dinlenme zamanlarında bireyin yapmak istediği aktiviteleri gerçekleştirme zamanı verilmeli,

✓ Bireyin beden imajını etkileyen organ kayıpları olup olmadığı değerlendirilmeli,

✓ Hastanın uyku alışkanlığına yönelik engel olacak durumlar ortadan kaldırılarak uygun koşullar sağlanmalı, gerekirse hastanın tıbbi durumuna engel oluşturmuyorsa sedasyon uygulanmalı,

✓ Terminal dönemdeki hasta bireyin duygu ve düşünceleri, hasta MV desteğinde ise yakınlarına psikolojik destek sağlanmalıdır (Terzi ve Kaya, 2011).

Yoğun bakım ünitelerinde tedavisine devam edilen hastalar gece-gündüz sürekli bakım ihtiyaçları karşılanması gereken ve vital bulgularının sık takip edilmesi için monitörize şekilde izlenmesi gereken kişilerdir. Bu nedenle bu hastaların bakım ve tıbbi tedavisini sağlamakta olan yoğun bakım

hemşireleri ekip içerisinde aktif olarak görev almaktadır (Terzi ve Kaya, 2011).

4.1.1. Ağız Bakımı

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

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

✓ Yatak başının 35-45 derece yükseltilmesi,

✓ Günlük olarak sedasyon dozuna ara verilerek uyanıklık takibi ve hastanın ekstübasyon hazırlığının değerlendirilmesi,

✓ Peptik ülser profilaksisi,

✓ Derin ven trombozu profilaksisi olmak üzere 4 girişim mevcuttu. Bu girişimlere yapılan çalışmalar doğrultusunda 2010 yılında,

✓ Klorheksidin glukonat ile günlük ağız bakımı beşinci girişim olarak eklenmiştir (Çetin ve ark, 2017).

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

mukozasının hergün gözlenmesi ve temizliğinin sağlanması, ağız mukozasının nemliliğini ve bütünlüğünü korumak, ağız içerisinde gelişebilecek diş çürüklerini, stomatitis ve ventilatörle ilişkili pnömoniyi önlemek amacıyla ağız bakımı günlük ve düzenli olarak verilmesi önemlidir. Ağız değerlendirilmesi ve bakımı hemşirelerin görevleri içerisinde olup, bakım sıklığı hastanın gereksinimleri doğrultusunda belirlenmektedir. MV desteği olan hastaların ağız bakımı literatürde yer alan bilgiler doğrultusunda 2-4 saatte bir bazı çalışmalarda ise 4-8 saatte bir diş fırçaları veya süngerli çubuklar ile beraber antibakteriyel özellikte ağız çalkalama solüsyonları kullanılarak yapılmalıdır (Özveren, 2010). MV desteği mevcut olan hastalarda, etkin ağız bakımının verilmesi ile ventilatörle ilişkili pnömonin önlendiği yapılan çalışmalar doğrultusunda kanıtlanmıştır. Hastaya etkin ağız bakımı verilebilmesi için öncelikli olarak, hastanın oral mukozasının doğru değerlendirilmesi ve doğru bakım ürününün (serum fizyolojik, sodyum bikarbonat, hazır ağız çalkalama solüsyonları, klorheksidin glukonat, povidon iyot) kullanılması gerekmektedir. Ağız bakım sıklığına ise hastanın oral mukozası günlük olarak değerlendirilerek karar verilmelidir. Mukozanın bozulması, oral mukozada enfeksiyonun artması, kolonize olmuş mikroorganizmaların aspirasyonu sonucu VİP gelişmektedir. Sonuç olarak etkin ağız bakımının verilmesi ile VİP gelişimi önlenebilmektedir (Çetin ve ark, 2017).

4.1.2. Aspirasyon

MV destek tedavisi alan hastalarda etkin hava yolunun açıklığının sürdürülmesi için endotrakeal aspirasyonun uygulanması, bu yolla oral ve nazal sekresyonların temizlenmesi önemli hemşirelik bakım yaklaşımıdır (Çelik, 2006). Endikasyon olmadığı sürece hastaya sık aspirasyon işlemi uygulanmamalıdır. Solunum hızının, kalp hızının artması, sesli solunum, hastanın rahatsız, huzursuz görünümü, terleme, oksijen saturasyonunda düşme, endotrakeal tüp içerisinde mukus görünümü, ventilatörün

yüksek basınç alarmı vermesi hastanın aspirasyon gereksiniminin olduğunun göstergesidir. Trakeal aspirasyonun, aseptik işlemlere uyulmadan yapılması hastalarda enfeksiyonun oluşmasına, dolayısıyla hastanın yoğun bakım ünitesinde yatış süresini uzatarak maaliyeti arttırmaktadır. Günümüzde aspirasyon işlemi açık ve kapalı aspirasyon yöntemi kullanılarak yapılmaktadır. Açık aspirasyon işleminde steril eldiven ve steril kateter kullanılarak akciğer içerisinde sekresyonlar temizlenmeli, her işlemde farklı bir kateter kullanılmalı, aspirasyon sonrası aspiratör ucu yıkama solüsyonundan geçirilmeli ve bu yıkama solüsyonu sekiz saatte bir değiştirilmelidir. Kapalı aspirasyon işlemi ise kateterin işlevinin bozulması, tıkanması, koruyucu kılıfının delinmesi, yırtılması durumlarında değiştirilmelidir. Aspirasyon işlemi on saniyeden uzun sürmemeli ve aspiratör basıncı 120 mmHg' yı geçmemelidir. Aspirasyon işlemi sırasında hastada taşikardi veya bradikardi gözlenmesi durumunda işlem sonlandırılmalı ve hastanın ventilatör desteği mevcutsa ventilatöre bağlanmalı veya hastaya oksijen verilmelidir (Çelik, 2006; Bozkurt, 2010)).

4.1.3. Sedasyon ve Ağrı Kontrolü

MV uygulanan hastaların çoğunda anksiyete ve ajitasyonu önlemek, uykuyu düzenlemek, endotrakeal tüp ve ventilatöre karşı tolerasyonu arttırabilmek için sedasyon uygulaması yapılmalıdır. Hastalarda bu tedaviye bağlı olarak oluşan ağrı deneyimi için sedasyon uygulamasının yanı sıra analjezi de uygulanmalıdır (Dikmen, 2012). Sedasyon, hastanın anksiyotik ve hipnotik gereksinimlerini gidererek, analjik etki sağlayarak hastanın uygulanan tedaviye reaksiyonlarının çok yönlü olarak değerlendirildiği özellikle yoğun bakım ünitelerinde MV destek tedavisi uygulanan hasta grubunda tercih edilen bir yöntemdir (Korhan, 2012). MV uygulanan hastalarda anksiyete, ajitasyon, stres, ağrı, rahatının azalması, hemodinamik stabilitenin azalması sonuçlarını azaltmak, hastanın ventilatörle uyumunu

kolaylaştırmak, kendisine zarar vermesini engellemek için hastalara sedasyon ilaç uygun dozda uygulanmalıdır (Korhan, 2012).

Yoğun bakım hastalarında sedasyon tedavisinin uygulanması olumlu etkilerinin yanı sıra bulantı, kusma, kas zayıflığı, hipotansiyon, bradikardi, koma, solunum depresyonu, ventilatörle ilişkili pnömoni riskinin artması, solunum desteğine duyulan sürenin uzaması, yoğun bakımda kalış süresinin ve maaliyetin artması gibi olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. Bu nedenle hastalara aşırı sedasyon uygulanmamasına dikkat edilmeli ve uygulanan sedasyon dozunun protokoller doğrultusunda etkin yönetimi yapılmalıdır (Korhan, 2012). Son dönemlerde yapılan çalışmalar doğrultusunda hafif sedasyon uygulaması tavsiye edilmektedir. Yoğun bakım ünitelerinde uygulanan sedasyon dozu, hasta ile iletişimi tamamen sonlandırmamalı, hastanın rahatı ve konforunu sağlamalı ve olası komplikasyonlarından hastaları korumalıdır. Sedasyonun olası komplikasyonlarından hastayı korumak için sedasyon dozu kapatılıp hasta günlük olarak ağrı, anksiyete, ajitasyon durumları değerlendirilmeli, gerekirse sedasyon dozu tekrardan ayarlanarak başlanmalıdır (Korhan, 2012). MV uygulanan hastada sedasyon endikasyonu konulduktan sonra, her hasta için sedasyon dozu belirlenmelidir. Bu dozun belirlenmesinde, subjektif ve objektif yöntemler kullanılmaktadır. Subjektif değerlendirmede hastaya gözlerinin aç, ellerimi sık, dilini çıkart vb. gibi basit komutlar verilerek bunları yerine getirip getiremediği değerlendirilir. Objektif değerlendirmede ise Ramsay Sedasyon Skalası, Sedasyon-Ajitasyon Skalası (SAS) ve Richmond Sedasyon Ajitasyon Skalası (RASS) gibi skalalar geliştirilmiştir (Dikmen, 2012).

Sedasyon tedavisi, yoğun bakım ünitelerinde hastaların tedavilerinin güvenli olarak sürdürülmesi ve hasta konforunun en uygun olduğu sedasyon dozunu tanımlamak, bu dozu yakalamak

ve sürdürmek temel amaçtır. Bu amaca uygun olarak hastanın sedasyon ihtiyacı, sedasyon skalaları ile sürekli değerlendirilerek uygun sedasyon dozu ayarlanmalıdır. Hemşireler hastanın sedasyon ihtiyacını sürekli olarak değerlendirmede ve yönetmede rolü büyüktür (Korhan, 2012). Sedasyon tedavisi ile hastadaki anksiyeteyi azaltmak, depresyonu önlemek, uykusunu düzenlemek, invaziv girişimlerin neden olduğu ağrıyı azaltmak ve mekanik ventilasyon tedavisini kolaylaştırmak amacıyla uygulanmaktadır (Korhan, 2012).

4.1.4. Pozisyon Verme

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

4.1.5. Hastanın Beslenmesi

Yoğun bakım ünitesinde mekanik ventilasyon uygulanan hastalarda sıklıkla karşılan malnütrisyon ve VİP komplikasyonları kritik hasta grubunda morbidite ve mortaliteyi arttıran en önemli sorunlardandır (Köksal ve Tütüncü, 2012). Mekanik ventilasyon uygulanan hastalarda en erken sürede (24-48 saat içerisinde), hastanın günlük alması gereken uygun kalori ve besin içeriğine sahip ürünler ile, uygun yol kullanılarak beslenmeye başlanmalıdır. Hastalarda beslenme, ilk yöntem olarak gastrointestinal sistem kullanılarak, gastrointestinal sistem kullanılamıyorsa ikincil yöntem olarak intravenöz yol kullanılarak yani parenteral beslenme ile yapılmaktadır (Köksal ve Tütüncü, 2012). Mekanik ventilasyon uygulanan hasta grubunda beslenme yeterli düzeylerde sürdürülemezse; kas ve yağ

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

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

4.1.6. Ventilatörle İlişkili Pnömoni' nin (VIP) Önlenmesi

Pnömoni, steril olan alt solunum yollarının ve akciğer parankim dokusunun virulan mikroorganizmalar tarafından invazyonudur. VIP de ise entübasyon tüpünün kaf kısmında biriken bakterilerin aşağıya doğru kaçışı ve akciğerlere ulaşması ile infeksiyon meydana gelebilmektedir, diğer bir tanımla 48 saatten uzun süreli entübe hastalarda meydana gelen akciğer parankim dokusunun infeksiyonudur (Biberoğlu, 2001; Özcan, 2016). Ventilatörle ilişkili pnömoni (VIP), ventilatör desteği alan hastada ventilatöre bağlandıktan 48 saat sonra gelişen ya da hasta ekstübe edildikten 48 saat sona gelişen pnömonidir. VIP yoğun bakım ünitelerinde en sık görülen infeksiyondur. Yapılan araştırmalar, yoğun bakım ünitelerinde entübe edilen hastaların

yaklaşık %9-27' sinde meydana geldiği göstermiş ve bu ünitelerdeki antibiyotik kullanımının en büyük nedeni olarak gösterilmiştir. Mortalite oranı yüksek olan bu hastalığın erken tanı ve tedavisiyle klinik tablo iyileştirilmektedir (Dizbay, 2014 ve Özcan, 2016). Mekanik ventilasyon süresinin uzaması (48 saatten uzun) VİP için en büyük risk faktörüdür. VİP erken dönemde yani hasta mekanik ventilasyona bağlandıktan ilk dört günde meydana gelirse “erken dönemde başlayan VİP”, mekanik ventilasyon tedavisinin beşinci ya da daha sonraki günlerinde meydana gelirse “geç dönemde başlayan VİP” olarak adlandırılmaktadır. Erken dönemde başlayan VİP, geç dönemde başlayan VİP’e göre daha hafif seyretmektedir (Özcan, 2016).

VİP gelişmesindeki risk faktörleri; Malnütrisyon, 65 yaş üstü kişiler, hasta transportu, sık aspirasyon, endotrakeal entübasyon, trakeostomi, uzun süreli yatış, hastalığın şiddeti, immünoşüprasif tedavi, nazogastrik sonda, sedatif ajanlar, koma, bilinç bozukluğu, enfeksiyonlar ve antibiyotik kullanımıdır (Bozkurt, 2010) (Kapucu ve Özden, 2014). VİP tanısının konulmasında kesin tanımlayıcı kriterler bulunmasa da ateş, lökositoz, oksijenasyonda azalma, pürülan sekresyon varlığı, radyoaktif görüntüleme de akciğer infiltrasyonu VİP tanısını düşündürmektedir. Fakat bu tanımlayıcı kriterler infeksiyon dışı nedenlerle de meydana gelebileceği bilinmelidir. Genel olarak 38 dereceden yüksek, 36 dereceden düşük vücut ısısı, lökopeni veya lökositoz, pürülan trakeal sekresyon varlığı veya parsiyel arteriyel oksijen satürasyonunda düşüklük bulgularının en az ikisinin varlığında VİP tanısı konulmaktadır. (Bozkurt, 2010 ve Biberoğlu, 2001).

VİP gelişiminin önlenmesinde en önemli yaklaşım, hastanın tedavisi ile ilgilenen sağlık çalışanlarının hasta ile temas öncesi el yıkamasıdır. El yıkamanın nazokomiyal infeksiyonları ve VİP gelişme olasılığını %20 oranında azalttığı yapılan çalışmalarda görülmüştür. 65 yaş ve üzeri hastalarda, kronik

hastalığı (KOAİ, diyabetus mellitus, kronik böbrek ve karaciğer hastalığı gibi) bulunan hastalarda, lösemi, uzun süreli kortikosteroid kullanan, kemoterapi tedavisi alan, organ transplantasyonu olan hastalara ve bu hasta grubundan sorumlu olan sağlık çalışanlarına pnömokok ve influenza aşısı önlem olarak uygulanabilmektedir (Biberoğlu, 2001; Kapucu ve Özden, 2014).

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

5. MEKANİK VENTİLASYONDAN AYRILMA (WEANİNG) İŞLEMİ

Weaning süreci; MV uygulaması ile başlayan, solunum destek gereksiniminin ortadan kalkmasıyla aşamalı olarak gerçekleştirilen MV desteğinin sonlandırılması işlemidir. Başka bir anlatımla solunum işlevinin mekanik ventilatörden hastaya devredilmesidir (Koyuncu ve ark, 2011). MV destek tedavisinin erken sonlandırılması mortalite ve morbidite artışına neden olurken, geç sonlandırılması da birçok komplikasyona neden olmaktadır. Bu nedenle MV tedavisine neden olan hastalık düzeltildikten sonra MV desteği kısa sürede sonlandırılmalıdır (Çelikel ve İskit, 2004). Ventilatörden ayırmadan önce akut solunum yetmezliğine neden olan problem kontrol altına alınması ve hastanın klinik durumunda (enfeksiyon, sepsis, şok, elektrolit dengesizliği gibi) düzelme olması gerekmektedir. Hastanın bilinç düzeyi, kooperasyonu, hemodinamik stabilizasyonu (şok, miyokard iskemisi/infarktüsü, ateş, hipoksemi, ciddi asidoz gibi sorunlarının olmaması), glaskow koma skalasının (GKS) 12' den yüksek ve oksijenizasyonu iyi düzeyde olmalıdır. Hastalar

“weaning” denemesi öncesinde genel durumları yakından takip edilmelidir (Çelikel ve İskit, 2004).

MV ayırmaya başlama kriterleri;

- Bilincin açık olması,
- Öksürme ve öğürme refleksinin olması,
- Vücut ısısının <38.5 ‘C olması,
- Spontan solunum eforunun yeterli olması,
- pH’nın 7.32-7.47 arasında olması,
- PaO₂ > 60mmHg veya SO₂ > %95 olması,
- FiO₂ =/ < 0.5 ,
- PEEP =/ < 7 cm H₂O,
- PaCO₂ =/ < 50 mmHg,
- Vazoaktif ilaç ihtiyacının kalmaması,
- Son 24 saat içerisinde MV ayarlarında artış yapılmaması,
- Ayrıma işleminin olduğu gün ilk 12 saat içerisinde ciddi sedasyon almasını gerektirecek girişim yapılmayacak olması gerekmektedir (Korkmaz ve İlçe, 2009, Koyuncu ve ark, 2011; Durmaz Akyol,2016; Akdemir,2020).

Öncelikli olarak hastanın mekanik ventilatörden ayrılıp ayrılamayacağı belirlenmelidir. Hastanın mekanik ventilasyon destek tedavisine neden olan hastalığın düzelip-düzelmediği, mekanik ventilasyon desteği olmadan hasta spontan solunumunu gerçekleştirip-gerekleştiremeyeceği değerlendirilmelidir (Koyuncu ve ark, 2011). MV desteğinin sonlandırılmadan önce hastanın vücut sıcaklığı kontrol edilmelidir. Hipotermisi olan hastalarda titreme sonucu dakikadaki solunum sayısını arttırarak solunum derinliğinin azaltır. Bunun sonucunda hastada solunumsal asidoz gelişir. Bu nedenle hastanın vücut sıcaklığı

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

MV desteğinden ayırmadan önce hastada dikkat edilmesi gerekenler;

✓ Mekanik ventilatör desteğini gerektiren problemin ortadan kalıp-kalkmadığı,

✓ Hastanın bilinç düzeyi ve kooperasyonu,

✓ Narkotik ve sedasyon ilaçlarının devam etmediğine,

✓ Hemodinamik stabilizasyon,

✓ Metabolik fonksiyonların stabilizasyonu (Asit-baz dengesi normal seviyelerde olmalı, elektrolit dengesi sağlanmalı.)

✓ Hastanın uyku ihtiyacı olmamalı, dinlenmiş olmalı,

✓ Ağrısı mevcut ise analjezi ile kontrol altına alınması,

✓ Vücut ısısının normal sınırlarda olması,

✓ Hasta enteral besleniyor ise beslenmenin ekstübasyon denemesinden en az dört saat önce durdurulmuş olması,

✓ Hastanın oksijenizasyonunun normal aralıklarda olmasına dikkat edilmelidir (Koyuncu ve ark, 2011 ve Dikmen, 2012).

Hastalarda yukarıdaki koşullar sağlanmış olsa bile hastanın ventilatörden güvenle ayrılabilceğini ifade etmez. Bu nedenle hastanın oksijen düzeyinin yeterliliği, ventilatörle uyumu

ve solunum dürtüsünün ölçümü ile mekanik ventilasyonun sonlandırılmasında başarı şansı artmaktadır (Dikmen, 2012).

5.1. Mekanik Ventilatörden Ayırmada Hemşirelik Bakımı

MV desteğinin sonlandırılmasında hastaların takip ve tedavi sürecinde hastalar ile uzun zaman geçiren ve yakından gözlem yapan yoğun bakım hemşirelerine önemli roller düşmektedir. Yoğun bakım hemşireleri, fizyolojik ve psikolojik açıdan hastayı tanımak, MV' dan ayrılma sürecine uyum kapasitesini önceden tahmin etmede diğer bir değişle hastanın MV desteğinden ayrılmasında hemşirelerin bilgi ve becerileri etkin rol oynamaktadır (Koyuncu ve ark, 2011). MV' dan ayırmada hemşirelerin rolleri son yıllarda yapılan çalışmalar ile yeniden düzenlenmiştir. Oluşturulan protokoller doğrultusunda hemşirelerin yakından takibi ile hastanın MV' dan ayırma sürecini kısaltmaktadır. Bu protokollerin kullanımı ile hastanın MV desteğinden ayrılma süreci daha güvenli hale gelmiştir (Korkmaz ve İlçe, 2009). MV desteği olan hastanın bakımında hemşire, hastanın hava yolu açıklığının korunması, oksijenlenmesinin sağlanması, olası enfeksiyonlardan korunması, psikolojik ve fizyolojik destek sağlanması gibi görevler üstlenmektedir (Korkmaz ve İlçe, 2009).

6. SONUÇ

Hemşireler hastaları yapay solunum cihazlarına bağlama işlemlerini tek başlarına yapma sorumluluklarına sahip olmasalar da spontan solunum yapamayan hastaların solunum izlemi, ventilasyonunun sağlanması, bireysel bakım uygulamaları, entübasyon işlemi ventilatördeki takipleri, weaning işlemine ve ekstübasyon sonrasına kadar hemşire hastayla iç içe ve bakımıyla yakından ilgilenen kişidir. Klinik ve özellikle de yoğun bakım birimlerinde çalışan hemşirelerin mekanik ventilatördeki

hastaları yakından takip etme, hastada oluşabilecek komplikasyonların önlenmesinde ve erken dönemde fark edilmesinde köprü görevi görmekte ve üstlerine önemli görevler düşmektedir.

KAYNAKLAR

- “Mekanik Ventilasyonun Tarihsel Gelişimi”,
http://lokman.cu.edu.tr/anestezi/mekanik_ventilasyon
(Erişim Tarihi: 22.10.2020).
- Alasad, J., Ahmad, M. (2005). Communication with Critically ill Patients, *Journal of Advanced Nursing*, 50(4): 356-362.
- Almerud, S., Peterson, K. (2003). Music Therapy A Complementary Treatment For Mechanically Ventilated Intensive Care Patients, *Intensive and Critical Care Nursing*, 19(1): 21-30.
- Biberoğlu K. Ventilatörle İlişkili Pnömoni. Yoğun Bakım Dergisi 2001, 1(2):98-105.
- Bozkurt G. Yoğun Bakımda Ventilatöre Bağlı Gelişen Pnömoninin Önlenmesi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2010, 14(1):20-25.
- Braun, S., Preuss, R. (2002). Yoğun Bakım, Klinik Klavuzu, Uygulama Teknikleri, Tanı, Tedavi İlkeleri, İlaçlar. Yüce Yayın, İstanbul, s: 46-47.
- Chlan, L. (2002). Integrating Nonpharmacological, Adjunctive Interventions Into Critical Care Practice: A Means To Humanize Care?, *American Journal of Critical Care*, 11: 1416.
- Chlan, L. L. (2004). Relationship Between Two Anxiety Instruments in Patients Receiving Mechanical Ventilatory Support, *Journal of Advanced Nursing*, 48(5) :493-499.
- Chlan, L. L., Engeland W. C., Anthony A. et al. (2007). Influence of Music on the Stress Response in Patients Receiving Mechanical Ventilatory Support: A Pilot Study, *American Journal of Critical Care*, 16(2): 141-145.

- Çelik S. Mekanik Ventilasyonda Hasta Bakımı. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2006, 10(1-2):19-25.
- Çelikel T, İskit A. Mekanik Ventilasyonun Sonlandırılması (Weaning). Yoğun Bakım Dergisi 2004, 4(4):205-210.
- Çetin B, Aygin D. Ventilatörle İlişkili Pnömoninin Önlenmesinde Ağız Bakımının Rolü. Sakarya Tıp Dergisi, 2017. 7(1):74-78.
- Dikmen Y. Mekanik Ventilasyon Klinik Uygulama Temelleri. Ankara, Güneş Tıp Kitap Evleri, 2012.
- Dizbay M. Ventilatörle İlişkili Pnömoni: Tedavi İlkeleri. 29.Ankem antibiyotik ve Kemoterapi Kongresi Dergisi 2014, 28(Ek 2):212-215.
- Gümüş A, Şıpkın S, Keskin G. Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli İle Bir Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2012. 3(1):13-21.
- Gündoğan K, Coşkun R, Güven M, Sungur M. Yoğun Bakımda Endotrakeal Entübasyon Komplikasyonları. Yoğun Bakım Dergisi 2011, 2:39-43.
- Kapucu S, Özden G. Ventilatörle İlişkili Pnömoni ve Hemşirelik Bakımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014. s. 99-110.
- Karakurt S. Noninvaziv Mekanik Ventilasyon. Marmara Medical Journal 2011, 24(1):44-58.
- Keenan SP, Sinuff T, Burns KE, Muscedere J, Kutsogiannis J, Mehta S, et al. Clinical practice guidelines for the use of noninvasive positive-pressure ventilation and noninvasive continuous positive airway pressure in the acute care setting. CMAJ : Canadian Medical Association journal =

journal de l'Association medicale canadienne.
2011;183(3):E195-214.

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

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

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

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

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

Ovayolu N., Bekiroğlu T., Ovayolu Ö. Dispne & Dispneli Hastada Hemşirelik Yaklaşımı. İç Hastalıkları Dergisi 2009; 16(3):146-151.

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

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

Taşdelen P, Ateş M. Evde Bakım Gerektiren Hastaların Bakım Gereksinimleri İle Bakım Verenlerin Yükünün

- Değerlendirilmesi. Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi. 2012, 9 (3): 22-29.
- Terzi B, Kaya N. Yoğun Bakım Hastasında Hemşirelik Bakımı. Yoğun Bakım Dergisi 2011, 1:21-25.
- Türkmen E. İnvaziv Mekanik Ventilasyon Uygulaması ve Mekanik Ventilasyon Uygulanan Hastanın Bakımı. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2005, 2(2):22-29.
- Türkmen E. İnvaziv Mekanik Ventilasyon Uygulaması ve Mekanik Ventilasyon Uygulanan Hastanın Bakımı. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2005, 2(2):22-29.
- Türkoğlu M. Mekanik Ventilasyon Komplikasyonları ve Korunma. Türkiye Klinikleri Yoğun Bakım Özel Dergisi, 2015. 1(1):49-54.
- Uçgun İ. Mekanik Ventilasyon Komplikasyonları. Yoğun Bakım Dergisi 2008, 8(1):44-59.

YATAĞA BAĞIMLI HASTALARDA KULLANILAN FARKLI DESTEK YÜZEYLERİNE SAHİP İKİ YATAĞIN BASINÇ YARASI ÖNLEME ETKİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI: YARI-RANDOMİZE KONTROLLÜ BİR ÇALIŞMA¹

Ramazan DENİZ²

Gülşay İPEK ÇOBAN³

1. GİRİŞ

Basınç yarası hemşirelik bakımında kaliteyi belirleyen en önemli göstergelerden biridir (Pittman, Beeson, Dillon, Yang, & Cuddigan, 2019). Basınç yarası, genellikle vücudun kemikli bir bölgesindeki çıkıntı üzerinde, yumuşak dokulara uygulanan basınç veya basınca sürtünmenin eşlik etmesiyle oluşan mekanik yük sonucu meydana gelmektedir (Pacific, 2014). Hasta bakımında meydana gelen gelişmelere rağmen basınç yaraları, sağlık bakım hizmetlerini olumsuz etkilemeye devam etmektedir. Basınç yaraları, dünya çapında hastanede yatan hastaların %3 ile %34'lerinde meydana gelir. Ayrıca morbiditenin ve mortalitenin artmasına neden olur (Alderden, Rondinelli, Pepper, Cummins, & Whitney, 2017). Basınç yarası, hastanede kalış süresini 4 günden

¹ Bu araştırma tarafımızca yazılan 735400 YOKTEZ numaralı yüksek lisans tezinden üretilmiş olup II. Bilsel Uluslararası Safranbolu Bilimel Araştırmalar Kongresinde özet bildiri olarak sunulmuştur.

² Arş. Gör., Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, temmuzdeniz73@gmail.com, ORCID:0000-0001-5239-6391.

³ Prof. Dr., Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, laypek_6@hotmail.com, ORCID:0000-0003-1075-0748.

30 güne kadar uzatır (Black et al., 2011). Bununla birlikte basınç yarasının meydana gelmesi ölüm oranını %7,23 artırır (Niezgoda & Mendez-Eastman, 2006). Basınç yarası, hasta kaynaklı olan veya dış faktörlerden etkilenecek meydana gelir. Basınç yarasının önlenmesinde risk değerlendirme, pozisyon verme, beslenme yönetimi, inkontinans yönetimi ve bireye uygun destek yüzeylerinin kullanılması gibi kapsamlı hemşirelik girişimleri önem taşımaktadır (Kıraner, Terzi, Ekinci, & Tunalı, 2016). Hastaların karmaşık ihtiyaçlarından dolayı uygun destek yüzeyini belirlemek güçtür ve bu konu ile ilgili az sayıda çalışma yürütülmüştür (Thompson, Anderson, Langemo, Hanson, & Hunter, 2008). Basınç yarası önleyici destek yüzeyleri ya hastanın ağırlığını sabit düşük basınç sağlayan daha büyük bir temas alanına dağıtır ya da hastanın altındaki basıncı mekanik olarak değiştirerek uygulanan basıncın süresini azaltır (McInnes, Jammali-Blasi, Bell-Syer, Dumville, & Cullum, 2011). Ülkemizde yoğun bakımda iki farklı destek yüzeyinin etkinliğinin incelendiği bir araştırmaya göre basınç yarası oluşma oranı; havalı yatak kullanılan hasta bireylerde, %100 pamuklu havlu kullanılan hasta bireylere göre daha düşük olduğu fakat istatistiksel açıdan bir fark olmadığı bildirilmiştir (Totur & Dıramalı, 2011). Bu araştırmada viskoelastik yapıdaki basınç yarası önleyici yatak türü ile küp/blok sistemine sahip, vibrasyon (masaj) özelliği olan basınç yarası önleyici yatak türünden daha etkili olanının belirlenip uygun hastalar için kullanımının yaygınlaştırılması hedeflendi. Sonuç olarak hastaya uygun destek yüzeyi kullanılarak hem basınç yarası oluşumunun engelleneceği hem de hastanın bakımı ile ilgilenen, öncelikle hemşirelerin ve diğer sağlık profesyonellerinin iş yükünün azalacağı düşünülmektedir.

2. YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, yarı randomize kontrollü tasarımıdır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Tarih, Yer ve Özellikleri

Bu araştırma, Mart 2021-Aralık 2021 tarihleri arasında Türkiye'nin doğusunda bulunan bir üniversite hastanesindeki palyatif bakım merkezi ve nöroloji yoğun bakım ünitesinde gerçekleştirildi.

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini palyatif bakım merkezi ve nöroloji yoğun bakım ünitesine kabul edilen 18 yaş ve üstündeki, yatağa bağımlı ve basınç yarası olmayan hastalar oluşturdu. Araştırmanın örneklem grubunu dahil edilme şartlarını sağlayan 81 kişi oluşturdu. Örneklem grubuna dahil edilenlerden 5 hasta exitus, 16 hasta ise başka birimlere sevk edildi. Araştırma 60 hasta ile tamamlandı. G*Power 3.0.10 programı kullanılarak araştırma sonunda elde edilen verilerle yapılan güç analizi sonucunda; belirlenen etki büyüklüğü, %5 hata payı ve toplamda 60 örnek sayısı için ($n_1:30 - n_2:30$) araştırmanın gücü %80,9 olarak bulundu.

2.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Braden Ölçeğine göre en az “düşük risk” taşıyor olmak,
- Bilinci açık olan hastaların kendisi ve bilinci kapalı ya da konfüze olan hastanın yasal koruyucusu tarafından aydınlatılmış onam formunu imzalamak,
- Kliniklere kabul sırasında vücut bölgelerinde basınç yarası bulunmuyor olmak,

- Dünya Sağlık Örgütü'nün BKİ sınıflandırmasına göre BKİ $\geq 30,00$ (Obez) olmamak araştırmanın dahil edilme kriterlerini oluşturdu.

2.5. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

Araştırmaya dahil edildikten sonra on günden daha kısa bir süre içerisinde hasta yatağının değişmiş olması veya hastanın sevk, taburcu ya da exitus olması araştırmadan çıkarılma kriterlerini oluşturdu.

2.6. Veri Toplama Formları

2.6.1. Hasta Tanılama Formu

Araştırmaya katılan hastaların tanıtıcı bilgilerini toplamak için “Hasta Tanılama Formu” oluşturuldu. Bu form literatürdeki bilgiler ışığında hazırlanmış olup basınç yarasına sebep olabilecek faktörler dikkate alındı. “Hasta Tanılama Formu”nda hastaların yaş, BKİ değeri, tıbbi tanı, inkontinans varlığı, bilinç düzeyi, albümin ve hemoglobin değerleri, hastanın bulunduğu örneklem grubu gibi bilgileri içeren formdur.

2.6.2. Braden Ölçeği

Hastaların basınç yarası riskini belirlemek için Braden ve Bergstrom tarafından geliştirilen ve Oğuz ile Olgun tarafından 1997 yılında Türkçe'ye uyarlanan Braden Ölçeği kullanıldı. Braden Ölçeği'nde hastanın duyuşal algılama, nem, aktivite, hareketlilik, beslenme, sürtünme ve makaslama faktörleri yer almaktadır. Bu alt boyutlar iki temel etyolojik faktöre dikkat çekmektedir. Bunlar basıncın yoğunluğu ve süresi ile dokunun basınca karşı gösterdiği dirençtir. Ölçek maddelerine göre ölçekten alınabilecek en düşük puan 6, en yüksek puan 23'tür. Ölçeğe göre 12 puan ve altı yüksek risk, 13-14 puan orta risk ve 15-16 puan düşük risk (75 yaş ve üzerindeki bireyler için 15-18) oluşturmaktadır (Bergstrom, Demuth, & Braden, 1987).

2.6.3. Basınç Yarası Gözlem Formu

Bu formda hastaların basınç yarası günlük olarak değerlendirilip yara oluşum tarihi ile yaranın bölgesi, yara boyutu, yara evresi gibi bilgiler kayıt altına alındığı formdur.

2.6.4. Yara Ölçüm Cetveli

Hastalarda meydana gelen basınç yaralarının boyutlarını doğru bir şekilde değerlendirmek için kağıttan yapılmış tek kullanımlık cetveller kullanıldı. Basınç yaralarının boyutu boy x en şeklinde alan hesabı (cm²) yapılarak hesaplandı.

2.7. Araştırmada Kullanılan Destek Yüzeyleri

Bu araştırmada farklı destek yüzeyine sahip iki tür yatak kullanıldı.

2.7.1. Viskoelastik Yatak

Bu ürün, vücut ısısına ve vücut hareketlerine tam uyum sağlayan vikoelastik yapıdaki malzemeden üretilmiştir. Vücudun şeklini alabilen ve hareket kolaylığı sağlayan yapısıyla vücudun risk bölgelerindeki basıncı azaltır ve kan akışının sürdürülmesini sağlar. Ürünün üzeri hava geçiren, sıvı geçirmeyen, antibakteriyel ve yıkanabilir kılıfla kaplanmıştır. Ürünün ölçüsü 90x190x16 cm'dir.

2.7.2. Küp/Blok Sistemine Sahip Masaj Özellikli Yatak

Bu ürün, çıkarılabilir küp/bloklarıyla istenilen bölgelerde düşük basınç alanı oluşturup doku perfüzyonuna imkan tanır. Yatak 45 adet küp/bloktan oluşmaktadır. Her bir küpün çıkarılmasıyla yüzeyde 13x13 cm boyutunda ve 10 cm derinliğinde boş alan/oyuk oluşmasını sağlamaktadır. Vibrasyon(masaj) özelliği kan dolaşımını hızlandırır, iskemiye önler ve kapillerin kapanmasını engeller. Havalandırma sistemi ile derideki nem oranını düşürür ve terlemeyi önler. Uzaktan kumanda özelliği ile bireye vibrasyon(masaj) sağlayıp yatağın

havalandırılmasını mümkün kılar. Ayrıca sıvı geçirmez, antibakteriyel ve temizlenebilir kaplamaya sahiptir.

2.8. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

2.8.1. Bağımlı Değişkenler: Basınç yarasının oluşma durumudur.

2.8.2. Bağımsız Değişkenler: Cinsiyet, yaş, beden kütle indeksi, albümin ve hemoglobin değerleri, mevcut kronik hastalıklar ve hastanın yatırıldığı yatak türüdür.

2.9. Araştırmaya Katılan Hastaların Bakımının Standardize Edilmesi

Basınç yarası gelişimi yapılan bakımdan etkileneceği için bütün hastalara standart olarak;

- Hasta yataklarına serilen örtülerin gergin ve temiz olması,
- Her iki grupta yatan hastaların gündüz iki saatte bir, gece ise dört saatte bir pozisyon değişimi,
- Yatak başlarının kaldırılması hastanın aşağı doğru kaymasına ve bunun sonucunda sürtünmeden kaynaklı basınç yarası oluşacağı için yatak başı seviyesi mümkün olduğu kadar 30 dereceyi aşmayacak yükseklikte pozisyonlanması,
- Her iki gruptaki hastalara basınç yarası önleyici jel, krem vb. ajanların kullanılmaması,
- Kontrendike değilse günlük 2000 ml sıvının alınması sağlandı.

2.10. Araştırmanın Uygulanması

Örneklemdaki hastaların randomizasyonunu sağlamak için her hasta yatış sırasında 1'den başlanarak numaralandırıldı ve tek sayıya denk gelen hastalar I. gruba, çift sayıya denk gelen hastalar II. gruba alındı. I. gruptaki hastalar için birimde rutin

olarak kullanılan destek yüzeyinin vibrasyon(masaj) özelliği olan, küp/blok sistemi ile düşük basınç alanı oluşturan, havalandırma sistemine sahip basınç yarası önleyici yatak kullanıldı. Bu yatağın özellikleri hakkında klinikteki hemşire ve hasta/hasta yakınlarına bilgi verildi. II. gruptaki hastalar için birimde rutin olarak kullanılan destek yüzeyi ortopedik yapıya sahip viskoelastik yapıdaki basınç yarası önleyici yatak kullanıldı. Her iki gruptaki hastaların tanıtıcı özellikleri hasta dosyalarından ve hasta yakınlarından elde edildi. Ayrıca laboratuvar sonuçları için rutin olarak alınan kan değerlerine bakılarak hemoglobin ve albümin değerleri Hasta Tanılama Formu'na kaydedildi. Her iki gruptaki hastalar yatışı yapıldıktan sonraki ilk 6 saat içinde basınç yarası riskini saptamak için Braden Ölçeği kullanılarak ilk değerlendirme yapıldı. Her iki gruptaki hastalar en fazla dört hafta süreyle izlendi ve günlük olarak basınç yarası değerlendirilmesi için Basınç Yarası Gözlem Formu kullanıldı. Her iki gruptaki hastalarda meydana gelen basınç yaraları Yara Ölçüm Cetveli kullanılarak, yara boyutlarının alanı cm^2 cinsinden hesaplandı. Araştırma yürütülürken COVID-19 önlemleri kapsamında gerekli hassasiyet gösterilerek veriler toplandı. Elde edilen veriler istatistiksel olarak karşılaştırılarak araştırmanın sonucuna ulaşıldı.

2.11. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın verilerini analiz etmek için Statistical Package for Social Science (SPSS Ltd., Chicago, IL, USA) 21.0 yazılım paket programı kullanıldı. Her iki gruptaki hastaların tanıtıcı bilgilerinin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, Ki-kare ve Fisher'ın Kesin Olasılık Testi kullanıldı. Hastaların basınç yarası oluşum risklerinin belirlenmesi amacıyla kullanılan Braden Ölçeğine göre hesaplanan total puanların gruplanarak değerlendirilmesinde Ki-kare testi, hastaların yaş, BRS, Hb ve Albümin değişkenlerine göre yara oluşma durumlarının

değerlendirilmesinde Mann Whitney-U testi kullanıldı. Araştırmaya katılan her iki gruptaki hastaların basınç yarası gelişme oranları ve diğer tüm parametreler karşılaştırıldı.

2.12. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yürütülebilmesi için Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 04.03.2021 tarihinde yazılı izin alındı.

Araştırmanın gerçekleştiği birimler için hastane yönetiminden yazılı kurum izni alındı. Bu araştırmanın yürütülmesi hasta ve hasta yakınlarına herhangi bir ek maliyet oluşturmadı.

2.13. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sadece Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü'ne bağlı Palyatif Bakım Ünitesi ve Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesi'nde yapılması, yatışı yapılan hastaların en az 10 gün boyunca aynı destek yüzeyinde takibinin sağlanması ve hastaların tümünde üriner kateter olduğu için idrar inkontinansının değerlendirilememiş olması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturdu.

2.14. Araştırmanın Destekleyicileri

Bu araştırma Atatürk Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi'nce desteklenmiştir. Proje Numarası: 2021-9310.

3. BULGULAR

Yatağa bağımlı hastalarda kullanılan küp/blok sistemine sahip, vibrasyon (masaj) özelliği olan yatak türü ile viskoelastik yapıdaki yatağın basınç yarası önleme etkinliklerinin karşılaştırıldığı bu araştırmanın bulguları aşağıda yer almaktadır.

Tablo 3.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımları

Tanımlayıcı Özellikler	I. Grup (n=30)		II. Grup (n=30)		Test ve Önemlilik
	S	%	S	%	
Cinsiyet					
Kadın	20	66.7	15	50.0	$X^2=1.714$ $p=0.295$
Erkek	10	33.3	15	50.0	
Yaş					
29-55	11	36.7	5	16.7	$X^2=4.050$ $p=0.132$
56-82	12	40.0	12	40.0	
83 ve üzeri	7	23.3	13	43.3	
Yatış Yapılan Birim					
Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesi	22	73.3	17	56.7	$X^2=1.832$ $p=0.279$
Palyatif Bakım Merkezi	8	26.7	13	43.3	
İzlem Süresi					
10-15 gün	3	10.0	4	13.3	$X^2=1.074$ $p=0.584$
16-21 gün	16	53.3	12	40.0	
22 gün ve üzeri	11	36.7	14	46.7	
Bilinç Düzeyi					
Bilinç yok	3	10.0	6	20.0	$X^2=2.367$ $p=0.669$
Stupor	17	56.7	14	46.7	
Konfüze	7	23.3	6	20.0	
Apatik	3	10.0	3	10.0	
Oryante	0	0.0	1	3.3	

Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımlarına bakıldığında; I. gruptaki hastaların %66.7'sinin, II. gruptaki hastaların %50'sinin kadın olduğu saptandı. Her iki grupta da hastaların %40'ının 56-82 yaş grubunda olduğu saptandı. I. grupta olan hastaların %73.3'ünün, II. grupta olan hastaların %56.7'sinin nöroloji yoğun bakım birimine yatış yaptığı belirlendi. Hastaların izlem süresine göre dağılımlarına bakıldığında I. gruptaki hastaların; %53.3'ünün 16-21 gün yattığı, II. gruptaki hastaların %46.7'sinin 22 gün ve üzeri sürede hastanede yattığı saptandı.

I. grupta olan hastaların %56.7'sinin, II. grupta olan hastaların %46.7'sinin stupor bilinç düzeyi durumunda olduğu belirlendi. Gruplar arasında cinsiyet, yaş, yatış yapılan birim, hastanın geldiği yer, yatış süresi ve bilinç düzeyi dağılımlarında

istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu ($p>0.05$) (Tablo 3.1).

Tablo 3.2. Katılımcıların Yara Oluşma Durumlarına, Yara Oluşum Günlerine ve Yara Bölgelerine Göre Dağılımı

	I. Grup (n=30)		II. Grup (n=30)		Test ve Önemlilik
	S	%	S	%	
Yara Oluşma Durumu					
Evet	13	43.3	16	53.3	$X^2=0.601$ $p=0.606$
Hayır	17	56.7	14	46.7	
Yara Oluşum Günü					
1.-7. gün	4	30.8	5	31.2	$X^2=3.107$ $p=0.375$
8.-14. gün	3	23.1	8	50.0	
15.-21. gün	4	30.8	2	12.5	
22. gün ve üzeri	2	15.4	1	6.2	
Yara Bölgesi*					
Sakrum	7	41.2	10	58.8	$X^2=7.349$ $p=0.196$
Trokanter	2	66.7	1	33.3	
Skapula	0	0.0	2	100.0	
Malleol	1	50.0	1	50.0	
Topuk	5	29.4	12	70.6	

*Satır yüzdesi alınmıştır.

Hastaların yara oluşum durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında I. gruptaki hastaların %56.7'sinde, II. grupta olan hastaların ise %46.7'sinde basınç yarası oluşmadığı saptandı. I. grupta olan hastaların yara oluşum günlerine göre dağılımlarına bakıldığında; hastaların %30.8'inde 1-7. gün ve 15-21. günde yara oluştuğu belirlendi. II. grupta olan hastaların %50'sinde 8-14. günde basınç yarası oluştuğu saptandı. Gruplar arasında yara oluşma durumu ve yara gelişim günlerine göre dağılımlara bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$) (Tablo 3.2).

Hastaların yara bölgesine göre dağılımlarına bakıldığında her iki gruptaki hastalarda daha çok sakrum (I. grup n:7, II. grup n:10) ve topuk (I. grup n:5, II. grup 12) bölgelerinde basınç yarasının geliştiği saptandı (Tablo 3.2).

Tablo 3.3. Katılımcıların Yara Bölgesi, Yara Evresi ve Yara Bölgelerine Göre Boyutlarının Dağılımı

Yara Evresi	I. Grup (n=30)		II. Grup (n=30)		Test ve Önemlilik
	S	%	S	%	
Sakrum					
Evre I	3	37.5	0	0.0	$X^2=9.000$ $p=0.011$
Evre II	5	62.5	4	40.0	
Evre III	0	0.0	6	60.0	
Trokanter					
Evre I	0	0.0	1	100.0	$X^2=2.000$ $p=0.157$
Evre II	1	100.0	0	0.0	
Skapula					
Evre II	0	0.0	2	100.0	
Malleol					
Derin Doku Basınç Yarası	1	100.0	1	100.0	
Topuk					
Evre I	1	20.0	0	0.0	$X^2=4.739$ $p=0.192$
Evre II	0	0.0	4	33.3	
Evrelendirilemeyen Yara	0	0.0	1	8.3	
Derin Doku Basınç Yarası	4	80.0	7	58.4	
Yara Boyutu					
Sakrum					
0-3 cm ²	2	25.0	0	0.0	$X^2=4.500$ $p=0.212$
4-7 cm ²	3	37.5	2	20.0	
8-11 cm ²	2	25.0	4	40.0	
12 ve üzeri	1	12.5	4	40.0	
Trokanter					
8-11 cm ²	1	100.0	0	0.0	$X^2=2.000$ $p=0.157$
12 ve üzeri	0	0.0	1	100.0	
Skapula					
4-7 cm ²	0	0.0	1	50.0	
8-11 cm ²	0	0.0	1	50.0	
Malleol					
4-7 cm ²	1	100.0	0	0.0	$X^2=2.000$ $p=0.157$
8-11 cm ²	0	0.0	1	100.0	
Topuk					
0-3 cm ²	1	20.0	0	0.0	$X^2=6.225$ $p=0.101$
4-7 cm ²	3	60.0	7	63.6	
8-11 cm ²	0	0.0	4	36.4	
12 cm ² ve üzeri	1	20.0	0	0.0	

Sakrum bölgesinde basınç yarası gelişen I. gruptaki hastaların %62.5'inde evre II düzeyinde, II. gruptaki hastaların

ise %60'ında evre III düzeyinde olduğu belirlendi. Gruplar arasında sakrum bölgesindeki yaraların evrelerine göre dağılımları istatistiksel açıdan anlamlılık saptandı ($p=0.011$, Tablo 3.3). Ayrıca gruplar arasında trokanter, skapula, malleol ve topuk bölgelerindeki basınç yaralarının evrelerine göre dağılımlarına bakıldığında istatistiksel fark saptanmadı ($p>0.05$, Tablo 3.3).

Gruplar arasında sakrum, trokanter, skapula, malleol ve topuk bölgelerindeki basınç yaralarının yara boyutuna göre dağılımlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$, Tablo 3.3).

Tablo 3.4 Katılımcıların Bazı Değişkenlere Göre Yara Oluşma Durumlarının Dağılımı

Yara Oluşma Durumu	I. Grup (n=30)				II. Grup (n=30)			
	Evet		Hayır		Evet		Hayır	
	S	%	S	%	S	%	S	%
Cinsiyet								
Kadın	9	69.2	11	64.7	7	43.8	8	57.1
Erkek	4	30.8	6	35.3	9	56.2	6	42.9
Test ve Önemlilik	$X^2=0.068$		$p=0.794$		$X^2=0.536$		$p=0.464$	
Yaş Grubu								
29-55	3	23.1	8	47.1	1	6.2	4	28.6
56-82	6	46.2	6	35.3	8	50.0	4	28.6
83 ve üzeri	4	30.8	3	17.6	7	43.8	6	42.8
Test ve Önemlilik	$X^2=1.916$		$p=0.384$		$X^2=3.091$		$p=0.213$	
İzlem Süresi								
10-15 gün	0	0.0	3	17.6	2	12.5	2	14.3
16-21 gün	5	38.5	11	64.7	3	18.8	9	64.3
22+	8	61.5	3	17.6	11	68.8	3	21.4
Test ve Önemlilik	$X^2=7.116$		$p=0.028$		$X^2=7.471$		$p=0.024$	
Yatış Yapılan Birim								
Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesi	10	76.9	12	70.6	9	56.2	8	57.1
Palyatif Bakım Merkezi	3	23.1	5	29.4	7	43.8	6	42.9
Test ve Önemlilik	$X^2=0.151$		$p=0.697$		$X^2= 0.002$		$p=0.961$	
BKI								
<18.5	3	23.1	2	11.8	4	25.0	0	0.0
18.5-24.9	3	23.1	10	58.8	7	43.8	10	71.4
25-30	7	53.8	5	29.4	5	31.2	4	28.6

Test ve Önemlilik	X ² =3.837		p=0.147		X ² =4.527		p=0.104	
Hemoglobin Değeri								
<10 (g/dl)	5	38.5	6	35.3	10	62.5	4	28.6
≥ 10 (g/dl)	8	61.5	11	64.7	6	37.5	10	71.4
Test ve Önemlilik	X ² =0.032		p=0.858		X ² =3.453		p=0.063	
Braden Risk Skoru								
≤ 12	11	84.6	11	64.7	13	81.2	8	57.1
13-14	2	15.4	6	35.3	3	18.8	6	42.9
Test ve Önemlilik	X ² =1.493		p=0.222		X ² =2.066		p=0.151	
Albümin Değeri								
<3.5 (g/dl)	12	92.3	12	70.6	14	87.5	9	64.3
3.5-5.5 (g/dl)	1	7.7	5	29.4	2	12.5	5	35.7
Test ve Önemlilik	X ² =2.172		p=0.141		X ² =2.249		p=0.134	
Komorbidite Durumu								
Evet	11	84.6	15	88.2	15	93.8	12	85.7
Hayır	2	15.4	2	11.8	1	6.2	2	14.3
Test ve Önemlilik	X ² =0.084		p=0.773		X ² =0.536		p=0.464	
Beslenme Şekli								
Oral	1	7.7	1	5.9	2	12.5	4	28.6
Enteral	8	61.5	5	29.4	10	62.5	4	28.6
Parenteral	4	30.8	11	64.7	4	25.0	6	42.8
Test ve Önemlilik	X ² =3.488		p=0.175		X ² =3.520		p=0.172	
İnkontinans Durumu								
Fekal	13	100.0	16	94.1	14	87.5	12	85.7
Yok	0	0.0	1	5.9	2	12.5	2	14.3
Test ve Önemlilik	X ² =0.791		p=0.374		X ² =0.021		p=0.886	

Basınç yarası gelişen hastaların bazı değişkenlere göre dağılımlarına bakıldığında; I. gruptaki hastaların %69.2'sinin kadın, II. gruptaki hastaların %56.2'sinin erkek olduğu bulundu. I. gruptaki hastaların %46.2'sinin, II. gruptaki hastaların ise %50.0'nın 56-82 yaş grubunda olduğu saptandı. I. gruptaki hastaların %76.9'unun, II. gruptaki hastaların 56.2'sinin nöroloji yoğun bakım ünitesine yatışının yapıldığı belirlendi. I. gruptaki hastaların %53.8'inin BKİ 25-30 aralığında olduğu, II. gruptaki hastaların ise %43.8'inin 18.5-24.9 aralığında olduğu saptandı. I. gruptaki hastaların %61.5'inin hemoglobin değerinin ≥ 10 g/dl olduğu, II. gruptaki hastaların ise %62.5'inin <10 g/dl olduğu bulundu. I. gruptaki hastaların %84.6'sının, II. gruptaki hastaların ise %81.2'sinin braden risk skorunun <12 olduğu saptandı. I. gruptaki hastaların %92.3'ünün, II. gruptaki hastaların

%87.5'inin albümin değeri <3.5 g/dl olduğu belirlendi. I. gruptaki hastaların %84.6'sının, II. gruptaki hastaların ise %93.8'inin komorbid hastalığının olduğu saptandı. I. gruptaki hastaların %100'ünde, II. gruptaki hastaların %87.5'inde fekal inkontinans olduğu belirlendi.

Her iki hasta grubunda da izlem süresi uzadıkça yara oluşumunun arttığı ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0.05$, Tablo 3.4). Diğer incelenen değişkenler ile yara oluşumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 3.4).

Tablo 3.5. Hastaların Yaş, Braden Risk Skoru, Hemogloblin ve Albümin Ortalamalarına Göre Basınç Yarası Gelişme Durumlarının Dağılımı

	I. Grup (n=30)				II. Grup (n=30)			
	Yara Oluşma Durumu				Yara Oluşma Durumu			
	Evet	Hayır	z	p	Evet	Hayır	z	p
	X±SS	X±SS			X±SS	X±SS		
Yaş(yıl)	71.08±1 8.06	63.59±15.92	- 1.4 24	0.1 55	74.38±1 1.94	70.29±1 7.56	- 0.5 63	0.5 74
BRS	10.62±1. 26	11.59±1.62	- 1.6 68	0.0 95	10.19±1. 90	11.86±1. 46	- 2.3 74	0.0 18
Hemogl obin (g/dl)	10.00±2. 23	10.7 1±2.33	- 0.6 38	0.5 24	9.69±2.1 8	9.71±2.3 0	- 0.4 24	0.6 72
Albümi n (g/dl)	2.31±0.4 8	2.53±0.94	- 0.5 29	0.5 97	2.13±0.5 0	2.86±1.1 6	- 2.0 46	0.0 41

Hastaların yaş ortalaması, BRS, Hemogloblin ve Albümin ortalaması değişkenlerine göre yara oluşma durumlarına bakıldığında; I. gruptaki hastaların dağılımında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$, Tablo 3.5). II. gruptaki hastalarda ise BRS ve albümin değerlerinin yara oluşmayan hastalarda daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0.05$, Tablo 3.5).

4. TARTIŞMA

Bu araştırmada yatağa bağımlı hastalarda kullanılan küp/blok sistemine sahip, vibrasyon (masaj) özelliği olan yatak türü ile viskoelastik yapıdaki yatağın basınç yarası önleme etkinlikleri karşılaştırıldı. Araştırmanın bulguları literatür ışığında aşağıdaki gibi tartışılmıştır.

Yaşlı bireylerde yaşın ilerlemesiyle basınç yarası gelişme riski artmaktadır (Borghardt, Prado, Bicudo, Castro, & Bringuente, 2016). Bu araştırmada yaş gruplarına bakıldığında yaş ilerledikçe basınç yarası gelişen hasta sayısının arttığı ve bu durumun literatür ile benzerlik gösterdiği belirlendi (Tablo 3.4). Bununla birlikte her iki grupta da 56-82 yaş grubunda olanlarda daha fazla basınç yarası geliştiği belirlendi (Tablo 3.4). Campanili ve ark. (2015) ile Borghardt ve ark. (2016) yaptıkları araştırmalarda 60 yaş ve üstü hastalarda basınç yarası gelişme oranının yüksek olduğunu bulmuşlardır (Borghardt et al., 2016; Campanili, Santos, Strazzieri-Pulido, Thomaz Pde, & Nogueira, 2015). Katran (2015), yoğun bakımda basınç yarası gelişimini etkileyen faktörleri incelediği bir araştırmada 75 ve üstü yaş grubunda olan hastaların %31.4'ünde basınç yarasının meydana geldiği ve yaşın ilerlemesiyle basınç yarası gelişimi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Katran, 2015). Bu araştırmada basınç yarası gelişen I. gruptaki hastaların yaş ortalaması 71.08 ± 18.06 , II. gruptaki hastaların ise 74.38 ± 11.94 olduğu saptandı (Tablo 3.5). Chiari ve ark. (2017) yaptıkları araştırmada basınç yarası meydana gelen bireylerin yaş ortalamasının $85,6 \pm 6,9$ olduğunu saptamışlardır (Chiari et al., 2017).

Cinsiyetin basınç yarası gelişmesine etkisini inceleyen sınırlı araştırma vardır. Bu araştırmada kadın hastalarda daha çok basınç yarası meydana geldi (Tablo 3.4). Efteli ve ark. (2014) ile Manzano ve ark. (2014) yaptıkları araştırmalarda kadın hastalarda basınç yarasının daha çok meydana geldiğini

belirlemişlerdir (E. Efteli & Güneş, 2014; Manzano et al., 2014). Wilborn ve ark. (2010) ile Mert (2012) yaptıkları araştırmalarda ise basınç yarasının meydana gelmesinde kadın ve erkek cinsiyeti arasında fark olmadığı saptanmıştır (Mert, 2012; Wilborn, Grittner, Dassen, & Kottner, 2010). Literatüre ve bu araştırmaya bakıldığında cinsiyetin basınç yarası gelişimine etkisinin incelenmesi için yeni araştırmalara ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir.

Yoğun bakım ve palyatif bakım gibi ünitelerde bakım alan hastaların fiziksel aktivite, mobilizasyon ve duyuşal algının az olması; bilinç durumundaki değişiklikler, kullanılan sedatif ilaçlar ve mekanik olarak ventilasyon sağlanması bireyde basınç yarası gelişme riskini artırır (Kıraner et al., 2016). Bu araştırmada nöroloji yoğun bakım ünitesinde (n:19), palyatif bakım merkezine (n:10) göre basınç yarası gelişen hasta sayısının daha fazla olduğu saptandı (Tablo 3.4). Tel ve ark. (2006) nöroşirürji - anestezi yoğun bakım ünitelerinde ve nöroloji yoğun bakım kliniğinde yaptıkları araştırmada hastaların %63.0'nın basınç yarası gelişmesi açısından yüksek risk taşıdığı, %41.0'ında ise basınç yarası meydana geldiği saptanmıştır (Tel, Özden, & Güneş Çetin, 2006). Strazzieri-Pulido ve ark., (2019) yaptıkları araştırmada ise palyatif bakım birimlerinde yatışı yapılan hastaların basınç yarası gelişme riskin 7.8 kat arttığı bildirilmiştir (Kelly C. Strazzieri-Pulido, S González, Nogueira, Padilha, & G Santos, 2019). Bu sonuç doğrultusunda nöroloji yoğun bakım ünitesindeki hastalarda azalmış duyu algısı, mekanik ventilasyon cihazına bağlı olma, hareketsizlik ve dolaşım problemleri gibi faktörlerin basınç yarası gelişiminde etkili olduğu düşünülmektedir.

Dolaşım ve solunum sistemini etkileyen hastalıklar, doku oksijenizasyonunu ve perfüzyonu etkilediği için basınç yarası gelişme riskini artırır (Tanrikulu & Dikmen, 2017). Katran, yoğun bakımda yürüttüğü araştırmada diabetes mellitus ve

hipertansiyon gibi birden çok sistemik hastalığı olan bireylerin %30.5'inde basınç yarası meydana geldiğini saptamıştır (Katran, 2015). Bu çalışmada ise her iki grupta da komorbiditesi olan hasta oranının yüksek olduğu ve daha çok bu hastalarda basınç yarası meydana geldiği belirlendi (Tablo 3.4).

Yoğun bakım ünitelerinde yatış süresinin uzaması hastalarda basınç yarası gelişme riskini artırır. Strazzieri-Pulido ve ark., (2019) yaptıkları bir çalışmada yoğun bakımda yatışı devam eden bir hasta için günlük basınç yarası riski %10 kat arttığını bildirmişlerdir (K. C. Strazzieri-Pulido, CV, Nogueira, Padilha, & VLC, 2019). Borghart ve ark., (2016) yaptıkları çalışmada yoğun bakımda yatış süresi 10 gün ve üzeri olan hastaların %71'inde basınç yarasının meydana geldiği bildirilmiştir (Borghardt et al., 2016). Bu çalışmada ise literatüre paralel olarak her iki grupta da izlem süresi uzadıkça basınç yarası gelişen hasta sayısında artış olduğu ve bu bulgunun istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptandı. Benzer şekilde her iki grupta 22 gün ve üzeri sürede yatan hastalarda daha çok basınç yarası meydana geldiği belirlendi (Tablo 3.4).

Yoğun bakım hastaları ile yürütülen bir çalışmada basınç yarası gelişme süresi ortalama 6.90 ± 2.9 gün olduğu ve en erken gelişen basınç yarası 4. günde en geç 15. günde olduğu belirlenmiştir (Bulut, 2019). Ülker Efteli ve ark., (2013) yaptıkları bir çalışmada ise yoğun bakımda yatan hastaların %50'sinde ilk beş günde basınç yarası meydana geldiği saptanmıştır (Ü. Efteli & Günes., 2013). Bu çalışmada ise hastaların yara oluşum günleri ile kullanılan yatak arasındaki ilişki anlamlı olmamakla beraber ilk bir hafta içinde ve 8-14. günler arasında basınç yarası gelişen hasta sayısı I. grupta daha az olduğu, özellikle ilk 15 günde basınç yarasını önlemede I. grupta kullanılan yatağın daha etkili olduğu söylenebilir (Tablo 3.5).

Hastanede yatan hastalarda kilo kaybı, BKİ < 18.5 olması ve yetersiz besin alımı cilt ve deri altı dokuların kalınlığının azalmasına neden olduğu ve bu faktörlerin basınç yarası ile yüksek oranda ilişkili olduğu bildirilmektedir (E. S. Shahin et al., 2010). Lyder ve ark., (2012) yaptıkları araştırmada hastane ortamında bakım alan ve yetersiz beslenen hastalarda basınç yarasının gelişme olasılığı yeterli beslenmeye sahip hastalara göre iki kat daha fazla bulunmuştur (Lyder et al., 2012). Bu araştırmada istatistiksel olarak anlamlı olmamakla beraber BKİ yüksek olan hastalarda daha çok basınç yarası geliştiği saptandı (Tablo 3.4). BKİ normal ve düşük düzeyde olan hastalara bakıldığında I. gruptaki hastalarda daha az basınç yarası oluşması kullanılan yatağın etkili olduğu ile açıklanabilir. Ancak BKİ yüksek olan I. gruptaki hastalarda basınç yarasının daha çok gelişmesi, hastaların farklı bireysel özelliklerinden dolayı uygun pozisyonların verilememiş olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Albümin düzeyinin düşük olması onkotik basıncı olumsuz etkiler ve bireyde basınç yarası gelişme riskini artırır. Borghardt ve ark., (2016) ve Ozyurek ve ark., (2015) yaptıkları araştırmalara bakıldığında albümin düzeyinin 3.5 g/dl altına düşmesi basınç yarası gelişme oranını anlamlı ölçüde artırdığını bulmuşlardır (Borghardt et al., 2016; Ozyurek & Yavuz, 2015). Bu araştırmada da literatüre benzer olarak her iki grupta da albümin düzeyi <3.5 g/dl olan hastalarda daha çok basınç yarası geliştiği saptandı. Ayrıca albümin değeri düşük olan hastalara bakıldığında I. gruptaki hastalarda daha az basınç yarası geliştiği belirlendi (Tablo 3.4). Bu durum I. grupta kullanılan yataktaki destek yüzeyinin, cildi ödemden kaynaklı basınç yarası oluşumundan daha iyi koruduğu ile açıklanabilir.

Hemoglobin düzeyi, yeterli ve dengeli beslenmenin en önemli göstergelerindendir. Doku perfüzyonunun sağlanması yeterli hemoglobin düzeyi ile sağlanmaktadır. Bly ve ark., (2016)

yaptıkları bir araştırmada basınç yarası gelişen hastaların hemoglobin değerlerinin ortalaması 7.7 g/dl olduğu saptanmıştır (Bly, Schallom, Sona, & Klinkenberg, 2016). Hanönü, yoğun bakımda yürüttüğü bir araştırmada ise hastaların hemoglobin ortalama değeri 9.76 ± 1.71 g/dl olduğu ve hemoglobin değeri düşük olan hastalarda basınç yarası gelişiminin anlamlı ölçüde yüksek olduğunu bulmuştur (Hanönü, 2014). Bu araştırmada ise basınç yarası gelişen I. gruptaki hastaların hemoglobin değerlerinin ortalaması 10.00 ± 2.23 , II. gruptaki hastaların ise 9.69 ± 2.18 olduğu belirlendi (Tablo 3.5). Basınç yarası gelişen hastaların ortalama hemoglobin değerinin her iki grupta da düşük olduğu ve hemoglobin değeri <10 g/dl olan hastalarda daha çok basınç yarası geliştiği saptandı (Tablo 3.4).

Braden Ölçeği bireyin basınç yarası gelişme riskini gösteren önemli bir araçtır. Braden risk skoru <12 olan bireylerde basınç yarası gelişme oranının yüksek olduğu ve toplam skor puanı düştükçe basınç yarası oluşumunun arttığını gösteren çalışmalar vardır (Artico et al., 2018; Ü. Efteli & Günes., 2013; Gökdemir, 2020). Bu araştırmada her iki grupta basınç yarası gelişen hastaların Braden risk skoru ortalama değerlerine bakıldığında yüksek risk grubunda oldukları görülmektedir (Tablo 3.5). Hastaların Braden risk skoruna göre basınç yarası gelişme durumuna bakıldığında her iki grupta da toplam risk skoru <12 (yüksek risk) olan hastalarda daha çok basınç yarası meydana geldiği, yüksek riskli olan hastaların dağılımlarına bakıldığında gruplar arasındaki fark anlamlı olmamakla birlikte I. grupta basınç yarası gelişen hasta sayısının daha az olduğu görülmektedir (Tablo 3.4). Bu durum I. grupta kullanılan yatağın çıkarılabilir küpleri sayesinde cildi basınç ve nemden daha iyi koruduğu ile açıklanabilir. Ayrıca II. grupta yer alan ve basınç yarası gelişmeyen hastalarda BRS ve albümin ortalama değerleri anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p < 0.05$; Tablo 3.5). Bu

durumun II. gruptaki hastaların yaş, cinsiyet gibi bireysel özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bilinç düzeyi, hastanın ağrıya tepkisini etkilediği için basınç yarası gelişimi ile doğrudan ilişkilidir. Yoğun bakımda yapılan bir araştırmada bilinç durumu kapalı olan hastalarda basınç yarası gelişme oranının %85 olduğu ve bilinci kapalı olan hastalarda basınç yarası gelişme riski 14.04 kat arttığı saptanmıştır (Gökdemir, 2020). Bu araştırmada her iki gruptaki hastaların da en çok stupor bilinç düzeyinde oldukları belirlendi (Tablo 3.1). Her iki grupta da basınç yarası meydana gelen hasta sayısı, Braden ortalama risk skorları ve Braden Ölçeği'ndeki "duyusal algılama" alt boyut puanları göz önüne alındığında basınç yarasının gelişiminde bilinç düzeyinin etkili olduğu düşünülmektedir.

Basınç yarası, kemik çıkıntılarının olduğu vücut bölgelerinde daha çok meydana gelir. Shahin ve ark., (2009) yoğun bakımda yaptıkları bir araştırmada sakrum ve topuğun en çok basınç yarası gelişen bölgeler olduğu ve basınç yaralarının %25'inin bir hafta içinde, %75'inin bir haftadan fazla iki haftadan az sürede meydana geldiği saptanmıştır (E. S. M. Shahin, Dassen, & Halfens, 2009). Bu araştırmada ise literatüre paralel olarak, en çok sakrum ve topuk bölgelerinde basınç yarasının geliştiği saptandı (Tablo 3.5). Hastalarda basınç yarası gelişen bölgelere ve evrelere göre iki grup arasında anlamlı bir fark olmamakla beraber sakrum, skapula, ve topuk bölgelerinde hem basınç yarasının evresi hem de basınç yarası gelişen hasta sayısı açısından I. grupta kullanılan yatağın daha etkili olduğu görülmektedir (Tablo 3.3, Tablo 3.4). Bu durum I. grupta kullanılan yatağın küpleri çıkarılarak vücuttaki risk bölgesini basınçtan kurtardığı ve yatağın titreşim özelliği sayesinde doku perfüzyonunda artış sağladığı ile açıklanabilir.

Arıcan yaptığı araştırmada en, boy ve derinlik açısından 2x2x1 boyutunda basınç yarası meydana geldiği ve basınç yarası gelişen hastaların oranının %44.4 olduğu saptamıştır (Arıcan, 2019). Bu araştırmada ise hastalarda gelişen basınç yaralarının boyutlarına bakıldığında gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmamasına rağmen sakrumda 8-11 cm² ile 12 cm² ve üstü, topukta 4-7 cm² ve 8-11 cm² alana sahip basınç yarası oluşan hasta sayısı I. grupta daha az olduğu görülmektedir. I. grupta kullanılan yatağın yara boyutunu etkilediği ve sakrum, trokanter, malleol ve topuk bölgelerinde daha küçük alana sahip basınç yarası oluşturduğu belirlendi (Tablo 3.3). Bu durum I. gruptaki yatağın çıkarılabilir küp yapısı ve titreşim özelliği sayesinde, basınç bölgelerindeki dokuların beslenmesine olanak sağladığı ve böylece daha küçük boyutta basınç yarası oluşturduğu düşünülmektedir.

5. SONUÇ

Sonuç olarak iki yatak türü arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fark olmadığı belirlendi. Gruplarda kullanılan yatak türünün basınç yarası boyutunu etkilediği ve sakrum, trokanter, malleol ve topuk bölgelerinde I. gruptaki yatağın daha küçük boyutlarda yara oluşturduğu saptandı. Ayrıca sakrum, skapula, ve topuk bölgelerine bakıldığında yara evresi ve basınç yarası gelişen hasta sayısı açısından istatistiksel açıdan anlamlı olmamakla beraber I. grupta kullanılan yatağın daha etkili olduğu görüldü. Hemşire, basınç yarasına neden olan faktörleri belirleyip risk altındaki hastalar için uygun önlemler almalıdır. Ayrıca basınç yarasını önlemek için kanıta dayalı uygulamaları takip edip hastanın ihtiyaçlarına uygun bir destek yüzeyi seçmelidir. Bu doğrultuda hemşirelerin, hizmet içi eğitimlere ve bilimsel toplantılara katılmaları sağlanmalıdır. Bununla birlikte ileri

teknoloji yatakların üretilmesi ve farklı destek yüzeylerinin incelendiği çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Alderden, J., Rondinelli, J., Pepper, G., Cummins, M., & Whitney, J. (2017). Risk factors for pressure injuries among critical care patients: A systematic review. *International journal of nursing studies*, 71, 97-114. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.03.012>
- Arıcan, S. (2019). Basınç yarası önlemede bakım paketi kullanımının basınç yarası insidansına etkisinin incelenmesi.
- Artico, M., Dante, A., D'Angelo, D., Lamarca, L., Mastroianni, C., Petitti, T., . . . De Marinis, M. G. (2018). Prevalence, incidence and associated factors of pressure ulcers in home palliative care patients: A retrospective chart review. *Palliat Med*, 32(1), 299-307. doi:10.1177/0269216317737671
- Bergstrom, N., Demuth, P. J., & Braden, B. J. (1987). A clinical trial of the Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. *The Nursing clinics of North America*, 22(2), 417-428. Retrieved from <http://europepmc.org/abstract/MED/3554150>
- Black, J., Girolami, S., Woodbury, G., Hill, M., Contreras-Ruiz, J., Whitney, J. D., & Bolton, L. (2011). Understanding pressure ulcer research and education needs: a comparison of the association for the advancement of wound care pressure ulcer guideline evidence levels and content validity scores. *Ostomy/wound management*, 57(11), 22-35.
- Bly, D., Schallom, M., Sona, C., & Klinkenberg, D. (2016). A Model of Pressure, Oxygenation, and Perfusion Risk Factors for Pressure Ulcers in the Intensive Care Unit. *Am J Crit Care*, 25(2), 156-164. doi:10.4037/ajcc2016840

- Borghardt, A. T., Prado, T. N., Bicudo, S. D., Castro, D. S., & Bringuento, M. E. (2016). Pressure ulcers in critically ill patients: incidence and associated factors. *Rev Bras Enferm*, 69(3), 460-467. doi:10.1590/0034-7167.2016690307i
- Bulut, E. (2019). *İç hastalıkları yoğun bakım kliniklerinde yatan yaşlı hastalarda basınç yarası gelişimini etkileyen faktörler, sıklığı ve arayüz basıncının yordayıcı değeri*. (Yüksek Lisans Tezi). Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.,
- Campanili, T. C., Santos, V. L., Strazzieri-Pulido, K. C., Thomaz Pde, B., & Nogueira, P. C. (2015). Incidence of pressure ulcers in cardiopulmonary intensive care unit patients. *Rev Esc Enferm USP*, 49 Spec No, 7-14. doi:10.1590/s0080-623420150000700002
- Chiari, P., Forni, C., Guberti, M., Gazineo, D., Ronzoni, S., & D'Alessandro, F. (2017). Predictive Factors for Pressure Ulcers in an Older Adult Population Hospitalized for Hip Fractures: A Prognostic Cohort Study. *PLoS One*, 12(1), e0169909. doi:10.1371/journal.pone.0169909
- Efteli, E., & Güneş, Ü. (2014). Basınç yarası gelişiminde perfüzyon değerlerinin etkisi. *Anadolu Hemşire Ve Sağlık Bilim Dergisi*, 17(3), 140-144. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/29668>.
- Efteli, Ü., & Güneş, Y. (2013). A prospective, descriptive study of risk factors related to pressure ulcer development among patients in intensive care units. *Ostomy/wound management*, 59(7), 22-27.
- Gökdemir, S. (2020). *Erişkin yoğun bakım hastalarında kalite indikatörü olarak bası yaralarının değerlendirilmesi*. Sağlık Bilimleri Enstitüsü,

- Hanönü, S. (2014). Yoğun Bakım Ünitelerinde Tıbbi Araçlara Bağlı Gelişen Basınç Ülserleri Görülme Oranının Belirlenmesi. *Gazi Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi*.
- Katran, H. B. (2015). Bir Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi'nde bası yarası görülme sıklığı ve bası yarası gelişimini etkileyen risk faktörlerinin irdelenmesi. *JAREN/Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, 1(1), 8-14.
- Kıraner, E., Terzi, B., Ekinci, A. U., & Tunalı, B. (2016). Yoğun bakım ünitemizdeki basınç yarası insidansı ve risk faktörlerinin belirlenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 20(2), 78-83. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/295349>.
- Lyder, C. H., Wang, Y., Metersky, M., Curry, M., Kliman, R., Verzier, N. R., & Hunt, D. R. (2012). Hospital-acquired pressure ulcers: results from the national Medicare Patient Safety Monitoring System study. *J Am Geriatr Soc*, 60(9), 1603-1608. doi:10.1111/j.1532-5415.2012.04106.x
- Manzano, F., Pérez-Pérez, A. M., Martínez-Ruiz, S., Garrido-Colmenero, C., Roldan, D., Jiménez-Quintana Mdel, M., . . . Colmenero, M. (2014). Hospital-acquired pressure ulcers and risk of hospital mortality in intensive care patients on mechanical ventilation. *J Eval Clin Pract*, 20(4), 362-368. doi:10.1111/jep.12137
- McInnes, E., Jammali-Blasi, A., Bell-Syer, S. E., Dumville, J. C., & Cullum, N. (2011). Support surfaces for pressure ulcer prevention. *Cochrane Database Syst Rev*(4), Cd001735. doi:10.1002/14651858.CD001735.pub4
- Mert, Ö. A. (2012). *Yoğun bakımda yatan hastaların basınç yarası risklerinin saptanması ve hemşirelik bakım uygulamalarının belirlenmesi*. Marmara Üniversitesi (Turkey),

- Niezgoda, J. A., & Mendez-Eastman, S. (2006). The effective management of pressure ulcers. *Adv Skin Wound Care*, 19 Suppl 1, 3-15. doi:10.1097/00129334-200601001-00001
- Ozyurek, P., & Yavuz, M. (2015). Prevention of pressure ulcers in the intensive care unit: a randomized trial of 2 viscoelastic foam support surfaces. *Clin Nurse Spec*, 29(4), 210-217. doi:10.1097/nur.0000000000000136
- Pacific, P. (2014). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. *Natl. Press. Ulcer Advis. Panel*, 1-75. Erişim adresi: <http://med-guide.meditool.cn/ymtpdf/77D604C609A-DC646-5665-E5657B-EB5664BEF621213.pdf>.
- Pittman, J., Beeson, T., Dillon, J., Yang, Z., & Cuddigan, J. (2019). Hospital-Acquired Pressure Injuries in Critical and Progressive Care: Avoidable Versus Unavoidable. *Am J Crit Care*, 28(5), 338-350. doi:10.4037/ajcc2019264
- Shahin, E. S., Meijers, J. M., Schols, J. M., Tannen, A., Halfens, R. J., & Dassen, T. (2010). The relationship between malnutrition parameters and pressure ulcers in hospitals and nursing homes. *Nutrition*, 26(9), 886-889. doi:10.1016/j.nut.2010.01.016
- Shahin, E. S. M., Dassen, T., & Halfens, R. J. G. (2009). Incidence, prevention and treatment of pressure ulcers in intensive care patients: A longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies*, 46(4), 413-421. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.02.011>
- Strazzieri-Pulido, K. C., CV, S. G., Nogueira, P. C., Padilha, K. G., & VLC, G. S. (2019). Pressure injuries in critical patients: Incidence, patient-associated factors, and nursing workload. *J Nurs Manag*, 27(2), 301-310. doi:10.1111/jonm.12671

- Strazzieri-Pulido, K. C., S González, C. V., Nogueira, P. C., Padilha, K. G., & G Santos, V. L. C. (2019). Pressure injuries in critical patients: Incidence, patient-associated factors, and nursing workload. *Journal of Nursing Management*, 27(2), 301-310. doi:10.1111/jonm.12671
- Tanrikulu, F., & Dikmen, Y. (2017). Yoğun bakım hastalarında basınç yaraları: risk faktörleri ve önlemler. *Journal of Human Rhythm*, 3(4), 177-182. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/396716>.
- Tel, H., Özden, D., & Güneş Çetin, P. (2006). Yatağa bağımlı hastalarda basınç yarası gelişme riski ve hemşirelerin bu hastalara uyguladıkları önleyici bakım. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1(2), 35-45. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/983427>.
- Thompson, P., Anderson, J., Langemo, D., Hanson, D., & Hunter, S. (2008). Support surfaces: Definitions and utilization for patient care. *Advances in Skin & Wound Care*, 21, 264-266. doi:10.1097/01.ASW.0000323513.77810.3f
- Totur, B., & Dıramalı, A. (2011). Basınç Yaralarının Önlenmesinde %100 Pamuklu Havlu İle Havalı Yatak Kullanımının Etkinliği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 27(3), 35-44. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/825483>.
- Wilborn, D., Grittner, U., Dassen, T., & Kottner, J. (2010). The National Expert Standard Pressure Ulcer Prevention in Nursing and pressure ulcer prevalence in German health care facilities: a multilevel analysis. *J Clin Nurs*, 19(23-24), 3364-3371. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03389.x

KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLARDA KONSTİPASYON YÖNETİMİ

Hande ARICI TÜRK¹

1. GİRİŞ

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH), dünya genelinde mortalite ve morbiditenin en önemli nedenlerinden biri olmaya devam etmektedir (Visseren ve ark., 2022). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, 2022 yılında yaklaşık 19,8 milyon kişi kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle yaşamını yitirmekte olup bu oran, tüm ölümlerin yaklaşık %32'sini oluşturmaktadır (World Health Organization [WHO], 2025). Yüksek prevalans ve mortalite oranları, KVH'nin yalnızca yaşam süresi üzerinde değil, aynı zamanda yaşam kalitesi, fonksiyonel kapasite ve sağlık sistemleri üzerinde de ciddi bir yük oluşturduğunu göstermektedir (Visseren ve ark., 2022; Martin ve ark., 2024). KVH'nin klinik seyri yalnızca kardiyak belirtilerle sınırlı olmayıp, gastrointestinal sistem bulguları da sıklıkla tabloya eşlik etmektedir. Bu bulgular arasında konstipasyon, hem yaygın görülmesi hem de yol açabileceği komplikasyonlar nedeniyle ön plana çıkmaktadır. Konstipasyonun KVH'li bireylerde önemi, sadece gastrointestinal semptomların yönetimiyle sınırlı kalmamakta; defekasyon sırasında gelişen hemodinamik dalgalanmalar, sempatik sinir sistemi aktivitesinde artış ve bağırsak mikrobiyotasındaki değişiklikler aracılığıyla kardiyovasküler olay riskini de artırmaktadır (Ishiyama ve ark., 2019; Sundbøll ve ark., 2020; Sumida ve ark., 2019). Son yıllarda

¹ Arş. Gör. Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı (Üniversite, Fakülte, Bölüm), harici@bandirma.edu.tr, ORCID: 0000-0003-0165-8317.

“gut-heart axis” kavramı bu ilişkiyi açıklamak için giderek daha fazla gündeme gelmektedir. Bağırsak mikrobiyotasındaki disbiyozisin sistemik inflamasyonu tetikleyerek ateroskleroz, hipertansiyon ve kalp yetersizliği gibi kardiyovasküler tabloların ilerlemesine katkıda bulunduğu gösterilmiştir (Zhang ve ark., 2024; Rivera ve ark., 2024; Snelson ve ark., 2025). Bu nedenle konstipasyonun tanınması, değerlendirilmesi ve etkin yönetimi kardiyovasküler hastalıklarda bütüncül bakımın ayrılmaz bir parçasıdır.

2. KONSTİPASYONUN TANIMI VE EPİDEMİYOLOJİSİ

Konstipasyon, bireyler tarafından genellikle defekasyon sıklığının azalması, defekasyonun sert ve küçük hacimli olması, defekasyon sırasında aşırı efor sarf edilmesi ve bağırsakların tam boşalmadığı hissi şeklinde tanımlanmaktadır (Demirel, Avcı ve Erzen-Aydın, 2024). Roma IV kriterlerine göre fonksiyonel konstipasyon; son üç ayın en az %25’inde haftada üçten az defekasyon, aşırı ıkınma, sert kıvamlı defekasyon, defekasyon sonrası tam boşalmama hissi, anorektal tıkaç hissi veya manuel manevra ihtiyacının bulunması ile karakterize edilmekte ve bu semptomların en az altı aydır devam etmesi gerekmektedir (Drossman ve Hasler, 2016).

Epidemiyolojik veriler konstipasyonun dünya genelinde oldukça yaygın olduğunu göstermektedir. Genel erişkin popülasyonda prevalansın %12–19 arasında değiştiği bildirilmektedir (Büyüktaş ve Bakar, 2025; Włodarczyk ve ark., 2021). Yaşlı bireylerde ise bu oran daha yüksek olup, %16.2 ile %19.7 arasında değişmektedir (Salari ve ark., 2023). Kardiyovasküler hastalık nedeniyle hastaneye yatırılan bireylerde konstipasyon sıklığının yaklaşık %50’ye ulaştığı gösterilmiştir (Ishiyama ve ark., 2019). Özellikle kalp yetersizliği olan

hastalarda konstipasyon prevalansı %20'nin üzerinde olup, bu durum tekrarlayan hastane yatışları ile güçlü şekilde ilişkili bulunmuştur (Isogai ve ark., 2024; Namiuchi ve ark., 2024). Bu bulgular, konstipasyonun yalnızca gastrointestinal bir sorun olmanın ötesinde, yaşlı nüfus ve kardiyovasküler hastalığı olan bireyler için önemli bir klinik problem olduğunu ve komplikasyonlar açısından dikkatle yönetilmesi gerektiğini göstermektedir.

3. ETYOLOJİ VE RİSK FAKTÖRLERİ

Konstipasyonun etiyolojisi multifaktöryeldir ve kardiyovasküler hastalığı olan bireylerde çeşitli klinik ve yaşam tarzı faktörleri ile daha da belirginleşmektedir. Genel olarak konstipasyon primer (fonksiyonel) ve sekonder olmak üzere iki ana grupta ele alınmaktadır. Primer konstipasyon; normal transit, yavaş transit ve fonksiyonel defekasyon bozukluğu alt tiplerinden oluşurken, sekonder konstipasyon sıklıkla ilaç kullanımı, eşlik eden hastalıklar ve yaşam tarzı faktörlerine bağlı olarak gelişmektedir (Büyüktaş ve Bakar, 2025)

Kardiyovasküler hastalıklarda konstipasyonun gelişiminde başlıca etkenlerden biri ileri yaştır. Yaşla birlikte azalan fiziksel aktivite, enterik sinir sisteminde dejenerasyon, rektal hiposensitivite ve eşlik eden kronik hastalıklar konstipasyon riskini artırmaktadır (Demirel, Avcı ve Erzen-Aydın, 2024). Ayrıca kadın cinsiyet, düşük eğitim ve sosyoekonomik düzey, yetersiz sıvı ve lif alımı da önemli risk faktörleri arasında yer almaktadır (Salari ve ark., 2023).

Kardiyovasküler tedaviler kapsamında sık kullanılan diüretikler, antihipertansifler, opioidler ve demir preparatları konstipasyon gelişimine neden olabilmektedir (Isogai ve ark., 2024). Özellikle kalp yetersizliği tedavisinde uygulanan sıvı kısıtlaması ve diüretik kullanımı bağırsak motilitesini olumsuz

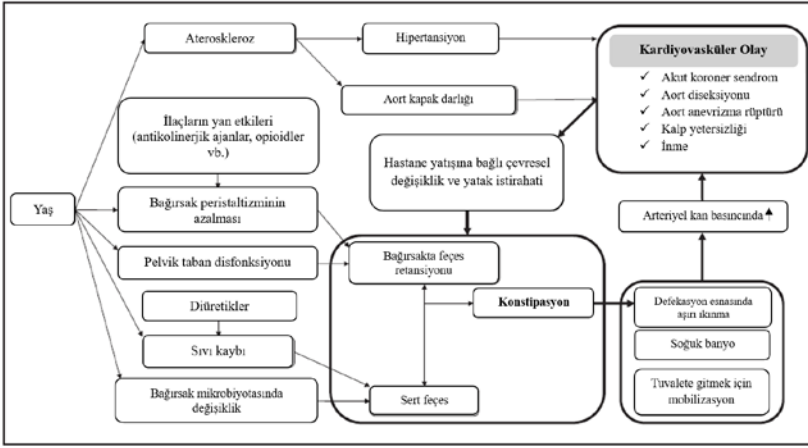
etkileyerek konstipasyon sıklığını artırmaktadır (Namiuchi ve ark., 2024)

4. PATOFİZYOLOJİK MEKANİZMA

Konstipasyon, kardiyovasküler hastalıklarla yalnızca klinik düzeyde değil, aynı zamanda çeşitli biyolojik mekanizmalar üzerinden de ilişkilidir. Defekasyon sırasında ortaya çıkan Valsalva manevrasına benzer basınç değişiklikleri, ani kan basıncı yükselmelerine ve kalp hızında dalgalanmalara yol açarak miyokard enfarktüsü, aritmi ve kalp yetersizliği dekompanseasyonunu tetikleyebilmektedir (Ishiyama ve ark., 2019). Özellikle ileri yaşlı bireylerde yapılan gözlemler, defekasyon öncesi ve sırasında kan basıncında belirgin artışların meydana geldiğini, bu etkinin gençlerde görülmediği dikkat çekmektedir. Bu durum, konstipasyona bağlı hemodinamik stresin yaşlı popülasyonda kardiyovasküler olay riskini artırabileceğini düşündürmektedir. Bunun yanında konstipasyon, bağırsak mikrobiyotasında meydana gelen değişiklikler aracılığıyla da kardiyovasküler sisteme etki etmektedir. Mikrobiyota dengesizliği (disbiyozis), arteriyel sertlik, hipertansiyon ve aterosklerotik süreçlerle ilişkilendirilmiş; bu mekanizma üzerinden konstipasyonun koroner kalp hastalığı ve inme riskini artırabileceği ileri sürülmüştür (Sundbøll ve ark., 2020; Sumida ve ark., 2019). Ayrıca konstipasyon varlığında oksidatif stres ve sempatik sinir sistemi aktivitesinde artış gözlenmekte, bu da vasküler fonksiyonlarda bozulma ve kardiyovasküler riskte yükselişe neden olmaktadır (Ishiyama ve ark., 2019).

Kalp yetersizliği hastalarında konstipasyonun özellikle dikkat çekici bir etkisi vardır. Sıvı kısıtlaması, diüretik kullanımı ve azalmış bağırsak peristaltizmi sonucunda gelişen konstipasyon; defekasyon sırasında artan kan basıncı

dalgalanmaları ile birlikte yeniden hastaneye yatış riskini yükseltmektedir (Isogai ve ark., 2024; Namiuchi ve ark., 2023). Sonuç olarak, konstipasyonun kardiyovasküler hastalıklarla ilişkisi yalnızca semptomatik bir gastrointestinal sorun olmasının ötesine geçmekte; hemodinamik yük, bağırsak mikrobiyotasındaki değişiklikler, oksidatif stres ve sempatik aktivite artışı yoluyla kardiyovasküler komplikasyonların gelişimine katkıda bulunmaktadır. Şekil 1, konstipasyon ile kardiyovasküler olayların başlangıcı arasındaki ilişkinin altında yatan olası bir mekanizmayı göstermektedir.



Şekil 1. Konstipasyon ile kardiyovasküler hastalık arasındaki ilişki (Kaynak: Ishiyama ve ark., 2019).

5. DEĞERLENDİRME VE TANILAMA

Konstipasyonun değerlendirilmesi, özellikle kardiyovasküler hastalığı olan bireylerde multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Çünkü konstipasyon yalnızca gastrointestinal sistemi ilgilendiren bir sorun olmayıp, hemodinamik dalgalanmalara, sempatik sinir sistemi aktivitesinde artışa ve kardiyovasküler olay riskinde yükselmeye yol açabilmektedir (Sundbøll ve ark., 2020; Sumida ve ark., 2019). Bu nedenle

kapsamlı bir değerlendirme hem gastrointestinal hem de kardiyak parametreleri içermelidir.

5.1. Öykü

Konstipasyon değerlendirmesinde en önemli basamak ayrıntılı öyküdür. Hastadan defekasyon sıklığı, dışkının kıvamı, defekasyon sırasında ıkınma, tam boşalmama hissi, rektal tıkaç hissi ve manuel manevra gereksinimi gibi semptomların varlığı sorgulanmalıdır. Ayrıca yakın zamanda değişen bağırsak alışkanlıkları, diyet özellikleri, sıvı alım durumu ve fiziksel aktivite düzeyi değerlendirilmelidir (Demirel, Avcı ve Erzengin-Aydın, 2024). Roma IV kriterleri, kronik konstipasyonun standart tanı ölçütleri olarak kullanılmaktadır ve anamnez sürecinde mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır (Drossman ve Hasler, 2016).

5.2. İlaç Değerlendirilmesi

Kardiyovasküler hastalıkların tedavisinde kullanılan birçok ilaç konstipasyon gelişiminde rol oynamaktadır. Özellikle diüretikler, antihipertansifler, opioidler ve demir preparatları bağırsak motilitesini olumsuz etkileyebilir (Isogai ve ark., 2024). Kalp yetersizliği tedavisinde uygulanan sıvı kısıtlaması ve yüksek doz diüretik tedavisi konstipasyonun daha da belirgin hale gelmesine neden olmaktadır (Namiuchi ve ark., 2023). Bu nedenle konstipasyon değerlendirmesinde ilaç öyküsünün dikkatle incelenmesi kritik öneme sahiptir.

5.3. Aile Öyküsü

Fonksiyonel gastrointestinal hastalıklar ve konstipasyon bazı genetik yatkınlıklarla ilişkili olabilmektedir. Özellikle birinci derece akrabalarda fonksiyonel bağırsak bozukluğu, irritabl bağırsak sendromu veya kronik konstipasyon öyküsü olan bireylerde benzer semptomların daha sık görüldüğü bildirilmiştir (Dengiz ve ark., 2022). Bu nedenle aile öyküsü, konstipasyonun

etiyojisinin aydınlatılması ve riskli bireylerin belirlenmesinde önemlidir.

5.4. Fizik Muayene

Fizik muayenede abdominal inspeksiyon, palpasyon ve perküsyon ile abdominal distansiyon, hassasiyet veya fekal kitle varlığı değerlendirilebilir. Rektal muayene; sfinkter tonusu, rektumda fekal yüklenme, fissür veya hemoroid varlığını ortaya koyabilir (Demirel ve ark., 2024). Kardiyovasküler hastalarda konstipasyon değerlendirilirken vital bulguların (özellikle kan basıncı ve kalp hızı) defekasyon sırasında değişiklik gösterebileceği de göz önünde bulundurulmalıdır (Ishiyama ve ark., 2019).

5.5. Görüntüleme ve Tanısal Yöntemler

Konstipasyonun değerlendirilmesinde tanısal görüntüleme yöntemleri, özellikle ciddi bulguların (rektal kanama, ani başlangıçlı konstipasyon, kilo kaybı, ailede kolon kanseri öyküsü varlığı) olduğu durumlarda tercih edilmektedir. Abdominal radyografi fekal yüklenmenin derecesini gösterebilirken, kolonoskopi hem konstipasyona yol açabilecek yapısal patolojilerin (kolon kanseri, polipler veya divertiküler hastalık) tanımlanmasında hem de inflamatuvar bağırsak hastalıklarının dışlanması için altın standart yöntem olarak kullanılmaktadır. Bu nedenle kolonoskopi, özellikle ileri yaş ve risk faktörleri bulunan kardiyovasküler hastalarda konstipasyon değerlendirmesinde kritik bir rol oynamaktadır (Demirel ve ark., 2024).

6. KONSTİPASYON YÖNETİMİ

Konstipasyon yönetimi; hasta eğitimi, davranışsal ve yaşam tarzı değişiklikleri, ilaç tedavisinin düzenlenmesi ve gerektiğinde laksatif kullanımını içermektedir. Kardiyovasküler

hastalıklarda konstipasyonun doğru ve bütüncül yönetimi, yalnızca gastrointestinal semptomların hafifletilmesini değil, aynı zamanda miyokard enfarktüsü, aritmi, inme ve kalp yetersizliği dekompanseasyonu gibi ciddi komplikasyonların önlenmesini de hedeflemektedir (Sundbøll ve ark., 2020). Bu bağlamda hemşireler, konstipasyon yönetiminin her aşamasında aktif rol almakta ve bireye özgü bakım planlaması yapmaktadır.

6.1. Hasta Eğitimi

Etkili yönetimin temelinde hasta eğitimi yer almaktadır. Hemşireler, bireyleri konstipasyonun risk faktörleri, önlenmesi ve yönetimi konusunda bilgilendirerek farkındalıklarını artırır. Özellikle tuvalet alışkanlıklarının düzenlenmesi, defekasyon için uygun pozisyonun sağlanması (örneğin dizlerin kalçadan yukarıda olduğu çömelme pozisyonu), tuvalete gitme refleksinin ertelenmemesi ve düzenli bağırsak alışkanlıklarının kazandırılması üzerinde durulmalıdır (Dengiz ve ark., 2022). Hasta eğitimi sürecinde yazılı materyaller, görsel eğitim araçları ve bireysel danışmanlık hizmetleri etkili olmaktadır.

6.2. Davranışsal ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri

Konstipasyonun önlenmesi ve tedavisinde yaşam tarzı düzenlemeleri kritik öneme sahiptir. Yeterli sıvı tüketimi, liften zengin beslenme, probiyotik destekler ve düzenli fiziksel aktivite bağırsak motilitesini artırmakta ve semptomları azaltmaktadır (Demirel, Avcı ve Erzengin-Aydın, 2024). Ayrıca hemşireler, özellikle hareket kısıtlılığı olan yaşlı ve kardiyak hastalarda günlük mobilizasyonun artırılmasına rehberlik etmelidir.

Non-farmakolojik uygulamalar arasında abdominal masaj, refleksoloji ve akupressür de yer almaktadır. Yapılan randomize kontrollü çalışmalarda abdominal masajın, özellikle aromaterapi ile birleştirildiğinde dışkı kıvamını iyileştirdiği ve defekasyon sıklığını artırdığı saptanmıştır (Aydınlı ve Karadağ, 2023). Refleksoloji ve akupressür ise bağırsak hareketlerini

stimüle ederek konstipasyon semptomlarını azaltmakta ve yaşam kalitesini yükseltmektedir (Aminizadeh ve ark., 2023).

6.3. İlaçların Düzenlenmesi

Kardiyovasküler hastalıklarda kullanılan diüretikler, antihipertansifler, opioidler ve demir preparatları konstipasyon gelişimini kolaylaştıran ilaçlar arasında yer almaktadır. Bu nedenle hemşirelerin ilaç öyküsünü dikkatle sorgulaması, yan etkilerin erken dönemde tanımlanması ve gerekli durumlarda hekimle iş birliği yaparak tedavinin yeniden düzenlenmesine katkı sağlaması gereklidir (Isogai ve ark., 2024; Namiuchi ve ark., 2023). Hemşireler ayrıca, sıvı kısıtlaması olan kalp yetersizliği hastalarında hidrasyon dengesinin korunması için bireysel öneriler geliştirmelidir.

6.4. Laksatif Tedavi

Non-farmakolojik yöntemlerin yetersiz kaldığı olgularda laksatif tedavi gündeme gelmektedir. Laksatif kullanımında amaç, bağırsak hareketlerini güvenli şekilde düzenlemek, bağımlılık gelişimini önlemek ve komplikasyon riskini en aza indirmektir. Hemşireler, laksatiflerin doğru kullanımını hastalara öğretmeli, yan etkileri yakından takip etmeli ve uzun süreli kullanımlarda bağırsak tembelliği riskine karşı uyarıcı rol üstlenmelidir (Dobarrio-Sanz ve ark., 2020). Ayrıca hemşireler, hastanın tedaviye uyumunu artırmak için motivasyonel danışmanlık sağlayabilir.

7. SONUÇ

Konstipasyonun kardiyovasküler hastalıklardaki önemi, yalnızca yaygın bir semptom olmasıyla sınırlı değildir; aynı zamanda hastaların yaşam kalitesi, tedaviye uyumu ve komplikasyon riski üzerinde doğrudan etkili olan bir klinik sorundur. Bu nedenle, konstipasyonun yönetimi bütüncül bir

bakım anlayışıyla ele alınmalıdır. Klinik uygulamalarda, konstipasyonun sistematik olarak taranması ve rutin değerlendirmelerin bir parçası haline getirilmesi önem taşımaktadır. Kardiyovasküler hastalık tanısı alan bireylerde erken dönemde risk faktörlerinin belirlenmesi, düzenli bağırsak alışkanlıklarının desteklenmesi ve ilaç tedavilerinin yan etkiler açısından daha yakından izlenmesi önerilmektedir. Hemşirelik bakımında, özellikle hasta eğitimi ve danışmanlık hizmetlerinin güçlendirilmesi gerekmektedir. Yaşam tarzı düzenlemeleri, non-farmakolojik yöntemler (örneğin abdominal masaj, refleksoloji, egzersiz programları) ve bireyselleştirilmiş bakım planları, farmakolojik tedavilerle birlikte daha etkili sonuçlar verecektir. Ayrıca, hemşirelerin bu girişimleri uygulama konusundaki bilgi ve becerilerinin artırılması için sürekli eğitim programlarının geliştirilmesi yararlı olacaktır. Araştırma alanında ise, konstipasyonun kardiyovasküler hastalık prognozuna etkisini inceleyen, farklı kültürel bağlamlarda yürütülmüş geniş örneklemli ve uzun dönemli çalışmalara ihtiyaç vardır. Bununla birlikte, hemşirelik müdahalelerinin etkinliğini değerlendiren randomize kontrollü çalışmaların artması, klinik karar süreçlerine güçlü kanıtlar sağlayacaktır.

Sonuç olarak, konstipasyonun kardiyovasküler hastalıklarda göz ardı edilmemesi gereken önemli bir sorun olduğu unutulmamalıdır. Multidisipliner yaklaşımların desteklendiği, hemşirelik bakımının merkezde yer aldığı ve kanıta dayalı girişimlerle zenginleştirilen yönetim modelleri, hem komplikasyonların önlenmesine hem de hastaların yaşam kalitesinin yükseltilmesine katkı sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

- Aminizadeh, M., Targari, B., Rashtabadi, O. R., Jahani, Y., & Tajadini, H. (2023). Effectiveness of auricular acupressure on constipation and related quality of life among the older people in the residential care home: a randomized clinical trial. *BMC geriatrics*, 23(1), 171. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-03881-7>
- Aydinli, A., & Karadağ, S. (2023). "Effects of abdominal massage applied with ginger and lavender oil for elderly with constipation: A randomized controlled trial". *Explore* (New York, N.Y.), 19(1), 115–120. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2022.08.010>
- Büyüктаş, N., & Bakar, Y. (2025). Physiotherapy Approaches in Individuals with Functional Defecation Disorders: Literature Review. *Fenerbahçe University Journal of Health Sciences*, 5(2), 281-291. <https://doi.org/10.56061/fbujohs.1618854>
- Demirel, H., Avcı, E. G., & Erzengin-Aydın, Z. D. (2024). Constipation in the elderly. *Güncel Gastroenteroloji Dergisi*, 26(1), 48-56.
- Dengiz, K. S., Hisar, F., Cingil, D., & Saçıkara, Z. (2022). Yetişkin Bireylerde Bağırsak Hastalıkları Sıklığının Belirlenmesi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 5(2), 72-83.
- Dobarrio-Sanz, I., Hernández-Padilla, J. M., López-Rodríguez, M. M., Fernández-Sola, C., Granero-Molina, J., & Ruiz-Fernández, M. D. (2020). Non-pharmacological interventions to improve constipation amongst older adults in long-term care settings: A systematic review of randomised controlled trials. *Geriatric nursing* (New York, N.Y.), 41(6), 992–999. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.07.012>

- Drossman, D. A., & Hasler, W. L. (2016). Rome IV-Functional GI Disorders: Disorders of Gut-Brain Interaction. *Gastroenterology*, 150(6), 1257–1261. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.03.035>
- Ishiyama, Y., Hoshide, S., Mizuno, H., & Kario, K. (2019). Constipation-induced pressor effects as triggers for cardiovascular events. *Journal of clinical hypertension (Greenwich, Conn.)*, 21(3), 421–425. <https://doi.org/10.1111/jch.13489>
- Isogai, T., Morita, K., Okada, A., Michihata, N., Matsui, H., Miyawaki, A., & Yasunaga, H. (2024). Association Between Coexisting Constipation and Heart Failure Readmission in Patients With Heart Failure - A Nationwide Database Study. *Circulation reports*, 6(11), 529–535. <https://doi.org/10.1253/circrep.CR-24-0060>
- Martin, S. S., Aday, A. W., Almarzooq, Z. I., Anderson, C. A. M., Arora, P., Avery, C. L., Baker-Smith, C. M., Barone Gibbs, B., Beaton, A. Z., Boehme, A. K., Commodore-Mensah, Y., Currie, M. E., Elkind, M. S. V., Evenson, K. R., Generoso, G., Heard, D. G., Hiremath, S., Johansen, M. C., Kalani, R., Kazi, D. S., ... American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. (2024). 2024 Heart disease and stroke statistics: A report of US and global data from the American Heart Association. *Circulation*, 149(8), e347–e913. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001209>
- Namiuchi, S., Tanita, A., Sunamura, S., Onodera, K., Ogata, T., Noda, K., Takii, T., Nitta, Y., & Yoshida, S. (2024). Effect of constipation on readmission for heart failure in patients with acute heart failure. *ESC heart failure*, 11(2), 819–825. <https://doi.org/10.1002/ehf2.14650>

- Rivera, K., Gonzalez, L., Bravo, L., Manjarres, L., & Andia, M. E. (2024). The Gut-Heart Axis: Molecular Perspectives and Implications for Myocardial Infarction. *International journal of molecular sciences*, 25(22), 12465. <https://doi.org/10.3390/ijms252212465>
- Salari, N., Ghasemianrad, M., Ammari-Allahyari, M., Rasoulpoor, S., Shohaimi, S., & Mohammadi, M. (2023). Global prevalence of constipation in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Wiener klinische Wochenschrift*, 135(15-16), 389–398. <https://doi.org/10.1007/s00508-023-02156-w>
- Snelson, M., Muralitharan, R. R., Liu, C. F., Markó, L., Forslund, S. K., Marques, F. Z., & Tang, W. H. W. (2025). Gut-heart axis: The role of gut microbiota and metabolites in heart failure. *Circulation Research*, 136(11), 1382–1406. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.125.325516>
- Sumida, K., Molnar, M. Z., Potukuchi, P. K., Thomas, F., Lu, J. L., Yamagata, K., Kalantar-Zadeh, K., & Kovesdy, C. P. (2019). Constipation and risk of death and cardiovascular events. *Atherosclerosis*, 281, 114–120. <https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2018.12.021>
- Sundbøll, J., Szépligeti, S. K., Adelborg, K., Szentkúti, P., Gregersen, H., & Sørensen, H. T. (2020). Constipation and risk of cardiovascular diseases: a Danish population-based matched cohort study. *BMJ open*, 10(9), e037080. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037080>
- Visseren, F. L. J., Mach, F., Smulders, Y. M., Carballo, D., Koskinas, K. C., Bäck, M., Benetos, A., Biffi, A., Boavida, J. M., Capodanno, D., Cosyns, B., Crawford, C., Davos, C. H., Desormais, I., Di Angelantonio, E., Franco, O. H., Halvorsen, S., Hobbs, F. D. R., Hollander, M., Jankowska, E. A., ... ESC Scientific Document Group.

- (2022). 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies, with the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). *Revista Española de Cardiología (English Edition)*, 75(5), 429. <https://doi.org/10.1016/j.rec.2022.04.003>
- Włodarczyk, J., Waśniewska, A., Fichna, J., Dzik, A., Dzik, Ł., & Włodarczyk, M. (2021). Current Overview on Clinical Management of Chronic Constipation. *Journal of clinical medicine*, 10(8), 1738. <https://doi.org/10.3390/jcm10081738>
- World Health Organization. (2025). Cardiovascular diseases (CVDs). Retrieved from [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- Zhang, Z., Lv, T., Wang, X., Wu, M., Zhang, R., Yang, X., Fu, Y., & Liu, Z. (2024). Role of the microbiota-gut-heart axis between bile acids and cardiovascular disease. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 174, 116567. <https://doi.org/10.1016/j.biopha.2024.116567>

TÜRKİYE’DE ULUSAL MEDYAYA YANSIYAN HEMŞİRE İNTİHARLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ: RETROSPEKTİF BİR ÇALIŞMA¹

Kübra ALPASLAN²

Serpil ÇELİK DURMUŞ³

1. GİRİŞ

İntihar, bireyin yalnızca kendi yaşamını sonlandırmasıyla sınırlı olmayan; ailesi, yakın çevresi ve içinde bulunduğu toplumun ruhsal ve sosyal bütünlüğünü de olumsuz etkileyen, çok boyutlu bir olgudur. Sosyal, psikolojik, fizyolojik ve kültürel etmenlerin bir araya gelmesiyle ortaya çıkan bu durum, bireyin yaşamına son vermek amacıyla gerçekleştirdiği bilinçli her türlü davranış olarak tanımlanmaktadır. Girişimin ölümle sonuçlanıp sonuçlanmaması ya da kullanılan yöntemin ölümcül risk taşıyıp taşıyamaması fark etmeksizin, yaşamı sonlandırma niyetiyle gerçekleştirilen tüm eylemler intihar kapsamına girmektedir (World Health Organization [WHO], 1999).

İntihar, dünya genelinde ve ülkemizde giderek artan önemli bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2023 yılı verilerine göre, ülkemizde 4.061 kişi intihar nedeniyle yaşamını yitirmiştir

¹ Bu çalışma 9. Uluslararası Adli Hemşirelik Kongresi 20-22 Mayıs 2025 tarihinde Kırıkkale’de Sözel bildiri olarak sunulmuştur.

² Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisi, Kırıkkale, Türkiye, 243390001@kku.edu.tr, ORCID: 0009-0001-8974-9311.

³ Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Kırıkkale, Türkiye, serpildurmus@kku.edu.tr, ORCID: 0000-0002-0932-3346.

(Türkiye İstatistik Kurumu, 2023). Küresel ölçekte değerlendirildiğinde ise, her yıl yaklaşık 727.000 kişi intihar sonucu hayatını kaybetmekte ve bu sayıdan çok daha fazla birey intihar girişiminde bulunmaktadır. DSÖ 2021 verilerine göre, intihar 15–29 yaş arası bireyler arasında dünya genelinde üçüncü en yaygın ölüm nedenidir (World Health Organization, 2023).

İntihar; intihar düşüncesi, intihar girişimi ve tamamlanmış intihar olarak ele alınmaktadır. İntihar girişiminden önce bireyin genellikle çözümleyemediği bir sorunla karşı karşıya olduğu, bu bağlamda mevcut baş etme mekanizmalarının yetersiz kaldığı görülmektedir. Sorunun çözilememesi veya baş etme becerilerinin yetersizliği, bireyi intihar düşüncesine yönlendirebilir. İntihar düşüncesine neden olabilecek bireysel risk faktörleri arasında yalnızlık hissi, değersizlik duygusu, anlaşılmadığına dair inanç, içe kapanıklık, travmatik yaşam olayları, ailevi ya da ekonomik problemler ve sağlık sorunları yer almaktadır. Bununla birlikte, bireyin ölüm isteğini dile getirmesi, vedalaşmaya benzer konuşmalar yapması, yeme-içme ve uyku düzeninde belirgin değişiklikler yaşaması, intihar yöntemleri hakkında bilgi araması, çaresizlik hissi ve yaşam amacının kalmadığını ifade etmesi gibi davranışlar intihar düşüncesinin varlığına işaret edebilmektedir (Avşar & Durmaz, 2019).

İntihar davranışının gerçekleşmesinde etkili olan başlıca unsurlardan biri tercih edilen intihar yöntemidir. Sürecin ilerleyen aşamalarında birey, intiharı ne zaman, nerede ve nasıl gerçekleştireceğine dair planlamalar yaparak kendisi için en uygun yöntemi belirleyebilir ve bu planlamanın ardından eyleme geçilebilir (Arslantaş, Adana, Harlak, & Eskin, 2019).

Seçilen yönteme kolay erişim, yöntemin kısa sürede etkili olması ve bireyin eylem sırasında yalnız kalabilmesi gibi faktörler, intiharın gerçekleşme riskini artırabilmektedir. Bu bağlamda, bazı meslek gruplarında intihar riski daha yüksek

düzeyde görülmektedir. Hemşirelik mesleği, yoğun iş yükü, vardiyalı çalışma sistemi, hızlı karar verme baskısı, mesleki stres, mobbing, şiddet ve tükenmişlik gibi faktörler nedeniyle yüksek risk grubu içinde değerlendirilmektedir (Avşar & Durmaz, 2019).

Uluslararası literatürde, özellikle Avustralya, Danimarka, Norveç ve Yeni Zelanda gibi ülkelerde, hemşirelerin diğer sağlık çalışanlarına oranla daha yüksek intihar oranlarına sahip olduğu bildirilmiştir (Cano-Langreo, Cicirello-Salas, López-López, & Aguilar-Vela, 2015).

Medya, yalnızca intihar olaylarının kamuoyuna aktarılmasında değil; aynı zamanda bu olayların nedenleri, sıklığı ve kullanılan yöntemlerin belirlenmesinde de temel bilgi kaynaklarından biridir (İlhan & Sayar Akaslan, 2019).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, Türkiye’de sağlık sisteminin en önemli sorunlardan biri olan hemşire intiharlarının dijital medyada yer alan ulusal haberlerin incelenmesi ve konuya dikkat çekmek amacıyla retrospektif olarak yapılmıştır.

Araştırma verileri online ortamda COVID-19 pandemisi de dahil olmak üzere 2015-2025 (Mart) yıllarına ilişkin dijital medyada yer alan ulusal haberlerden araştırmacılar tarafından toplanmıştır. Araştırmada gazetelerde hemşire intiharları ile ilgili haberler taranmıştır. Araştırma tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

Araştırmanın değişkenleri: Olayın gerçekleştiği yıl, coğrafi bölge, il, hastane türü ve klinik türü, intihar eden hemşirenin; cinsiyeti, medeni hali, yaşı ve son durumu, intihar yöntemi ve nedenidir.

Araştırmada, 2015-2025 (Mart) tarihleri arasında yayınlanan ve internet aracılığıyla ulaşılabilen 48 web sitesi incelenmiştir.

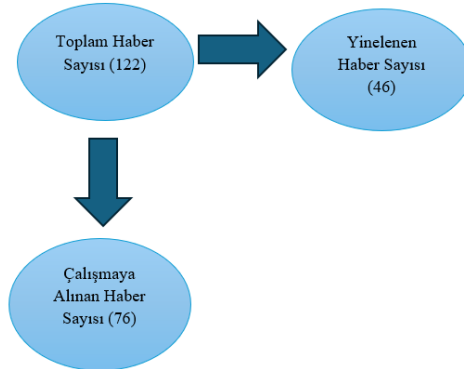
Çalışma için Google arama motorunda “hemşire intiharları”, “hemşire intihar girişi”, “hemşire intiharı ve bunalım”, “hemşire intiharı ve mobbing” anahtar sözcükleri kullanılmıştır. Bu çalışmada hemşire intiharları ile ilgili 122 haber analiz edilmiştir ve 46 haber aynı içeriğe sahip olduğu için araştırmada kapsam dışı bırakılmıştır. Çalışmada Türkiye’deki hemşire intiharlarının durumu sınıflandırılarak değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik ve frekans dağılımları kullanılmıştır.

Araştırmanın sınırlılıkları, taranan web siteleri, anahtar kelimeler ve çalışmanın sınırlılıkları tablo1 de verilmiştir.

Tablo 1. İncelenen Ulusal Web Siteleri, Anahtar Kelimeler ve Araştırmanın Sınırlılıkları

Web Siteleri	antakyagazetesi.com, ajansbalikligol.com, abcgazetesi.com, ağri04haber.com, akbahaber.com, Anadolu Ekspres, bsha.com, besniğüncel.com, corumhakimiyet.com, ekonomin.com, egedesonsoz.com,Ege Haber, Evrensel, Gazete Duvar, gercekizmir.com, gaziantep27.net, gunhaber.com, haber46.com, Hürriyet, Hizmet Gazetesi, Habertürk, internethaber.com, Kocaeli Gazetesi, Lider Gazete, Leblebi tv, Milliyet, memurlar.net, malatyadan.com, pervasiz.com, rudaw.net, sondakika.com, sonmuhur.com, Sağlık Personeli Haber, Samsun Haber, Son Dakika, Sabah, Sözcü, samsunhaber.com, tr724.com, Tekirdağ Odak, turkish.aavsat.com, usaktv, Vezirköprü, vanekspres.com, Yurtsever, Yüksekova Haber, Yayla Haber, Yeni Akit, yenisir.com
Anahtar Kelimeler	“hemşire intiharları”, “hemşire intihar girişi”, “hemşire intiharı ve bunalım”, “hemşire intiharı ve mobbing”
Sınırlılıklar	2025 yılı 13 Mart’a kadar olan hemşire intiharlarına ilişkin haberlerin ele alınması Ulusal web sitelerinin taranmış olması 01.01.2015-10.03.2025 tarihleri arasında web sitelerinde yer alan haberlerden oluşması

Tablo 2. Araştırmanın Akış Şeması



3. BULGULAR

İntihar eden veya intihar girişiminde bulunan hemşirelerin yıllara göre oranlarına bakıldığında bu oranın ilk olarak 2023 yılında (%21,1) ikinci olarak 2024 yılında (%19,7) fazla olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca 2020 yılında, önceki yıllara göre intihar eden hemşire (%17,1) oranındaki artış da dikkat çekmektedir (Tablo 1).

Tablo 1. Hemşirelerin İntihar Etme veya İntihar Girişiminde Bulunma Yıllarının Dağılımları

YIL	N	%
2015	6	7,9
2016	2	2,6
2017	3	4,0
2018	2	2,6
2019	5	6,6
2020	13	17,1
2021	5	6,6
2022	7	9,2
2023	16	21,1
2024	15	19,7
2025	2	2,6
Toplam	76	100,0

İntihar eden ya da intihar girişiminde bulunan hemşirelerin cinsiyetleri incelendiğinde erkek hemşirelere kıyasla (%22,4) kadın hemşirelerde (72.4) bu oranının daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 2. İntihar Eden veya İntihar Girişiminde Bulunan Hemşirelerin Cinsiyete Göre Dağılımları

CİNSİYET	N	%
Kadın	55	72.4
Erkek	17	22.4
Belirtilmemiş	4	5.2
Toplam	76	100,0

Yapılan çalışmada intihar eden veya intihar girişiminde bulunan hemşirelerin medeni durumuna bakıldığında hemşirelerin %23,7'sinin evli, %18,4'ünün bekar olduğu tespit edilmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. İntihar Eden veya İntihar Girişiminde Bulunan Hemşirelerin Medeni Duruma Göre Dağılımları

MEDENİ DURUM	N	%
Evli	18	23,7
Bekar	14	18,4
Belirtilmemiş	44	57,9
Toplam	76	100,0

İntihar eden veya intihar girişiminde bulunan hemşirelerin yaşları incelendiğinde ilk sırada 25 yaşın (%9,2) yer aldığı saptanmıştır. Bu sırayı eşit oranla 24, 28 ve 30 yaşın (%6,6) takip ettiği belirlenmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. İntihar Eden veya İntihar Girişiminde Bulunan Hemşirelerin Yaşa Göre Dağılımları

YAŞ	N	%
17	1	1,3
18	1	1,3
19	2	2,6
21	3	4,0
23	3	4,0
24	5	6,6
25	7	9,2
28	5	6,6
29	2	2,6
30	5	6,6
32	3	4,0
33	1	1,3
34	2	2,6
36	1	1,3
39	1	1,3
40	2	2,6
42	2	2,6
43	1	1,3
45	1	1,3
Belirtilmemiş	28	36,9
Toplam	76	100,0

İncelenen haberlerde intihar eden veya intihar girişiminde bulunan hemşirelerin en fazla devlet hastanesinde (%59,2) daha az oranla (%18,4) özel hastanede çalıştıkları belirlenmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. İntihar Eden veya İntihar Girişiminde Bulunan Hemşirelerin Çalıştıkları Hastane Türüne Göre Dağılımları

HASTANE TÜRÜ	N	%
Devlet Hastanesi	45	59,2
Özel Hastane	14	18,4
Belirtilmemiş	17	22,4
Toplam	76	100,0

İntihar eden veya intihar girişiminde bulunan hemşirelerin çalıştıkları klinikler incelendiğinde yoğun bakımda çalışan hemşirelerin intihar oranının diğer birimlerde çalışan hemşirelere göre daha yüksek orana (%6,6) sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 6).

Tablo 6. İntihar Eden veya İntihar Girişiminde Bulunan Hemşirelerin Çalıştıkları Kliniklere Göre Dağılımları

KLİNİK TÜRÜ	N	%
Hematoloji	4	5,3
Yoğun Bakım	5	6,6
Ameliyathane	3	4,0
Pukiyatri	2	2,6
Acil Servis	3	4,0
Yenidoğan Servisi	1	1,3
Anestezi	1	1,3
Üroloji	2	2,6
Ortopedi	1	1,3
Göğüs Hastalıkları	1	1,3
İzolasyon	1	1,3
Kan Alma	2	2,6
Beyin Cerrahisi	1	1,3
Kadın-Doğum Servisi	1	1,3
Belirtilmemiş	48	63,2
Toplam	76	100,0

İntihar eden veya intihar girişiminde bulunan hemşirelerin illere göre dağılımlarına bakıldığında en fazla orana sahip ilin Diyarbakır (%21,0) olduğu tespit edilmiştir (Tablo 7).

Tablo 7. İntihar Eden veya İntihar Girişiminde Bulunan Hemşirelerin İllere Göre Dağılımları

İNTİHAR EDİLEN İL	N	%
Adana	2	2.6
Aksaray	3	4.0
Afyon	2	2.6
Ağrı	1	1.3
Adıyaman	1	1.3
Antalya	1	1.3
Bolu	2	2.6
Balıkesir	1	1.3
Burdur	1	1.3
Çorum	4	5.3
Diyarbakır	9	11.9
Denizli	1	1.3
Eskişehir	3	4.0
Erzurum	1	1.3
Gaziantep	5	6.6
Hatay	2	2.6
İstanbul	7	9.3
İzmir	7	9.3
Kayseri	1	1.3
Konya	1	1.3
Kırşehir	1	1.3
Kocaeli	2	2.6
Mersin	1	1.3
Malatya	2	2.6
Samsun	5	6.6
Şırnak	1	1.3
Tekirdağ	2	2.6
Uşak	2	2.6
Van	5	6.6
Toplam	76	100.0

İntihar eden veya intihar girişiminde bulunan hemşirelerin coğrafi bölgelere göre dağılımları incelendiğinde en fazla orana sahip bölgenin Güneydoğu Anadolu Bölgesi (%21,0) olduğu saptanmıştır (Tablo 8).

Tablo 8. İntihar Eden veya İntihar Girişiminde Bulunan Hemşirelerin Bölgelere Göre Dağılımları

İNTİHAR EDİLEN BÖLGE	N	%
Güneydoğu Anadolu	16	21.1
Ege	13	17.1
Marmara	12	15.8
Karadeniz	11	14.5
İç Anadolu	9	11.8
Doğu Anadolu	9	11.8
Akdeniz	6	7.9
Toplam	76	100

Çalışmaya dahil edilen haberlerde intihar eden hemşirelerin intihar nedeni %50 oranında belirtilmemiş olmakla birlikte hemşirelerin en fazla bunalım (%23,7) nedeni ile intihar ettikleri veya intihar girişiminde bulundukları belirlenmiştir (Tablo 9).

Tablo 9. İntihar Eden veya İntihar Girişiminde Bulunan Hemşirelerin İntihar Nedenlerine Göre Dağılımları

İNTİHAR NEDENİ	N	%
Bunalım	19	25,0
Mobbing	3	4,0
Aile-Eş problemleri	7	9,2
İşten Çıkarılma -Kötü Çalışma Koşulları	7	9,2
Ekonomik Sebepler	3	4,0
Belirtilmemiş	37	48,8
Toplam	76	100,0

İntihar eden veya intihar girişiminde bulunan hemşireler tarafından intihar yöntemi olarak en fazla ve eşit oranda (27,6) binadan atlama ve fazla dozda ilaç kullanımının (27,6) tercih edildiği belirlenmiştir. (Tablo 10).

Tablo 10. İntihar Eden veya İntihar Girişiminde Bulunan Hemşirelerin Tercih Ettikleri İntihar Türüne Göre Dağılımları

GİRİŞİM TÜRÜ	N	%
Binadan Atlama	21	27,6
Vücutta Kesi Oluşturma	5	6,6
Silahla Yaralama	8	10,5
Fazla Dozda İlaç Kullanımı	21	27,6
Kendini Asma	7	9,2
Belirtilmemiş	14	18,5
Toplam	76	100,0

İncelenen haberlerde intihar girişiminde bulunan hemşirelerin %90,8'inin ölü halde bulunduğu, %5,3'ünün uygulanan tedavi sonucu sağlığına kavuştuğu, %3,9'unun ise tedavisinin sürdüğü bildirilmiştir (Tablo 11).

Tablo 11. İntihar Eden veya İntihar Girişiminde Bulunan Hemşirelerin Son Durumlarına Göre Dağılımları

SON DURUM	N	%
Ölü	69	90,8
Genel durumu iyi	4	5,3
Tedavi altına alınmış	3	3,9
Toplam	76	100,0

4. TARTIŞMA

Bu çalışma, dijital medyada yer alan hemşire intihar vakalarını 2015–Mart 2025 dönemi için içerik analiziyle incelemiş ve önemli bulgular ortaya koymuştur. Özellikle 2024 yılında intihar oranlarının zirve yapması, COVID-19

pandemisinin uzun vadeli psikososyal etkilerinin devam ettiğine işaret etmektedir.

COVID-19 pandemisi, hemşirelerde tükenmişlik, duygusal yorgunluk, depresyon ve intihar riski gibi ciddi sonuçlara yol açmış; örneğin Türkiye'de pandemi döneminde hemşirelerin %86'sının duygusal tükenmişlik yaşadığı bildirilmiştir (Ömeroğlu Şimşek vd., 2023). Ayrıca emosyonel yorgunluk skoru, pandemi ünitesinde çalışanlarda daha yüksektir (Ömeroğlu Şimşek vd., 2023), bu da devlet ve yoğun bakım hastanelerindeki yüksek intihar oranlarımızı açıklayabilir.

Kadınların (%72,4) baskın olması ve özellikle 25 yaş grubu yoğunlaşması, literatürde sosyal cinsiyetçiliği ve mesleğe yeni başlayanların karşılaştığı sistemik eksiklikleri desteklemektedir (Turan vd., 2023). Ayrıca ülkemizdeki çalışmalarda kadın hemşirelerin pandemi döneminde daha yüksek tükenmişlik ve psikolojik semptom yaşadığı gösterilmiştir (Turan vd., 2023).

İş yükü açısından kamu hastaneleri, pandemi birimlerinde çalışmak ve yüksek baskı altında karar alma zorunluluğu intihar riskini doğuran önemli etkenlerdir. Uluslararası literatür, yoğun bakım hemşireleri arasında tükenmişlik ve moral tükenişin pandemiyle birlikte keskin biçimde arttığını göstermektedir (Kissel vd., 2023).

"Bunalım" (%25,0) gibi ruhsal sağlık sorunlarının baskın görülmesi ve ölümcül yöntem seçiminin yaygınlığı, intihar riskinin ciddi psikolojik bozukluklarla birlikte ele alınması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bu bulgu, pandemi sonrası hemşirelerde depresyonu intihar düşüncesine götüren önemli unsur olarak öne süren sistematik incelemeleri destekler (Salazar-de Pablo vd., 2020).

Güneydoğu Anadolu Bölgesi ve Diyarbakır'daki yüksek intihar oranları (%21,0), bölgesel sağlık eşitsizliklerinin

hemşirelerin dayanıklılıklarını nasıl etkilediğine yönelik kanıtlardır. WHO verileri ile desteklenen çalışmalar, coğrafi sağlık eşitsizliklerinin çalışan ruh sağlığı üzerinde belirleyici olduğunu vurguluyor.

Hemşire intiharlarının %90,8'inin ölümle sonuçlanmış vakalar olarak medyada yer alması, medyanın genellikle ölümle biten olaylara daha yüksek haber değeri atfetmesinden kaynaklanıyor olabilir.

5. SONUÇ

Hemşirelik, yüksek düzeyde stres içeren çalışma koşulları olan, aynı zamanda toplumsal açıdan büyük öneme sahip bir meslektir. Bu bağlamda, hemşirelerin maruz kaldıkları stres ve kaygı düzeylerini etkili bir biçimde yönetebilmeleri, onların psikososyal açıdan desteklenmesini zorunlu kılmaktadır. Hemşirelerin kriz anlarında etkili kararlar alabilmelerini sağlayacak geliştirici stratejilerin oluşturulması, kapsamlı destek sistemlerinin yapılandırılması ve bu doğrultuda sistematik eğitim programlarının planlanarak uygulanması büyük önem arz etmektedir.

İntihar önlenabilir bir durumdur. Nitekim hemşireler için intihara zemin hazırlayabilecek olan risk faktörlerinin belirlenerek ortadan kaldırılması, güvenlik önlemlerinin alınması, intihar düşüncesi taşıyan hemşirelerin psikoterapi desteği için yönlendirilmesi ve gerekli ise ilaç tedavilerinin uygulanması intiharları önlemek için büyük öneme sahiptir. Medya, hemşire intiharlarının sıklığının, nedenlerinin ve risk faktörlerinin belirlenmesinde önemli rol oynamaktadır. Konuyla ilgili daha fazla derinlemesine analiz yapmak için medyadaki haberlerin sayıca artırılması ve içerik açısından daha fazla ayrıntılı olması gereklidir.

KAYNAKLAR

- Arslantaş, H., Adana, F., Harlak, H., & Eskin, M. (2019). Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin intihar davranışına yönelik tutumları. *Yeni Symposium*, 57(2), 71–78. <https://doi.org/10.5455/NYS.20190215102533>
- Avşar, E., & Durmaz, B. N. (2019, Ekim 19–20). Hemşire intiharlarının perde arkası: Şiddet, mobbing, tükenmişlik. *Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 7. Ulusal Kongresi* [Konferans bildirisi], Ankara, Türkiye.
- Cano-Langreo, M., Cicirello-Salas, S., López-López, A., & Aguilar-Vela, M. (2015). Marco actual del suicidio e ideas suicidas en personal sanitario. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 60(234), 198–218.
- İlhan, R. S., & Sayar Akaslan, D. (2019). İnternet haberlerinde yer alan intihar olgularının sosyodemografik özellikleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 27(2), 71–78.
- Kissel, B., Schulte, K., Gembler, D., Köhler, J., Weber, A., Harth, V., & Mache, S. (2023). Burnout and associated factors among intensive care nurses during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), 1548. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021548>
- Ömeroğlu Şimşek, G., Akkaya, S., & Bekar, M. (2023). Covid-19 pandemisinde hemşirelerin duygusal tükenmişlik düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 39(1), 1–13. <https://doi.org/10.35379/egehem.1195741>
- Salazar de Pablo, G., Vaquerizo-Serrano, J., Catalan, A., Arango, C., Moreno, C., Ferre, F., ... & Fusar-Poli, P. (2020). Impact of coronavirus syndromes on physical and mental health of health care workers: Systematic review and

meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 275, 48–57.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.022>

Turan, T., Çelik, A., & Aslan, E. (2023). COVID-19 pandemisinin kadın sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyine etkisi: Sistematik derleme. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 25(2), 81–90.
<https://doi.org/10.5222/HEAD.2023.18310>

Türkiye İstatistik Kurumu. (2023). *İntihar istatistikleri, 2009–2023*. <https://data.tuik.gov.tr>

World Health Organization. (1999). *Figures and facts about suicide*. World Health Organization.

World Health Organization. (2023). *Suicide*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

HEMŞİRELİK DEĞERLENDİRMELERİ

yaz
yayınları

YAZ Yayınları
M.İhtisas OSB Mah. 4A Cad. No:3/3
İscehisar / AFYONKARAHİSAR
Tel : (0 531) 880 92 99
yazyayinlari@gmail.com • www.yazyayinlari.com