



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
MARMARA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ EKİPMANLARI İLE İLGİLİ  
EĞİTİMİN HASTA YAKINLARININ KAYGI DÜZEYİNE  
ETKİSİ**

GÖZDE SAYAR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. ŞULE ECEVİT ALPAR

2019-İSTANBUL

## TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Programın seviyesi : Yüksek Lisans  
Anabilim Dalı : Hemşirelik  
Tez Sahibi : Gözde SAYAR  
Tez Başlığı : Yoğun Bakım Ünitesi Ekipmanları ile İlgili Eğitimin Hasta Yakınlarının Kaygı Düzeyine Etkisi  
Sınav Yeri : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Sınav Tarihi : 04.07.2019

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

### Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)

Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR

### Kurumu

Marmara Üniversitesi

### İmza



### Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)

Dr. Öğr. Üyesi Bilgi GÜLSEVEN KARABACAK

Marmara Üniversitesi

Prof. Dr. Leman ŞENTURAN

Biruni Üniversitesi



Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun ...3..1..2019 tarih ve 105 sayılı kararı ile onaylanmıştır.



Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü 7.

## BEYAN

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

Gözde SAYAR



## TEŞEKKÜR

Lisan üstü eğitimim süresince, kıymetli bilgi ve tecrübesi ile beni yönlendiren ve destekleyen değerli hocam ve danışmanım Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR'a teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.

Yalnızca lisansüstü eğitimimde değil, tüm yaşamımda bana örnek ve yol gösterici olan, desteğini, emeğini ve güler yüzünü hiç eksik etmeyen, çok değerli hocam Dr. Gülten KARAHAN OKUROĞLU'na bana kattığı her şey için sonsuz teşekkürü borç bilirim.

Bu süreçte beni cesaretlendiren, yardımını ve sabrını esirgemeyen, her konuda desteğini hep yanımda hissettiğim kıymetli arkadaşım Hülya ZENGİN'e teşekkür ederim.

Araştırmamı gerçekleştirmemdeki destek ve katkılarından dolayı Sultan Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım 'da çalışan sevgili emektar meslektaşlarıma teşekkür ederim.

Çalışmam boyunca manevi desteğini esirgemeyen değerli annem Saadet SAYAR, değerli babam Selçuk SAYAR, değerli kardeşim Asya Gizem SAYAR ve kıymetli arkadaşım Sedef TULUM AKBULUT'a teşekkür ederim.

Hayatımın her anını güzelleştiren ve bana güç veren sevgili eşim Atalay KÜÇÜKKARAKURT'a tezimin yazımında ve tüm yaşamımda bana olan desteği için teşekkürlerimi sunuyorum.

Gözde SAYAR

İstanbul, 2019

# İÇİNDEKİLER

<b>TEZ ONAYI</b> .....	<b>i</b>
<b>BEYAN</b> .....	<b>ii</b>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>iii</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>iv</b>
<b>KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ</b> .....	<b>vii</b>
<b>TABLolar</b> .....	<b>viii</b>
<b>ŞEKİLLER</b> .....	<b>ix</b>
<b>1. ÖZET</b> .....	<b>1</b>
<b>2. SUMMARY</b> .....	<b>2</b>
<b>3.GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	<b>3</b>
<b>4.GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>6</b>
4.1. Yoğun Bakım Tanımı.....	6
4.2. Yoğun Bakım Tarihiçesi .....	7
4.2.1. Dünyada yoğun bakım ünitesi tarihçesi .....	7
4.2.2. Türkiye de yoğun bakım ünitesi tarihçesi .....	9
4.3. Yoğun Bakım Düzeyleri .....	10
4.4. Yoğun Bakım Hemşiresinin Görev, Rol ve Sorumlulukları .....	12
4.5. Yoğun Bakım Hastası Tanımı.....	14
4.6. Yoğun Bakım Ünitesindeki Hasta Yakınlarının Psikolojik Durumları .....	15
4.6.1. Krizi etkileyen faktörler .....	17
4.7. Kaygı Tanımı .....	18
4.7.1. Durumluk kaygı .....	19
4.8. Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Yakını ile İletişim.....	21
4.9. Hasta Yakınlarının Gereksinimleri .....	23
4.9.1. Bilgilenme gereksinimi .....	26
4.9.1.1. Aile üyelerinin bilgilendirilmeye yönelik gereksinimlerinin karşılanması... 26	
4.9.2. Destek alma ve duyguları ifade etme gereksinimi .....	27

4.9.3. Hastayla birlikte olma ve yardım etme gereksinimi .....	28
4.9.4. Aile üyelerinin kişisel gereksinimleri .....	29
<b>5. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>31</b>
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi .....	31
5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....	31
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	31
5.3.1. Araştırmaya dahil edilme kriterleri .....	31
5.3.2. Araştırmadan çıkartılma kriterleri.....	32
5.4. Araştırmanın Hipotezi .....	32
5.5. Araştırmanın Değişkenleri .....	32
5.6. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	32
5.7. Veri Toplama Araçları.....	32
5.7.1. Hasta yakını bilgi formu (Ek 3) .....	32
5.7.2. Hasta bilgi formu (Ek 4) .....	33
5.7.3. Durumluk kaygı ölçeği (STAI- State Trait Anxiety Inventory) (Ek 5) .....	33
5.7.4. Hasta yakını eğitim broşürü (Ek 6) .....	34
5.8. Verilerin Toplanması.....	34
5.9. Verilerin Analizi .....	34
5.10. Araştırmanın Etik Yönü .....	35
<b>6. BULGULAR.....</b>	<b>36</b>
6.1. Sosyo-Demografik Özellikler ile İlgili Bulgular (N=52) .....	36
6.2. Hasta Yakınlarının Özellikleri ile İlgili Bulgular .....	39
6.3. Eğitim Öncesi ve Sonrası Kaygı Puan Ortalama Farklarının Karşılaştırılması.....	41
6.4. Eğitim Öncesi ve Sonrası Puan Ortalama Farkları ile Katılımcı Değişkenlerinin Karşılaştırılması ile İlgili Bulgular.....	43
<b>7.TARTIŞMA VE SONUÇ.....</b>	<b>45</b>
7.1. Tartışma.....	45

7.1.1. Hasta yakınlarının özellikleri ile müdahale öncesi durumluk kaygı seviyelerine ilişkin bulguların tartışılması .....	45
7.1.2. Hasta yakınlarının özellikleri ve kaygı puan ortalama farkları ile katılımcı değişkenlerine ilişkin bulguların tartışılması .....	49
7.1.3. Eğitim öncesi ve sonrası kaygı puan ortalama farklarının karşılaştırılması ....	50
7.2. Sonuçlar.....	52
7.3. Öneriler.....	53
<b>8. KAYNAKLAR .....</b>	<b>54</b>
<b>9. EKLER.....</b>	<b>64</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>74</b>

## **KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ**

**YBÜ:** Yoğun Bakım Ünitesi

**EKG:** Elektrokardiyograf

**APA:** American Psychological Association

**PTSB:** Post Travmatik Stres Bozukluğu

**STAI:** State Trait Anxiety Inventory

## **TABLolar**

<b>Tablo 1.</b> Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Eğitim Öncesi Kaygı Durumlarının Karşılaştırılması (N=52).....	<b>36</b>
<b>Tablo 2.</b> Hastaların Tanıtıcı Özellikleri (N=52).....	<b>38</b>
<b>Tablo 3.</b> Katılımcıların Yoğun Bakım Ünitesi Farkındalığı ile Eğitim Öncesi Kaygı Durumlarının Karşılaştırılması (N=52).....	<b>39</b>
<b>Tablo 4.</b> Katılımcıların Durumluk Kaygı Ortalamaları.....	<b>41</b>
<b>Tablo 5.</b> Hastaya Bağlı Ekipman Sayısı ile Katılımcı Durumluk Kaygı İlişkisi.....	<b>41</b>
<b>Tablo 6.</b> Hastaya Bağlı Ekipmanlar ile Ön Test Son Test Kaygı Puan Ortalamaları Farklarının Karşılaştırılması.....	<b>42</b>
<b>Tablo 7.</b> Katılımcıların Özellikleri ile Eğitim Öncesi ve Sonrası Kaygı Durumları .	<b>43</b>

## ŞEKİLLER

**Şekil 1.** Katılımcıların Rahatsızlık Duyduğu Hastaya Bağlı Ekipmanların Dağılımı **40**

## 1. ÖZET

### **Yoğun Bakım Ünitesi Ekipmanları İle İlgili Eğitimin Hasta Yakınlarının Kaygı Düzeyine Etkisi**

Gözde SAYAR, Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR (Danışman)

Hemşirelik Anabilim Dalı

**Amaç:** Bu araştırmanın amacı, hasta başında verilen ekipman eğitiminin yoğun bakımda yakını olan bireylerin kaygı hissi üzerine etkisini belirlemektir.

**Gereç ve Yöntem:** Ön test-son test tek gruplu yarı deneysel araştırma modeli olarak planlanan bu çalışma İstanbul'da bir eğitim araştırma hastanesinin 3. basamak yoğun bakım ünitesinde Mayıs-Eylül 2018 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini 52 hasta yakını oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında Hasta Yakını Bilgi Formu, Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI), Hasta Bilgi Formu ve Hasta Yakını Eğitim Broşürü kullanılmıştır. Hasta yakınlarına eğitim öncesi bilgi formu ve kaygı envanteri uygulanmış, ardından hasta başında yüz yüze eğitim broşürü eşliğinde ekipman eğitimi verilmiştir. Eğitimin ardından kaygı ölçeği tekrar doldurulmuştur.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan hasta yakınlarının yaş ortalaması  $50.42 \pm 13.05$ , %61.5 kadın (n=32) ve %78.8 (n=41) hastanın birinci derece akrabasıdır. Eğitim öncesi durumluk kaygı düzeyi ile katılımcıların cinsiyet grupları sıralama ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu ( $U=198,00$ ;  $p < 0,05$ ), kadınların kaygı düzeyleri ( $\bar{x}$ sıra=30,31), erkeklere göre ( $\bar{x}$ sıra=20,40) anlamlı şekilde yüksek bulundu. Aile üyelerini; en çok endotrakeal tüpün (%42.3, n=22) rahatsız ettiği görüldü. Katılımcıların Durumluk Kaygı Ölçeği ön test- son test puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu ( $z=-6.131$ ;  $p=0.000$ ) ve çalışan hasta yakınlarının çalışmayanlara göre durumluk kaygı ölçeği ön test-son test puan ortalamaları arasında gözlenen farkın ise anlamlı olduğu tespit edildi ( $U=224.00$ ;  $p < 0.05$ ).

**Sonuçlar:** Verilen Yoğun Bakım Ünitesi ekipman eğitiminin hasta ailesinin kaygı düzeylerini anlamlı ölçüde düşürdüğü ve yararlı olduğu saptandı. Yoğun bakım ünitelerinde hasta yakınlarına verilen eğitimlere ek olarak yaşam destek ekipmanları eğitiminin de eklenmesi önerilir.

**Anahtar Sözcükler:** Hemşirelik, Yoğun Bakım Ünitesi, Hasta Ailesi, Anksiyete, Eğitim

## 2. SUMMARY

### **The Effect of Intensive Care Unit Equipment Training on Anxiety Levels of Patient Relatives**

Gözde SAYAR, Şule ECEVİT ALPAR, PhD, Prof. (Advisor)

Department of Nursing

**Aim:** The aim of this study is to determine the effect of the equipment training given at the patient level on the feeling of anxiety in the intensive care unit.

**Material and Method:** This study, which was planned as a pretest-posttest, single-group quasi-experimental model, was conducted between May and September 2018 in a tertiary care unit of a training and research hospital in Istanbul. The sample of the study consists of 52 patients. Patient data form, State Anxiety Inventory (STAI), Patient Information Form and Patient Relation Training Brochure were used for data collection. Information form and anxiety inventory were applied to the relatives of the patients before the training, and then equipment training was given to relatives with face-to-face training brochure. After the training, the anxiety scale was replenished.

**Findings:** The mean age of the patient relatives was  $50.42 \pm 13.05$ , 61.5% women (n=32) and 78.8% (n = 41) patient's first-degree relative. The difference between pre-education state anxiety level and the mean ranking of the gender groups of the participants was significant (U = 198.00; p <0.05), anxiety levels of women ( $\bar{x}$  sıra=30,31) compared to men ( $\bar{x}$  sıra=20,40) were significantly higher. It was observed the most that endotracheal tube (42.3%, n=22) disturbed to family members. A significant difference was found between pre-test and post-test mean scores (z=-6,131, p= 0.000). In addition the difference between the pre-test and post-test mean scores of state anxiety scale of the relatives of working patients compared to the non-working patients was found to be significant (U = 224.00; p <0.05).

**Results:** In this study, it was found that provided training for equipment about intensive care unit reduced anxiety level of patient relatives effectively and is beneficial. Providing training of life support equipment is suggested together with training patient relatives in the intensive care unit.

**Key Words:** Anxiety, Intensive Care Unit, Patient's, Nursing Patient Relatives, Education

### 3.GİRİŞ VE AMAÇ

Yoğun bakım üniteleri (YBÜ); hasta izleme ve daha ileri teknoloji uygulaması nedeniyle yaşamı tehdit eden hastalıkların yaşam fonksiyonlarının desteklendiği, bakım ekibiyle özel tedavi yöntemlerinin uygulandığı ve karmaşık biyomedikal cihazların bulunduğu multidisipliner yaklaşım gerektiren birimlerdir (Yalamaoğlu, 2012; Johansson Wojnicki, 2001; Dedeli ve Durmaz Akyol, 2008; Önsöz,2013).

Yoğun bakım üniteleri, ciddi ve riskli sorunları olan hastaların tedavi ve bakımlarının sürdürüldüğü, özellikle fiziksel yapıları, sağlık ekibinin özellikleri, özel araç ve gereçleri ile diğer ünitelerden farklı bir ortamdır (Sabuncu ve ark., 2001). Bu bağlamda yoğun bakım kavramı gerek hasta, gerekse hasta ailesi için ürkütücü bir anlam taşımaktadır. Bu ünitelerin kapalı ortamlar olması, teknolojik yönden karmaşık cihazların kullanılması, ziyaretin sınırlı ya da yasak olmasının hasta ve ailesi için stres ve kaygıya neden olduğu yapılan çalışmalarda belirtilmektedir (Ünver, 2003).

Yoğun bakım ünitesine kabul edilen hastaların kritik ve değişken durumu nedeniyle aile üyeleri kriz yaşarken sağlık personelinin gösterdiği çabanın en büyük kısmı, ne pahasına olursa olsun hastanın yaşamasını sağlama ve korumaya yöneliktir. Bu şok ve belirsizlik döneminde, aile üyelerinin gereksinimleri sağlık bakım hizmeti verenler tarafından düşük öncelikli gereksinimler olarak görülebilmektedir. Hemşire sahip olduğu önemli bilgi ve deneyimleriyle hasta ailesine yardımcı olabilir. Hemşireler bütüncül yaklaşımla bakım verilebilmesi için yoğun bakım ünitesi ortamından kaynaklanan, hasta ve ailesini etkileyen sorunlar ve çözümleri konusunda bilinçli olmalıdır (Özgürsoy ve Durmaz Akyol, 2008).

Yoğun bakımların gürültülü ve karmaşık ortamları hastaların endişesini arttırabilmektedir. Hastanın kaygılı olduğu böylesine karışık ve yoğun bir ortamda hastaların psikolojik ve sosyal gereksinimleri, fiziksel bakım gereksinimlerine kıyasla gözardı edilebilmektedir (Hintistan ve ark., 2009). En önemli sosyal destek kaynağı olan ailenin bakıma katılması bireye, kendi bakımını üstlenmesinde cesaret verir (Toros, 2003). Çalışmalar ailenin psikolojik rolünün, hastanın fizyolojik durumunu pozitif yönde etkileyerek iyileşmesini ve uzun süreli uyumunu

kolaylaştırdığını göstermektedir (Toros, 2003).

Literatür incelendiğinde Ünver ve arkadaşlarının (2003), ülkemizde yoğun bakım ünitesinde hastası olan 201 hasta yakınının gereksinimlerini saptamak amacıyla gerçekleştirdikleri bir çalışmada; aile üyelerinin en önemli olarak algıladıkları on gereksinimden yedisinin bilgilenme ile ilgili olduğu, ilk üç sırada günde bir kez olsun hastanın durumuna ilişkin bilgi verilmesi, açıklamaların anlaşılabilir bir dille yapılması ve hastanın durumundaki değişikliklerin eve telefonla haber verilmesi gereksinimi olduğu ortaya konulmuştur (Ünver, 2003).

Kosco ve Warren (2000) yaptıkları çalışmada, aile üyeleri tarafından ifade edilen en önemli on gereksinimin üçüncü sırasında” hastaya yapılanların niçin yapıldığını bilmek” yer almıştır (Kosco ve Warren, 2000).

Ziyaret uygulaması yapılan yoğun bakım ünitelerinde, hasta ailesine ortamlarla ilgili bilgi verilmesi ve ailenin desteklenmesi önemlidir (Taşdemir ve Özşaker, 2007). Yoğun bakım ünitesinin teknolojik ortamı aileler için oldukça stres verici bir ortamdır. Monitörler infüzyon pompaları, ventilatörler, ailelerin stresini artıran çevresel faktörlerdir ve aile bireylerinde korku yaratır. Bu nedenle YBÜ’ye girmeden önce karşılaşılabilecekleri araçlar ve görüntüler konusunda ailelere açıklama yapılarak, onların uyumunu kolaylaştırarak rahatlamalarını sağlayacaktır (Sekmen ve Hatipoğlu, 1999).

İran’da bir nöroşirurji YBÜ’de gerçekleştirilen randomize kontrollü çalışmada; hasta yakını aile bireylerinden oluşan müdahale grubuna; basit terminoloji kullanılarak açıklamalar yapılması, soruların dürüstçe cevaplanması, hastanın en iyi bakımı sağladığına dair güvenceler verilmesi ve YBÜ alanı, ekipman, personel ile ilgili bilgi sağlanması gibi bazı müdahaleler gerçekleştirilmiştir. Kontrol grubunu oluşturan aile üyelerine sadece rutin eylemler yapılmış. Sonuçlar, müdahale sonrasında memnuniyet skorunun kontrol grubuna göre önemli ölçüde arttığını göstermiştir (Yousefi ve ark., 2012).

Yine yakınları yoğun bakımda yatan ailelerin ihtiyaçlarının neler olduğunu belirlemek amacıyla 2014 yılında yayınlanan bir literatür derlemesinde de aile üyelerine hastanın çevresi, ekipmanları, personel ve bölümler hakkında bilgi verilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Khalaila, 2014).

Hasta yakınlarının duygusal bağı olan aile üyelerini yoğun bakımda savunmasız, bilinci kapalı, kendileri ile iletişim kuramayan konumda, mekanik ventilasyon uygulanırken görmeleri onları emosyonel olarak yıpratır bir durumdur. Bu zor dönemde hastaların olduğu kadar yakınlarının da desteğe ihtiyaçları vardır (Bahçıvan ve ark., 2011).

Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların aileleri, bu zor süreçte onlara bilgi veren, gereksinimlerini karşılayan olmazsa kendilerini umutsuz ve çaresiz hissederler. Aile üyelerinin stresle baş etmelerine nasıl yardımcı olabileceklerine ilişkin bilgiye gereksinim duydukları, aile üyelerinin stres faktörleri göz önüne alındığında bunların çok zaman ve enerji gerektirmeyen ancak etkili hemşirelik girişimleri ile çözülebilir türden oldukları, bütüncül yaklaşım gereği hemşirenin yalnızca hastayı değil, onu birçok yönden etkileyecek ve ondan etkilenecek olan hasta yakınları ile birlikte ele alması ve hasta yakınlarını da bakımın merkezinde görmesi gerektiği bilinmektedir. Bu bilgiler ışığında; bu çalışma hemşirenin vereceği eğitimin, hasta yakınlarının, hastaya uygulanan girişimlerle ilgili bilgi eksikliğinden kaynaklanan kaygısı üzerine, etkisini değerlendirmek için planlanmıştır.

## 4.GENEL BİLGİLER

### 4.1. Yoğun Bakım Tanımı

Yoğun bakım kısmen veya tamamen fonksiyonlarını kaybetmiş olan organ veya organ sistemlerinin etkilenmiş fonksiyonlarının yerlerinin geçici olarak doldurulması ve hastalığı oluşturan esas nedenlerin tedavi edilebilmesi için kullanılan yöntemlerin bütünüdür (Bayraktar, 2016).

Yoğun bakımın hedefleri; Hayatı tehdit eden hastalığı olanlarda tehlikeye girmiş ve/veya bozulmuş vital fonksiyonların monitörizasyonu, desteklenmesi, sonucun iyileştirilmesi amacıyla uygun tanınmış yöntemlerin, medikal ve/veya cerrahi tedavilerin uygulanmasıdır. Hasta popülasyonu çok geniş yelpazede patoloji gösterebilir fakat ortak özellikleri bozulmuş vital fonksiyonların geriye dönebilme potansiyelidir (Valentin ve ark., 2011).

Yaşamsal işlevlerinin bir kısmını kaybetmiş kritik hastaların bu işlevlerini destekleyip düzeltmeye çalışan, yerleşim biçimi, tıbbi aktivite ve hasta bakımı açısından hastane hizmetlerinde ayrıcalık taşıyan, ileri teknolojiye sahip uygun cihazlarla donatılmış, kritik hasta bakımı üzerine yeterli düzeyde eğitilmiş, deneyimli ve profesyonel becerilere sahip personeli olan, 24 saat kesintisiz doktor gözlemi dahil yaşamsal işlev ve göstergelerin gözlemi yapılan, tıbbi ve tıbbi olmayan ölçütlerin tanımlanmış olduğu, dikkatli veri organizasyonu yapılan, komplikasyonlara anında müdahale eden, kendini sürekli geliştiren, bilimsel, kanıta dayalı, ileri düzey tıp uygulaması yapabilen, donör tedavi programı bulunan, multidisipliner çalışan kliniklerdir. Yoğun bakım servisinde tedavi seviyesinde azalma, süresinde duraklama olmaksızın hizmet sunulur (<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/03/20170322-31.htm>, Erişim Tarihi:19/09/2018 ve Turhal, 2016).

Yoğun bakım üniteleri hastanenin diğer bölümlerinden genel görünümü ve atmosferi itibarıyla farklıdır. Bu üniteler kritik ancak potansiyel olarak düzeltilebilir olan hastaların yakından izlendiği, invaziv girişimlerin daha yoğun olarak uygulandığı, hastanın hastanede kalış süresinin daha uzun olduğu, mortalite-morbidite oranlarının daha yüksek görüldüğü, uzman ekip ve ileri teknolojik donanımdan oluşmuş birimlerdir. Bu nedenle yoğun bakım ünitesinde verilen hizmet yatak kapasitesinin altı-sekiz (en fazla 10) yatakla sınırlı olması ameliyathane ve

anestezi ayılma odalarına yakın olması, izolasyon ve enfeksiyon kontrol ilkelerine sıkı şekilde uyulması özel aydınlatma ve klimatizasyon sistemlerinin bulunması gibi özel şartların sağlanmasını gerekli kılmaktadır (İşeri, 2010).

Yoğun bakım; klinik aktivite ve bakım açısından hastanenin diğer bölümleriyle entegre ve koopere çalışan fakat organizasyonel ve yerleşimsel açıdan farklı bir birimdir. Yoğun bakım üniteleri ağır ve hayatı tehdit eden hastalığı olan hastalarda, bu hastalığın nedeninin veya hastalık nedeniyle ortaya çıkan semptomların tedavilerine yönelik kurulmuş birimler olduğu için; bu birimlerde gerekli görüldüğü durumlarda mekanik ventilatörler, renal replasman tedavileri, defibrilatörler gibi cihazlar kullanılmakta ve medikal tedaviler uygulanmaktadır. Hastaların bakım ve takipleri servislere göre daha sıkı ve özelliğidir. Bu bahsi geçen özellikli bakım ve tedavinin uygulanabilmesi amacıyla yoğun bakım ünitelerinde ekip çalışması ön plandadır. Yoğun bakım ünitelerinin tüm çalışanlarından oluşan bu ekipte özel olarak yetişmiş hekimler, hemşireler ve personeller bulunur (Turhal, 2016).

“Orası hayat ve ölümün keskin çizgilerle birbirinden ayrıldığı, bazısının hayata sıfırdan başladığı bazısının da kaderinin bitip nefesinin tükendiği yer. Mekânın kendine has bir soğukluğu, insanı iten bir tarafı var. Burası yaşama ölüm arasında gidip gelenlerin en çok uğradıkları istasyon: Yoğun Bakım Ünitesi... Zamanın olduğu her yerde hayatın aktığı bir gerçek... Fakat sağlık ekibine göre yoğun bakımdaki zaman kavramı ‘bambaşka’ (Özgürsoy ve Durmaz Akyol, 2008).

## **4.2. Yoğun Bakım Tarihçesi**

### **4.2.1. Dünyada yoğun bakım ünitesi tarihçesi**

Modern yoğun bakım ünitesi fikri Kırım Savaşı (1853-1856) sırasında Florence Nightingale’in savaşta yaralanan İngiliz askerlerine bakmakta olduğu dönemde doğmuştur. Florence Nightingale, ağır yaralı askerleri bir araya toplayarak daha sık bakım vermiş ve ölüm oranını büyük oranda düşürmüştür.

Amerika Birleşik Devletleri’ndeki yoğun bakım ünitelerinin başlangıcını ise ameliyat sonrası hastaların derlenmesi için hastanede ayrı bir alan kurulmasının avantajlarını savunan Dr. Walter Edward Dandy’nin attığı görülmektedir. Amerika Birleşik Devletleri’nde 1920’lerde beyin cerrahisi hastalarının ameliyat sonrası

bakımı için açtığı 3 yataklı servis ilk ünite olarak kabul edilebilir (Çelikel, 2001). İkinci Dünya Savaşı, Kore ve Vietnam Savaşları, yoğun bakım hastalarının resüsitasyonu ve triajı konusunda önemli gelişmelere neden olmuştur. Bu dönemde anestezi ve ameliyat sonrası bakım gelişmiştir. Şokun kan ürünleri ve intravenöz sıvılar ile tedavisi başlamış, hastalar özel donanımı olan merkezlere yönlendirilmeye başlanmıştır.

Başka bir görüşe göre de 1953'te Ibsen'in Kopenhagen Kummere Hastanesi'nde mekanik ventilasyon ve gerektiğinde hemodinamik destek tedavilerinin deneyimli hemşirelerin bakımı altında uygulandığı "Intensive Therapy Unit" ilk yoğun bakım ünitesi olarak kabul edilmektedir (Berthelsen ve Cronqvist,2003; Turhan,2016).

"Ölüme terk edilen bazı hastalarda sekonder olarak görülen komplikasyonları düzelten ve primer hastalığın tedavisine imkan yaratan semptomatik tedavi ile bu hastaların kurtulması mümkündür" diyen Ibsen (1954), anestezi modelinin değişimini başlatan ve yoğun bakımın anestezi ile birlikte ilerlemesine neden olan kişidir. Anesteziyolog olan Ibsen, 1952'de Kopenhagen'daki polio salgını sırasında daha önce sadece ameliyathanede uygulanan dikkatli hava yolu bakımı ve pozitif basınçlı ventilasyonu kullanarak solunum paralizisi ile gelen hastaların mortalitesini % 87'den % 25'e düşürmüştür. Basit solunum cihazları veya el cihazları ile solunum sayesinde, solunum fonksiyonlarını yitirmiş bazı hastaların yaşamı devam ettirilebilmiştir.

Ibsen (1954) salgında yaşadıklarını anlattığı makalesinde şöyle demiştir: "Solunum sıkıntısı olanlar bir araya toplanmalı, öncelikle bir anestezist, bir kulak burun boğaz uzmanı, bir cerrah, daha sonra ise bir radyoloji uzmanı ve bir fizyoterapist ve mükemmel çalışan bir laboratuvar mutlaka bulunmalıdır. Tüm hekimler ekip halinde çalışmalıdır" (Andersen ve Ibsen, 1954; Akpir, 2012).

Kontrollü solunum tekniği; ilaç aşırı dozu, tetanoz ve göğüs travması geçiren hastalara da yansıtılmış ve sağkalımın iyileşmesine neden olmuştur. Bu süreç içerisinde, uzamış yatak istirahatının sonuçları, hareketsizlik, doğal bağışıklık mekanizmalarının bozulmasının sonuçları gibi birçok ders öğrenilmiştir. 1940'larda W. Kolffheparin ve selofan membran kullanarak ilk başarılı hemodiyaliz makinesini devreye sokmuştur. 1956'da Paul Zoll kalbi yeniden çalıştıracak ilk defibrilatörü

geliştirmiştir. Eksternal kardiyopulmoner resusitasyonun doğuşu ise 1960'larda olmuştur. 1960 ve 1970'lerdeki uzay araştırmalarından öğrenilenler yoğun bakım monitörizasyonuna nakledilmiştir.

Bütün bu gelişmelerin sonucunda, 1960'lı yıllarda koroner bakım üniteleri kurulmuş ve bu ünitelerde özel eğitilmiş doktor ve hemşireler çalıştırılmış, protokoller geliştirilmiştir. Bunların sonucunda 1960'lı yılların sonlarına doğru Amerika Birleşik Devletleri'nde akut bakım hastanelerinin %95'inde bir yoğun bakım ünitesi bulunmakta idi (Çelikel, 2001).

Paris'te 1954 yılında Pierre Mollare Claude Bernard Hastanesi'nde ve Nedey Foch Hastanesi'nde ilk Reanimasyon üniteleri açılır. Amerika Birleşik Devletleri'nde ilk solunumsal üniteleri ise ancak 1960'lardan sonra Oxford Baltimore ve Toronto Üniversiteleri'nde kurulmuştur. Bundan sonra yoğun bakım dünyada Avrupa modeli ve Amerika modeli olarak iki yönde gelişir. Türkiye Avrupa modeline daha uygun bir gelişme izler (Turhan, 2016).

#### **4.2.2. Türkiye de yoğun bakım ünitesi tarihçesi**

1950-1955'lerde sayıları 10'u bulmayan ilk anestezi hekimlerinden biri Sadi Sun, diğeri Cemalettin Öner'dir. Sadi Sun 1947'de cerrahi asistanı olarak başladığı İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahpaşa Hastanesi'ndeki ihtisasını 1949'dan sonra anesteziye yönelerek sürdürür. Sadi Sun 1957-58 yılları arasında Danimarka'da akciğer cerrahisi yapan Erik Husfeldt'in davetiyle Dünya Sağlık Örgütü'nün düzenlediği anestezi kursuna katılır.

Cemalettin ÖNER, 1957 yılında Paris'e gönderilir, orada İleri Anestezi Kursu'nu tamamladıktan sonra Foch Hastanesi'nde 1954'de kurulmuş olan Reanimasyon Servisinde Resident (stajyer doktor) olarak çalışır, yoğun bakım bilimi ile orada tanışır ve yurda dönüşte anestezinin yanısıra yoğun bakım çalışmalarına da başlar.

Türkiye'de yoğun bakım çalışmalarının Avrupa ile eş zamanlı başladığı gözlenmektedir. Fransa'da 1950'li yıllarda varolan Pasteur Enstitüsü örneğinin rehberliğinde, ilk reanimasyon servisinin 1959 yılında Op. Dr. Ali Rıza Tezel'in Başhekimliği sırasında Haydarpaşa Numune Hastanesi'nde Anestezi Şefi olan Dr.Cemalettin Öner tarafından kurulduğu bildirilmektedir. Prof. Dr. Cemalettin Öner

İstanbul Tıp Fakültesi'nde profesör olup Anestezi Reanimasyon Kürsü Başkanlığı'na atandıktan sonra, 1970 yılında ilk reanimasyon ünitesinin kurulmasında çaba verdiği görülmektedir. Ayrıca Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde Prof. Dr. Sadi Sun tarafından kurulmuş olan reanimasyon ünitesinin yanı sıra İstanbul İlk Yardım Hastanesi'ne Dr. Şevket Kaya tarafından kurulan reanimasyon ünitelerinin de diğer sağlık kurumlarına örnek olduğu vurgulanmaktadır. Bu tarihten sonra da yoğun bakım ünitelerinin kuruluşu hızlanır (Akpir, 2008 ve Akpir, 2012).

Türkiye'deki ilk yoğun bakım servisleri ise:

1. Haydarpaşa Numune Hastanesi
2. Taksim Hastanesi
3. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
4. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi'nde kurulmuştur.

#### **4.3. Yoğun Bakım Düzeyleri**

Günümüzde açık ve kapalı olmak üzere iki tip yoğun bakım kavramı mevcuttur. Amerika Birleşik Devletleri'nde benimsenen açık ünite dışarıda hastayı takip eden hekim yoğun bakım ünitesinde de sorumluluğu alarak hastayı takip etmeye devam eder. Avrupa'da ise kapalı ünite düzeni benimsenmiş olup yoğun bakım ünitesinde yalnızca yoğun bakım ekibi sorumluluk alarak hastaları yatışından taburculuğuna kadar takip eder.

Ülkemizde kapalı tip yoğun bakım kavramı benimsenmiş olup, yoğun bakım üniteleri Sağlık Bakanlığı tarafından yataklı sağlık tesislerinde yoğun bakım hizmetlerinin uygulama usul ve esasları ile ilgili yayınlanmış tebliğine göre olarak düzenlenir ve yürütülür.

Yoğun bakım üniteleri hedefledikleri tedavi yetkilerine göre (yenidoğan, pediatrik, nöroşirurji, kardiyovasküler cerrahi vb.) ayrılabilirler gibi tedavi yetki düzeylerine göre de üçe ayrılırlar.

Birinci düzey YBÜ: Sadece elektrokardiyografi (EKG), ritim, nabız, non-invaziv arter kan basıncı ölçümü, periferik oksijen saturasyonu ölçümünü ve vücut sıcaklığı ölçümünü içeren temel monitörizasyonların yapıldığı, servislerden biraz daha yoğun

takip ve bakımların yapıldığı ünitelerdir. Mevcut veya potansiyel fizyolojik instabiliteleri nedeni ile rutin yöntemler yeterli olmayan, ancak, henüz organ yetmezliği başlamamış, solunum desteğine ihtiyaç duymayan, yakın takibi gereken hastalar (hafif ketoasidoz, hafif pankreatit, sık nazotrakeal aspirasyon gereksinimi v.b) takip edilir. Bu ünitelerde sıvı ve kan ürünleri replasmanları, entübasyon ve kardiyopulmoner resüsitasyon yapılabilir. Tam gün yoğun bakım uzmanı bulunmaz. 24 saat doktor gözetimi hizmeti vermez. Gereğinde hastalar 2. ve 3. Düzey yoğun bakım ünitelerine transfer edilebilir. En az dört yataklı olmalı ve günün her saatinde üniteye yatan hasta (dolu yatak) sayısına uygun olarak 5 yatağa kadar, 1 hemşire/ sağlık memuru bulunmalıdır. Bu servislere ara yoğun bakım adı da verilir.

İkinci düzey YBÜ: Birinci basamak yoğun bakım ünitelerine göre daha detaylı gözlem ve girişime gereksinimi olan hastalara çok iyi derecede tedavi ve bakım hizmeti verilen, tek organ yetersizliği nedeniyle diyaliz, hemofiltrasyon, plazmaferez ve mekanik ventilasyon gibi destek tedavilerinin uygulanabildiği ünitelerdir. Hastaların rutin monitörizasyonlar haricinde invaziv monitörizasyon gereksinimleri olabilir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan tebliğe göre en az dört yataklı olmalıdır ve günün her saatinde serviste her 3 yatak için en az bir hemşire/sağlık memuru bulunmalıdır. Anesteziyoloji ve reanimasyon, iç hastalıkları ve genel cerrahi branşlarından yoğun bakım sorumlusu bir uzman ve spesifik yoğun bakımlarda o dalın uzmanlarından biri (çocuk hastalıkları vb.) bulunmalıdır. Ayrıca beyin cerrahisi, nöroloji, göğüs hastalıkları, kardiyoloji uzmanları ve mikrobiyoloji uzmanı veya enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanı konsültan olarak bulunmalıdır.

Üçüncü düzey YBÜ: Çoklu organ işlev bozukluğu gibi tüm komplike hastaların kabul edildiği, solunum desteği, renal replasman tedavisi, plazmaferez gibi destek tedavilerin sağlanabildiği, en üst düzeyde tıbbi bakım ve tedavi hizmeti verilen yoğun bakım servisleridir. EKG, invaziv ve non-invaziv arter kan basıncı ölçümü, periferik oksijen saturasyonu ölçümü yanında, EtCO<sub>2</sub> ölçümü, sıcaklık ölçümü ve diğer basınçların ölçümüne olanak veren en ileri monitörizasyon cihazları bulunmaktadır. Bu ünitelerde en üst düzey tıbbi bakım ve tedavi verilmesinin yanında, 24 saat radyoloji ve laboratuvar hizmetlerine ulaşılabilir. Ülkemizde

Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan tebliğe göre bu üniteler en az 6 yataklı olmalı, her 6 yatak için en az bir tane izolasyon odası olmalı ve her vardiyada her 2 yatak için en az bir hemşire/ sağlık memuru bulunmalıdır. Anesteziyoloji ve reanimasyon, iç hastalıkları ve genel cerrahi branşlarından yoğun bakım sorumlusu bir uzman ve spesifik yoğun bakımlarda o dalın uzmanlarından biri (çocuk hastalıkları, beyin cerrahisi, nöroloji, kardiyoloji vb.) bulunmalıdır. Ayrıca ihtiyaç duyulacak branşların uzman hekimleri kolayca ulaşılabilecek konumda olmalıdırlar (radyoloji uzmanı, ortopedi ve travmatoloji uzmanı, fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanı, kulak burun ve boğaz hastalıkları uzmanı, göz hastalıkları uzmanı, deri ve zührevi hastalıklar uzmanı, hematoloji uzmanı, nefroloji uzmanı, göğüs cerrahisi uzmanı) (T.C. Resmi Gazete, 22 Mart 2017, sayı: 30015).

#### **4.4. Yoğun Bakım Hemşiresinin Görev, Rol ve Sorumlulukları**

Yoğun bakım hemşiresi, değişiklikleri değerlendirebilme yeteneği ve bilimsel bilgilere dayanan gelişmiş hemşirelik becerileri ile hastanın iyileşme sürecinde önemli kararlar alan bir sağlık profesyoneli. Yoğun bakım çalışanları bu konuda eğitim almış, acil durumlarda gerekli müdahaleleri yapabilecek, hasta gereksinimlerini karşılayabilecek, hasta için konforu sağlayabilecek ve ekip çalışmasına uygun elemanlardan oluşur (Yalamaoğlu, 2012). Hemşireliğin özelleşmiş bir alanı olan yoğun bakım hemşireliğinin amacı; bireyin fizyolojik, psikolojik, emosyonel ve sosyal dengesini en iyi duruma getirmek, yaşamına doğrudan etki eden bireysel bakımını gerçekleştirmek, terminal dönemdeki hastaların konforunu sağlamak ve bireyin ailesinin gereksinimlerini de karşılamaktır (Aktaş ve Arabacı, 2016).

Yoğun Bakım Hemşireliği, karmaşık ve yaşamı tehdit edici problemleri olan hastaların tanınmasını yapmak, izlemek, nitelikli, ileri yoğun bakım ve tedavi girişimleri uygulamak, hasta ve yakınları ile terapötik iletişim kurmak, onların gereksinimlerini belirleyerek karşılamaktan sorumlu, koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici girişimleri uygulamaktan sorumlu özel bir hemşirelik dalı olarak tanımlanmaktadır (Ergün ve ark., 2011).

Hastanın yoğun bakım ünitesine yatırılması, genellikle akut bir durum sonucu ortaya çıktığından aile üyelerinin hazırlıklı olmadıkları ve bilinmeyen şeylerle

karşılaşacakları stresli ve güç bir süreci başlatır. Hastanede yatma, özellikle YBÜ'ye kabul, en düzenli aile sistemlerinde bile bir kriz oluşturma potansiyeline sahiptir (Erdil ve ark., 2000; Toros, 2003).

Yoğun bakım ünitelerindeki hastalara bakım verirken ailelerinin gereksinimlerini karşılamak sağlık ekibinin mutlak görevleri arasındadır. Hemşireler, aile merkezli bakım sağlamak için en uygun profesyoneller olarak tespit edilmiştir (Lee ve Lau, 2003). Hemşireler, aile üyelerinin gereksinimlerini bütüncül yaklaşımla ele alırken hasta savunucusu olarak daha az önemli gereksinimleri de atlamamalıdır. Aile üyelerinin bilgilendirilmeye, güvenmeye, desteklenmeye, yakınlık görmeye yönelik gereksinimlerinin karşılanabilmesi için, sağlık ekibi bireye ve ailesine bütüncül yaklaşarak gerekli önlemleri almalıdır (Özgürsoy ve Durmaz Akyol, 2008).

Türk Hemşireler Derneği Eğitim Komisyonu (1981) hemşireliği şöyle tanımlamıştır; “Hemşirelik; bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini. Hemşirelerin “bakım verme” ve “tedavi planına katılma” rolleri yanı sıra, “güvenli ve sağlıklı bir çevre oluşturma”, eğitim”, “danışmanlık”, “araştırma”, “yönetim”, “kalite geliştirme”, “işbirliği yapma”, “iletişimi sağlama” gibi rolleri de bulunmaktadır (<https://sbf.marmara.edu.tr/bolumler/hemsirelik-bolumu/> Erişim tarihi: 23/01/2018).

Avrupa Kritik Bakım Hemşireleri Derneği Federasyonu (European Federation of Critical Care Nursing Associations) da yoğun bakım hemşireliğinin amacını, “Hastalar ve yakınları ile terapötik bir ilişki kurmak, önleyici, iyileştirici ve rehabilite edici girişimlerle bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyolojik ve ruhsal iyi oluşluk hallerini güçlendirmektir” şeklinde tanımlamıştır (Bahçivan ve ark., 2011).

Bütün bunlar göz önüne alındığında, hemşirenin görev, rol ve sorumlulukları hasta ve ailesine bakım verme, sağlığı koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme, rehabilitasyonu sağlama, eğitim verme ve danışmanlık yapmaktır. Mesleki sorumluluklarımız hasta kadar ailesine de hemşirelik hizmetlerini kapsamlı bir şekilde verilmesini içermektedir.

#### 4.5. Yoğun Bakım Hastası Tanımı

Avrupa Yoğun Bakım Derneği (European Society of Intensive Care Medicine) yoğun bakım hastaları tanımlamasını ‘Akut hastalık, cerrahi girişim veya diğer bir yoğun tedavi nedeni ile bir veya birden fazla vital fonksiyonunun tehdit altında olduğu durumlarda sürekli monitörizasyon gerektiren hastalar ile kardiyovasküler, serebral, solunumsal, renal, metabolik nedenlerle vital fonksiyonlardan herhangi birinin yetersizliği durumuna düştüğü hastalar ve tedavisi mümkün olmadığı bilinen bir hastalığın terminal safhasında bulunan ve normal servise kabulü amaca uygun düşmeyen hastalar yoğun bakım hastalarıdır’ şeklinde yapmıştır (Akpınar, 2002).

Yoğun bakım üniteleri primer olarak gerçek bir hastalığı olan, yaşamı tehdit altında bulunan ve sürekli yoğun bakım ünitelerinde izlemi gerektiren veya yaşamı destekleyici tedaviye bağımlı hastaların yaşamını devam ettirmek amacıyla yönelik hizmet veren birimlerdir. Kişiler yaşamı tehdit eden bir hastalık veya sağlık durumu ortaya çıktığı an ve ciddi değişiklikler sebebiyle yoğun bakım ünitesine yatmaktadır (Adsay ve Dedeli,2015; Tunçay ve Uçar, 2010).

Yoğun bakım ünitelerin amacı; hayati bulguları güvende olmayan, yakın takip ve tedavi gerektiren klinik durumları kötü olan hastalara, ihtiyaç duydukları destek tedaviyi ve bakımı vererek sağlıklarını geri kazandırmaktır.

İki hasta grubu yoğun bakımdan fayda görür:

1) Akut bir olay veya kronik bir hastalığın akut alevlenmesi sonucu bir veya daha fazla vital fonksiyonu tehlikede olması nedeniyle monitörizasyon ve tedaviye ihtiyaç duyan hastalar; sepsis, miyokard infarktüsü, gastrointestinal kanama veya hayatı tehdit edebilecek sonuçlara neden olabilen girişimler sonrası hastalar gibi.

2) Kardiyovasküler, renal, solunumsal, metabolik veya serebral fonksiyonda bilinen yetmezliği olan fakat fonksiyonların geriye dönme ihtimali bulunan ve iyileşmesi beklenen hastalar.

Son dönem, tedavi ile iyileşme ihtimali olmayan hastalar kabul edilemez. Bu hastalarda palyatif girişimler için yoğun bakım ihtiyacı varsa düşünülebilir. Ek olarak beyin ölümü gerçekleşmiş veya gerçekleşmesi beklenen ve organ bağıışı yapacak hastalar da yoğun bakım takibinde olmalıdır (Valentin ve Ferdinande, 2011).

Yoğun bakım pek çok hastalığın ve bu hastalıklara bağlı komplikasyonların bulunduğu hasta grubu ile ilgilenir. Bu sebeple, YB hastalarının özellikleri, yaşamlarının en başında veya son evresinde olan hastalar, hastanede bulunan en ağır seyirli hastalar, invaziv ve non-invaziv yaşam desteğine en çok ihtiyaç duyan hastalar grubu olmalarıdır (Şahinoğlu, 2003).

Amerikan Yoğun Bakım Derneği (Society of Critical Care Medicine) yoğun bakım hastalarını, tıbbi anlamda “Fizyolojik olarak fonksiyonları dalgalanma gösteren, hayatta kalmayı sağlamak için doktor-hemşire arasında kurulan uyumla yürütülecek bir tedaviye, bu tedavinin dalgalanma göstermeden uygulanmasına, özellikle detaylara yönelik özene ihtiyaç duyan hastalar, fizyolojik dekompanseasyon nedeni ile risk altındaki hastalar ve beklenmeyen yan etkileri önleyebilmek ve yoğun bakım ekibi tarafından anında müdahale imkanı sağlayabilmek için sürekli monitörizasyon gerektiren hastalar yoğun bakım hastalarıdır” şeklinde tanımlamıştır (Akpir, 2002).

Yoğun bakım, kişinin hayatında ani olarak ortaya çıkan bir hastalığı bulunan veya bu şekilde bir hastalığın gelişeceği düşünülen kişilere sağlık ekibi üyelerince verilen bakım ve tedavi şeklini ifade eder (Özdemir,2009).

Yoğun bakımda uygulanan tedavi ve yaklaşım, hastanın birincil hastalığı ne olursa olsun prensip olarak aynıdır. Amaç yaşamsal işlevleri korumak ve yeniden sağlamaktır (Kahraman, 2011).

#### **4.6. Yoğun Bakım Ünitesindeki Hasta Yakınlarının Psikolojik Durumları**

Kritik bir hastalık sebebiyle hastaneye yatış planlı olan bir durum değil, aksine istenmeyen, ani ve beklenmedik, aile içi kaygı düzeyini artıran bir durumdur. Özellikle yoğun bakım ünitesine acil yatışın hasta yakınları üzerinde önemli emosyonel ve psikososyal problemlere yol açabildiği belirtilmektedir (Chien ve ark. 2006). Yoğun bakım ünitesine kabul, hem hasta hem de ailesinde strese ve krize neden olan, dengelerini tehdit eden bir olaydır (İşeri, 2010). Hastalık ya da yaralanmanın korku yaratacak boyutlarda olması, ani başlaması, yaşamı tehdit etmesi, şiddetli ağrıya neden olması, tedavisinin güç olması gibi özellikler yaşanan stresi daha da travmatik hale getirmektedir (Eldredge, 2004). Hasta yakınlarının duygusal bağı olan, yaşamlarının bir kısmında ya da tamamında beraber oldukları insanın

yoğun bakımda savunmasız; bazen şuuru kapalı halde, kendileri ile iletişim kuramayan konumda, kendi ihtiyaçlarını gideremeyen, mekanik ventilasyon uygulanır iken görmeleri şüphesiz hasta yakınları için yorucu ve yıpratıcı bir durumdur (Özdemir,2012).

Hasta yakınlarının uzun süreli hastane ortamında bulunmaları, ölümcül olabilecek bir hastalıkla baş etmenin zorluğu, yoğun üzüntü içinde olan diğer hasta yakınlarını görmeleri, ölüm haberlerine şahit olmaları, tedavi süresinin uzaması ile umutsuzluk gelişmesi, hasta yakınlarında, her an gelebilecek bir ölüm haberi beklentisi, anksiyete ve depresyon gelişmesine neden olabilir. Bunların yanı sıra alınan kararlara katılamama, rol değişiklikleri, artan sorumlulukların ve gelir kaybının olması, hastasının ihtiyaçlarını karşılayamama, hastası hakkında yeterli bilgiye sahip olamama, hastasının bakımını gerçekleştirememesi, yoğun bakım ortamındaki araç gereçler ve hastasını görememe gibi durumlarda kişide birer stres kaynağı olmakta, aile içi rutinlerin bozulmasına sebep olabilmektedir. Ayrıca bu ünitelerin kapalı ortamlar olması, teknolojik yönden karmaşık cihazların kullanılması, ziyaretin sınırlı ya da yasak olmasının hasta ve ailesi için stres ve kaygıya neden olduğu yapılan çalışmalarda belirtilmektedir (Gürkan, 2009). YBÜ’de yatan hastanın yakınları bilinçsiz hasta ile iletişimi bilmeme, evden uzak bir ortamda olma, ulaşımında güçlükler gibi sorunlar yaşamakta, aynı zaman da sağlık personelinin tanımadıkları içinde ilk etapta sağlık personelinden destek kaynağı olarak yararlanamamaktadır.

Yoğun bakım ünitesine kabul edilen hastaların ciddi ve değişken durumu nedeniyle aile üyeleri kriz yaşarken sağlık personelinin gösterdiği çabanın en büyük kısmı, ne pahasına olursa olsun hastanın yaşamasını sağlama ve korumaya yöneliktir. Bu şok ve belirsizlik döneminde, aile üyelerinin gereksinimleri sağlık bakım hizmeti verenler tarafından düşük öncelikli gereksinimler olarak görülebilmektedir (Özğürsoy ve Durmaz Akyol, 2008). Oysa hasta yakınları hastaların içinde bulunduğu psikolojik duruma yakın duygular içindedirler. Hasta yakınlarında korku, öfke, ümitsizlik, güvensizlik, çaresizlik, geleceğe dair belirsizlik gibi duygularla beraber, uyku ve yeme-içme aktivitelerinde değişim, sigara, alkol ve ilaç kullanma durumlarında değişiklikler gibi kişilerde sağlıksız davranışlar görülmektedir (Bahçivan ve ark., 2011; Akgün ve ark., 2009; Tel ve Tel, 2009). Hasta gibi aile de

hastalığı inkar, inanmama, yanlış tanı konulduğunu düşünme gibi bir takım süreçler yaşayabilir. Hastanede yatma, özellikle YBÜ'ye kabul, en düzenli aile sistemlerinde bile bir kriz oluşturma potansiyeline sahiptir (Bayraktar, 2016).

#### **4.6.1. Krizi etkileyen faktörler**

a. Kültürel Bakış: Hasta ve ailesi hastalığa karşı kültürel sebeplerle farklı bakış açlarına sahip olabilir. Kültürel nedenler örneğin değerler, davranışsal normlar, hastalığı tedavi etmeye yönelik işlemler, hastalığı önlemeye yönelik tutumlar, ölüme karşı verilen tepkiler kültürden kültüre farklılık gösterir. Bazı farklı kültürlerde hastalığın sebebi lanet, işlenen bir suçun cezası ya da nazar iken, bazı kültürlerde de evrendeki uyumsuzluklar veya Tanrıya kavuşma olarak görülebilmektedir.

b. Yoğun Bakım Ortamı: Aile de bir kişinin yoğun bakım ünitesine yatışı, ortamın farklı olması sebebiyle aile üyelerini olumsuz etkilemektedir. YBÜ' de bu olumsuz etkiyi yaratabilecek unsurlar arasında; çevresel uyarılar (monitörler, ventilatörler, EKG aleti), bilgi eksikliği, iletişimde yetersizlik, invaziv işlemler (cerrahi tedavi, diyaliz, intravenöz tedavi), fizyolojik belirtiler (dolaşım bozukluğu, ağrı, hipoksi) ve ölüm korkusu diye sıralanabilir.

c. İç Dengeyi Tehdit: Aile üyeleri normal şartlarda sabit iç dengesini sürdürür. Fakat yaşamsal süreçteki hastalık, ölüm gibi olaylarda var olan bu denge bozulur. Dengenin bozulmasıyla oluşan kriz bütün aile bireylerine yansır. Bütün aile için değişikliklerin veya gereksinimlerin sıklığı benzer olsa da bazı aileler diğerlerine göre krizden daha fazla etkilenir. Burada bilişsel faktörler önemli rol oynar. Aile üyelerinden birinin YBÜ'ye yatması durumunda ailenin duyguları, yaşanan stresin düzeyi, kriz durumunda yaşanan duygular, krizle birlikte oluşan anksiyete, savunma yöntemleriyle bağlantılı olarak farklılık gösterir.

d. Olayların Ortaya Çıkışı: Hastalığın meydana geliş şekli, ailenin reaksiyonunu etkileyerek kriz durumunun oluşmasını hızlandırabilir. Hastaneye kişinin planlı yatışı, ameliyat sonrası yoğun bakım ünitesine kabulü aile tarafından beklenen bir durumdur. Bu nedenle de aile olayı kolay kabullenir. Fakat Miyokard Enfarktüsü, trafik kazası, intoksikasyon vb. ani durumlarda aile bireylerine yapacaklarını karar veremeyebilirler. Aile üyeleri bu olayla ilk defa karşılaştıkları için ne yapacaklarını, YBÜ'deki kuralları, hastalarının nasıl etkileneceğini tahmin edemeyebilirler.

e. Rol Çatışması: Kişinin hastaneye yatışıyla beraber sosyal rolde kayıp yaşanır. Eğer hastaneye yatan kişi anne ise, çocukları açısından sevgi veren, koruyucu rolü, baba ise evdeki düzenle ilgili işleri yürüten, destek veren eş rolleri kaybedilmiştir. Anne veya baba hastaneye hasta olarak yattığı zaman eşlerden diğeri hasta olan eşin rol ün ü de üstlenir. YB’de yatan kişinin rolünü üstlenen aile bireyi oluşan bu durumla baş etmede zorlanabilir.

f. Sorumlulukların Değişimi: Aileden bir kişinin yoğun bakım ünitesine kabul ü sonrasında, hasta kişinin ailedeki desteği kaybedilir. Hasta kişinin sorumlulukları diğeri aile üyelerinin üzerine yüklenir. Aile bireylerinde çeşitli derecelerde rahatsızlığa ve sıkıntıya sebep olan bu sorumluluk artışı hasta kişinin hastaneden ayrılana kadar veya kişinin bu sorumlulukları başkasına devir edilene kadar devam eder. Mali sorunların yanında önemsiz görülen günlük rutin işler önemli görülür ve çoğunlukla yönetmekte zorlanılan bir duruma dönüşebilir.

g. Hastanın Terminal Evrede Olması: Hastanın terminal evreye girdiği dönemler yoğun bakım ünitesinde en ağır kriz durumlarını oluşturmaktadır. Bu kriz döneminde hasta yakınları sürekli kaçıkları hastayı kaybetme durumuyla karşılaşır. Bazı durumlarda aile bireyleri hastayı kaybetme durumuyla ilk defa karşılaşır olabilir. Bu durumda olayın kişiler üzerindeki etkisi daha ağır gerçekleşebilmektedir.

Tüm bu zorluklar ailede krize ve aile içerisinde organizasyon bozukluğuna neden olabilmekte, aile üyelerinin başa çıkma yetilerini ve kullandıkları kaynaklarını tehdit etmekte ve birçok gereksinimlerinin karşılanamamasına neden olmaktadır. Bu durum hastaya ailesi tarafından sunulan sosyal desteğin azalmasına, hastanın hastalığa fiziksel ve emosyonel olarak uyum sağlamasına engel olabilmektedir. Çalışmalar ailenin psikolojik rolünün, hastanın fizyolojik durumunu pozitif yönde etkileyerek iyileşmesini ve uzun süreli uyumunu kolaylaştırdığını göstermektedir (Bayraktar, 2016).

#### **4.7. Kaygı Tanımı**

American Psychological Association (APA) kaygıyı; “gerginlik hissi, endişeli düşünceler ve yüksek tansiyon gibi fiziksel değişikliklerle tanımlanan bir duygu” olarak tanımlamıştır(<https://www.apa.org/topics/anxiety/>Erişim tarihi:07/10/2018).

Evrensel bir duygu olan kaygı, her bireyin yaşamının belirli dönemlerinde zaman zaman yaşadığı ve sıklıkla fizyolojik belirtilerin eşlik ettiği, yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan, rahatsız edici endişe ve korku duygusudur (Erbaş ve Küçük, 2012).

Kaygı kavramı, psikoloji alanına yüzyılın ilk yarısında girmiş, bu alanda ilk araştırma ve çalışmalar 1940'lı yılların, sonunda yapılmıştır. Ruh bilim alanında kaygı sözcüğünü ilk kullanan ve bunu bir kavram olarak tanımlayarak nedenlerini araştıran Freud olmuştur. Freud kaygının işlevini, olası bir tehdide ve tehlikeye karşı benliği uyarmak ve savunma düzeneklerine işlerlik kazandırmaktır diye tanımlamıştır. Kaygı kavramını araştıran Freud'a göre insan davranışları, tüm yönleriyle uyum sağlamaya yönelik bir amaç taşır. Hiçbir davranışsal tepki rastlantısal değildir. Freud'a göre kaygı; fiziksel ya da toplumsal çevreden gelen tehlikelere karşı bireyi uyarma, gerekli uyumu sağlama ve yaşamı sürdürme işlevlerine katkıda bulunur (Atıcı, 2014).

Horney, kaygının bilinçdışı olarak yaşandığını belirtir ve davranışlara etki ettiğini söyler. Ona göre kaygılı insan kendini çaresiz hisseder. Kaygının mantıkdışı olması insanın istemeyeceği bir durumdur. Çünkü insan mantıkdışı bir şeyin etkisi altına girmek istemez. "Kişi, durumu ne kadar korkutucu, kontrolü dışında ve var olan kapasitesiyle baş edilemez algılıyorsa, o kadar kaygılanır" (Manav, 2011). Kaygı olumsuz bir sonuç bekleme, iç çelişki, desteğin çekilmesi ve belirsizlik durumlarında ortaya çıkan üzüntü, sıkıntı, korku, başarısızlık duygusu, acizlik, sonucu bilememe ve yargılanma gibi durumlardan birini ya da bir kaçını içeren, kişide ruhsal sorunlar yaratan bir duygu olarak görülmektedir. Bu duyguların yaşanması, bir süre sonra kişinin yaşamını, aktivitelerini, sosyal yaşamını ve kişilerarası ilişkilerini olumsuz etkilemektedir. Kaygıya yönelik sorunların çözülmesinde, kişinin olayı ve sorunu kavraması, baş etme mekanizmaları, destekleyici kişilerin niteliği ve bulunabilirliği önem taşımaktadır (Kaplan ve ark., 2007; Çalık ve ark. 2015).

#### **4.7.1. Durumluk kaygı**

Spielberger'in iki faktörlü kuramında, kaygı kavramı durumluk ve sürekli kaygı olarak ikiye ayrılır (Öner ve Le-Compte, 1983). Durumluk Kaygı, kişilerin özel

durumları tehdit edici olarak yorumlaması sonucu oluşan duygusal tepkidir veya bireyin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği subjektif korkudur. Durumluk kaygının şiddeti ve süresi, algılanan tehdidin miktarı ve kişinin tehlikeli durum yorumunun kalıcılığıyla ilişkilidir. Stresin yoğun olduğu zamanlar durumluk kaygı seviyesinde yükselme, stres ortadan kalkınca düşme olur (Tütüncüoğlu ve Balkan,2013; Öner ve Le-Compte, 1983).

Fizyolojik olarakta Otonom Sinir Sisteminde meydana gelen bir uyarılma sonucu terleme, sararma, kızarma ve titreme gibi fiziksel değişmeler, bireylerin gerilim ve huzursuzluk duygularının göstergeleridir. Durumluk kaygı, sıkıntı, tasa ve gerginlik ile karakterize, var olan acil durumu göstermektedir. Durumluk kaygı, tehlikeli olarak adlandırılan durumlar öncesinde veya olaylar sırasında ortaya çıkan, çoğunlukla mantıklı nedenlere bağlı ve nedeni başkaları tarafından da anlaşılabilen kaygıdır. Aile bireyinin hastaneye yatırılması gibi geçici stres durumlarında ortaya çıkan kaygı, durumluk kaygıya örnek olarak gösterilebilir.

Sürekli Kaygı ise bireyin kaygı yaşantısına olan yatkınlığıdır. Buna, kişinin içinde bulunduğu durumları genellikle stresli olarak algılama ya da stres olarak yorumlama eğilimi de denebilir. Doğrudan doğruya çevreden gelen tehlikelere bağlı olmayan bu kaygı türü içten kaynaklanır. Objektif kriterlere göre zararsız olan durumların birey tarafından tehlikeli ve özünü tehdit edici (küçültücü) olarak algılaması sonucu oluşan hoşnutsuzluk ve mutsuzluk duygusudur. Bir kişilik özelliği olup, genellikle kişi huzursuz ve mutsuzdur. Bu tür kaygı seviyesi yüksek olan bireylerin kolaylıkla incindikleri ve karamsarlığa büründükleri görünmektedir. Bu bireyler durumluk kaygıyı da diğerlerinden daha sık ve yoğun bir şekilde yaşamaktadırlar (Tütüncüoğlu ve Balkan,2013; Öner ve Le-Compte, 1983, Atıcı 2014).

Öner ve Le Compte (1983), durumluk kaygıyı kinetik enerjiye, sürekli kaygıyı da potansiyel enerjiye benzetmişler ve aralarındaki farkı ortaya koymuştur. “Kinetik enerji gibi durumluk kaygı, belirli bir zaman diliminde ortaya çıkan olay ya da reaksiyondur. Sürekli kaygı ise, potansiyel enerji gibi belirli bir tepki gösterme yatkınlığıdır”.

Bu çalışmada YBÜ’de hastaya sahip bireyin, belli bir anda ve belirli koşullarda

kendini nasıl hissettiğini belirlemek amaçlandığı için envanterin sadece durumluk alt boyutu kullanıldı.

#### **4.8. Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Yakını ile İletişim**

İletişim, yaşamın her alanında yer alan evrensel bir deneyimdir. Çeşitli tanımları bulunmakla birlikte en yalın hali ile insanın kendini, duygu ve düşüncelerini, gereksinimlerini anlatma ve başkalarını anlama olarak tanımlanmaktadır. İletişimin, tüm profesyonel mesleklerde olduğu gibi hemşirelikte de sistemin normal koşullarda sürdürme ve hastalık halinde bozulan dengeyi sürdürmede kullanılan tüm süreçlerin temeli kabul edilmektedir. Hemşirelik kuramcılarında Orlando, Travelbee ve Peplau hemşireliği kişiler arası etkileşim süreci olarak tanımlanmaktadır. Hemşirelerin, problemleri tanımlama ve çözümlenmede, stresle baş etme ve sağlık eğitimi vermede iletişim tekniklerini kullanırken aynı zamanda da bakımı şekillendirme ve yönlendirmede de önemli bir araç olarak iletişimden üst düzeyde yararlandıkları gözlenmektedir (Aykin, 2013).

Kişinin kritik bir durumda hastaneye başvurması ve yoğun bakım ünitesine yatırılmasının, duygusal bağı olan yakınları açısından beklenmedik ve oldukça korkutucu bir deneyim olduğu vurgulanmaktadır. Yoğun bakım ünitelerinde gelişen teknoloji ile birlikte gittikçe artan çok sayıda teknolojik araç-gereç yaşam kurtarıcı olmakla birlikte, hasta ve yakınları için korkutucu olabilmektedir (Aykin, 2013).

Hasta yakınlarının, yoğun bakım ünitesi, hastasının durumu, yoğun bakım rutinleri, sorun çözme ve karar verme ile ilgili bilinmezliklerle beraber büyük kaygı ve üzüntü içinde olmaları doğal karşılanmalıdır. Hasta yakınlarının bu duygular içinde başa çıkma, soruna çözüm önerileri getirme ve tüm kaynakları kullanmada yetersiz kalabilecekleri ifade edilmektedir. Bu zor dönemde hastaların olduğu kadar yakınlarının da desteğe ihtiyaçları vardır (Aktaş ve Arabacı, 2016; Kutlu, 2007).

Yoğun bakımda çalışan sağlık personeli, hastanın kritik durumuna, tanı ve tedavi ile ilgili yapılabilecek uygulamalara, hastanın hayati fonksiyonlarının takibine ve bakım hizmetlerine odaklanarak, hasta yakınlarının endişe, korku ve merak içerisinde olabileceğini unutmaz (Yalamaoğlu, 2012; Özgürsoy ve Durmaz Akyol, 2008; Aykin, 2013). Yoğun bakımda tedavi olan hasta ailelerinin en temel gereksinimi, dürüst, anlaşılır ve zamanında bilgi verilmesidir. Bu yasal olarak da hasta ve ailesinin en

doğal hakkıdır. Hasta Hakları Yönetmeliği'ne göre, "Hastaların, kendileri ya da yasal varisleri kanalıyla, tanı ve tedavinin tüm süreçlerine ve hastalığın olası gidişatına ilişkin tam ve yeni bilgi alma, kuruluşun kendilerine ilişkin tıbbi dokümantasyonuna ulaşma ve kendisine ilişkin tıbbi dokümantasyonun bir kopyasını alma hakkı" vardır (Madde 15, 18, 19, Hasta Hakları Yönetmeliği, 2014, <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Asp?MevzuatKod=7.5.4847&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=hasta%20haklar%C4%B1>, Erişim tarihi:08/10/2018).

Hasta yakınlarının bilgi gereksinimlerinin giderilmesi için yalın ve açık bilgi verilmesi önerilmekte yazılı materyallerin yanında aile ile yapılan yüz yüze görüşmelerin etkinliğinden söz edilmektedir. Hastaya ilişkin bilgilerin aile ile konuşma sırasında ele alınmasının onlara önemli olduklarını hissettireceği ve daha anlamlı olabileceği belirtilmektedir (Aykin, 2013).

Hasta ve yakınları ile daha etkili iletişim kurabilmenin bir yolu da hasta ve yakınlarına entübasyon ve mekanik ventilasyon konusunda bilgi vermek olabilir. Bu konuda, hasta ve yakınlarına yönelik "Entübasyon nedir?, Nereye ve nasıl takılır?, Mekanik ventilasyon nedir?, Kimlerin mekanik ventilatöre ihtiyacı vardır?, Sözel ve sözel olmayan iletişim yöntemleri nelerdir?" gibi sorulara yanıt olabilecek bir broşür hazırlanabilir. Bu şekilde yapılan bilgilendirme ile hasta ve yakınlarının anksiyeteleri, korkuları azalacaktır (Grossbach ve ark., 2011). Ayrıca yoğun bakım ünitesinde bulunan hastalarda en son kaybedilen duyunun işitme duyusu olduğu konusunda yakınların bilgilendirilmesinin ve hastalarıyla konuşmaları yönünde cesaretlendirilmelerinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

Tokur ve arkadaşlarının yaptığı çalışma sonucunda hasta yakınlarının hasta yatışının ilk gününden itibaren YBÜ yatış tanısı ve yapılan girişimler ile ilgili daha detaylı bilgilendirmeleri gerekliliği ortaya çıkmıştır (Tokur ve ark., 2016). 2000 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde bir hastanede yapılan çalışmada tıbbi terim ağırlıklı anlatım ve yeterli zaman ayrılmaması hasta yakınlarının yarısının hastasının tanısı, prognozu ve tedavi süreci ile ilgili konularda anlama eksikliğine neden olduğunu göstermiştir (Azoulay ve ark., 2000). Ülkemizde mevcut YBÜ hizmet kalitesinin daha iyi hale getirilmesi için hasta yakını ile etkin iletişimin hedef alınacağı protokollerin geliştirilmesi gereklidir (Tokur, 2016).

Yoğun bakımda yatan hasta ailelerinde memnuniyetini sağlamak için; tüm sağlık personellerinin görevini bilmesi, çelişkili bilgilerden kaçınılması, hastanın primer hekiminin ilgili olması, yeterli zaman ayrılarak bilgi verilmesi, ekip üyelerinin ulaşılabilir olması ve sürekli bakımın sağlanması, hasta ve ailelerinin etkin olarak dinlenmesi, soru sormaya teşvik edilmesi ve karar verme sürecinde duygusal destek sağlanması, manevi ihtiyaçların (hastanın ve yakınlarının kültürel ve dini inançlarına göre hasta yakınlarının isteklerinin) karşılanması, yoğun bakım personeli tarafından ilgi gösterilmesi ve önemsenme, hastanın bakımı konusunda aile kontrolü duygusunun oluşturulması ve empati yapılması gerekliliği birçok çalışmada vurgulanmıştır. Aile üyeleri ve hemşireler arasında yapılan erken ve sık etkileşim, aile memnuniyetini artırır. Bu tür iletişim, aile üyelerinin hastalıktan nasıl etkilendiğini ve hasta odaklı bakım işbirliğinin nasıl kurulduğunu anlamayı kolaylaştırır. Aynı zamanda herhangi bir yanlış anlaşılmayı düzeltmek için de bir fırsat sunar (Aktaş ve Arabacı, 2016).

Ziyaret uygulaması yapılan yoğun bakım ünitelerinde, hasta ailesine ortamlarla ilgili bilgi verilmesi ve ailenin desteklenmesi önemlidir (Taşdemir ve Özşaker, 2007). Sonuç olarak, yoğun bakım hastasını iyileştirmede, yaşam kalitesini yükseltmede, hasta ve ailesini merkeze alan etkili bir iletişimin oluşturulması ve devamlılığının sağlanması sunulacak hemşirelik bakımının kalbini oluşturmaktadır. Bu nedenle yoğun bakımda çalışan hemşirelerin hasta ve ailesi ile terapötik iletişim kurabilme becerilerinin geliştirilmesi hayati önem taşımaktadır (Aktaş ve Arabacı, 2016).

#### **4.9. Hasta Yakınlarının Gereksinimleri**

Sağlık ekibi tarafından verilen tedavi ve bakım hizmetlerinde aile üyelerinin gereksinimlerine çok az yer verildiği ya da hiç verilmediği gözlenmektedir. Yoğun bakım ünitelerinde doğal olarak tüm ilgi hasta üzerinde yoğunlaşmaktadır. Bu sırada ünitenin dışında bekleyen aile ile içerideki hasta arasında yaşanan korku, endişe, merak vb. duygular göz önüne alınmayıp, aile üyeleri sadece hasta için gerekli bazı malzemelerin sağlanması veya bürokratik işlemlerin yürütülmesi gibi işleri yapan kişiler olarak görülmektedir. Oysa ünite içinde yatan bireyin fiziksel ve duygusal bir kriz içine olmasının ailede de duygusal bir kriz yaşanmasına neden olacağı açıktır. Hasta ailesinin ve hastanın yaşadıkları kriz ile başedebilmelerinin sağlığın

kazanılmasındaki önemi yadsınamaz. Hasta ve ailesini bir bütün olarak kabul eden görüş doğrultusunda; hastanın yaşadığı krizi aşabilmesi için çoğu kez ailesinin anlayış ve desteğine gereksinimi vardır. Ne var ki, bu kriz süresince ailenin de karşılanması gereken gereksinimlerinin olduğu unutulmamalıdır (Ünver, 2003; Gürkan, 2009; Aykin, 2013).

Hasta yakınlarının yaşadıkları kriz karşısında en çok kullandıkları baş etme yöntemlerinin bilgi isteme, endişelerini paylaşma, olanları unutmama, oyalayıcı aktivitelerle uğraşma, durum konuşma/ yüzleşme, sorunu yeniden tanımlama, kendini teselli etme, alternatifleri/sonuçları gözden geçirme, itaat etme, uyum gösterme, bir kaçış yolu bulma, gibi çeşitli olduğu ayrıca herhangi birini suçlama ve kınama, sorunu açıkça tartışma, inkar etme şeklinde de ortaya çıkabileceği üzerinde durulmaktadır. (Özgürsoy ve Durmaz Akyol, 2008)

Literatürde yoğun bakım ünitesinde aile üyelerinin gereksinimlerinin 1979 yılında Molter tarafından çalışıldığı ve geliştirdiği “Yoğun Bakım Ünitesi Aile Gereksinim Envanteri” ile ilk kez değerlendirildiği belirtilmektedir (Molter, 1979; Özgürsoy ve Durmaz Akyol, 2008; Gürkan, 2009; Aykin 2013; Bayraktar, 2016). Molter’in bu çalışmasında yoğun bakım ünitesinde hastası yatmakta olan aile bireyleri tarafından tanımlanan en önemli gereksinimler arasında:

- Umut olduğunu hissetme,
- Hastane personelinin hastaya yeterince bakım verdiğini hissetme,
- Hastaya yakın bir yerde bekleme odasının olması,
- Hastanın durumundaki değişiklikler hakkında evden aranma,
- Prognozu bilme,
- Sorulara dürüst bir şekilde yanıt verilmesi,
- Hastanın hastalığındaki ilerlemelerle ilgili gerçekleri bilme,
- Günde bir kez hasta hakkında bilgi alma,
- Anlaşılan terimlerle açıklamaların yapılması,
- Hastayı sık sık görme, şeklinde sıralanmıştır (Özgürsoy ve Durmaz Akyol,

2008; Aykin 2013; Bayraktar, 2016).

Kosco ve Warren'in yaptıkları çalışmada ise, aile üyeleri tarafından ifade edilen en önemli on gereksinimin sırasıyla; prognozu bilmek, her gün doktorla konuşmak, hastaya yapılanların niçin yapıldığını bilmek, hastaya uygulanan tıbbi tedaviyi bilmek, hastaya en iyi bakımın verildiğinden emin olmak, hastanın transferi ile ilgili konuşmak, hastanın durumundaki değişiklikler hakkında evdekilerin telefonla haberdar edilmesi, günde bir kez hasta hakkında bilgi almak, hastane personelinin hastayla ilgilendiğini hissetmek, hastanın durumuyla ilgili belirli gerçekleri bilmek olduğunu belirttiklerig öğrenmektedir (Özgürsoy ve Durmaz Akyol, 2008).

Bijttebier'in gereksinimleri incelediği bir araştırmasında ise; hekim ve hemşireye sorulan soruların dürüstçe yanıtlanması, hastaya en iyi bakımın verildiğinden emin olunması, yapılan açıklamaların anlaşılır olması, hastanın sağlık durumuyla ilgili beklenen sonucun bilinmesi, hastanın durumundaki değişikliklerin aile üyelerine bildirilmesi gereksinimlerinin en önemli gereksinimler olduğu ifade edilmektedir (Özgürsoy, 2008). Türkiye'de, Ünver (2003) yaptığı çalışmada "Günde bir kez olsun hastanın durumuna ilişkin bilgi verilmesi" gereksiniminin birinci sırada olduğu ifade edilmektedir.

Molter'in çalışmasından sonra bu konuda yapılan birçok çalışmada da görüldüğü üzere aile bireylerinin belirlenen öncelikli gereksinimleri Molter'in çalışma sonuçları ile benzerlik göstermiştir. Ancak aile üyelerinin en önemli olarak gördükleri gereksinimler benzer olsa bile gereksinim öncelikleri, hastanın klinik durumunun ciddiyetine, hastanın yatırıldığı üniteye ve kültürel farklılıklara göre değişiklik gösterebilmektedir. Yoğun bakım ünitesinde yakını bulunan Ürdünlü ailelerle yapılan çalışmada, aile bireyleri tarafından güven, bilgi ve yakınlık gereksinimleri en önemli gereksinimler olarak belirtilirken, destek ve rahatlık gereksinimine daha az ihtiyaç duydukları saptanmıştır. Literatür incelendiğinde İspanya'da yoğun bakım ünitesinde yapılan bir çalışmada ise hasta ailelerinin en önemli olarak ifade ettikleri gereksinimin bilgi ve rahatlıkla ilgili olduğu görülmüştür (İşeri, 2010; Aykin, 2013; Özgürsoy, 2008).

Yapılan çalışmalarda yoğun bakım ünitesinde hastası olan aile üyelerinin gereksinim ve endişelerinin anlaşılmasının sağlık profesyonellerinin daha etkili

iletişim sağlamalarına yardımcı olabileceği, hasta yakınlarının stres düzeylerinin azaltılmasının hasta çıktıları üzerinde olumlu etkilere yol açabileceği ve bakımın kalitesini de artıracacağı bildirilmektedir. Literatürde yoğun bakım ünitesinde hastası olan ailelerin gereksinimleri: bilgilenme, hastayla birlikte olma, hastaya yardım etme, destek alma ve duygularını ifade etme, kişisel gereksinimler olarak belirtilmekte, bu gereksinimlerin karşılanmasının yoğun bakım ünitesinde çalışan sağlık ekibinin primer sorumluluğu olduğu vurgulanmaktadır (Ünver,2003).

#### **4.9.1. Bilgilenme gereksinimi**

Çeşitli çalışmalarda aile üyelerinin en öncelikli gereksinimlerinin bilgilendirilmede yoğunlaştığı belirtilmektedir. Ülkemizde yoğun bakım ünitesinde hastası olan 201 hasta yakınının gereksinimlerini saptamak amacıyla gerçekleştirilen bir çalışmada; aile üyelerinin önemli olarak algıladıkları 10 gereksinimden yedisinin bilgilenme ile ilgili olduğu, ilk üç sırada günde bir kez olsun hastanın durumuna ilişkin bilgi verilmesi, açıklamaların anlaşılabilir bir dille yapılması ve hastanın durumundaki değişikliklerin eve telefonla haber verilmesi olduğu, bunları “hastaya en iyi bakımın verildiğinden emin olmak” ve soruların dürüstçe yanıtlanması” gereksiniminin izlediği dikkati çekmektedir. Bilgilendirmenin, planlı eğitimin ameliyat öncesi ve sonrası dönemlerde cerrahi hastası ve ailesinin anksiyetesini azaltmadaki etkisi çalışmalarla kanıtlanmıştır. Ancak yoğun bakım ünitesine yatışı plansız olduğundan, hasta ve ailesinin psikolojik olarak hazırlanma şansı bulunmamaktadır. Bu bağlamda desteklenme ve bilgilendirilme gereksinimlerinin üst düzeyde olduğunun göz önüne alınması gerektiğinden söz edilmektedir (Gürkan, 2009).

##### **4.9.1.1. Aile üyelerinin bilgilendirilmeye yönelik gereksinimlerinin karşılanması**

Aile üyelerinin bilgilendirilmeye yönelik gereksinimlerinin karşılanabilmesi için; hasta yakınlarına yapılacak bilgilendirmede; yoğun bakım ünitesinin ne olduğu, kullanılan araç-gereç, bakımda yer alan sağlık ekibi, verilen bakım ve amacı, hastanın prognozu, ne tür bir tedavinin yapılacağı, kullanılan ilaçlar, uygulanan tedavinin niçin yapıldığını, hastanın uyanma süreci, hasta yakınları için mevcut olanaklar, bekleme odası olanakları, enfeksiyon kontrolüne yönelik alınması gereken önlemler, ziyaret günleri ve saatleri, çocuk hastaların ziyaretlerinin nasıl yapılacağı,

önemli telefon numaraları ve telefon görüşmelerine yer verilmesi vurgulanmaktadır (Gürkan, 2009).

Yapılan çalışmalarda hasta ve hasta yakınlarının çoğunlukla sözel bilgi verilmesini tercih ettikleri aynı zamanda eğitimin eğitim/ bilgi materyali ile desteklenmesini istedikleri saptanmıştır. Wiles ve arkadaşları tarafından (1998) sözel olarak verilen bilginin yazılı bilgi ile birleştirilmesinin; bilgiyi hatırlamayan/ bilgi almayan kişilerde geribildirim sağladığı, kişinin istediği zaman istediği bilgiye ulaşmasına olanak verdiği, sözel bilginin açıklığa kavuşturulduğu ve daha az yanlış yorumlandığı gibi çeşitli faydalarının olduğu belirtilmektedir. Nitekim sözel olarak verilen bilginin; eğitim kitapçıkları/ broşürler, rehber eğitim araçları ile birlikte verilmesinin üzerinde önemle durulmaktadır. Öte yandan yazılı olarak sunulan bilginin de genelleştirilmiş bilgidен ziyade bireye özgü olmasının daha etkili olacağı vurgulanmaktadır.

Yetersiz bilgi alma/ vermenin ise, hasta ve hasta yakınları/ bakım vericiler için sekonder önlemler almama ve uzun dönemli psikososyal hedeflere ulaşamama gibi önemli sonuçlarının olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda eğitim/ danışmanlık programlarının hasta ve hasta yakının; anksiyete, depresif belirti düzeyi ve bakım verici yükünü azalttığı, uygun başetme yöntemlerini öğrenmesini sağladığı, bakım memnuniyetini arttırdığı, yaşam kalitesini arttırdığı dolayısıyla hasta bakım/ tedavi sonuçlarına olumlu etkileri olduğu, hastane ve rehabilitasyon ünitelerinde yatış süresini ve tekrarlayan yatışları azalttığı, dolayısı ile maliyetleri azalttığı belirtilmektedir (Aktaş, 2010). Ayrıca hastanelerin YBÜ’de hastası olan aile üyelerine hastanın durumuyla ilgili düzenli aralıklarla bilgi vermeleri beklenendir. Bilgi aktarımının düzenli ve olabildiğince sık olması, hastanın durumunu kavradıklarının doğrulanmasının, önemi üzerinde durulmaktadır (İşeri, 2010).

#### **4.9.2. Destek alma ve duyguları ifade etme gereksinimi**

Destek alma gereksinimi, endişenin azaltılması ve bilgi eksikliğinin kapatılması ile kısmen karşılanabilir. Aileler genelde hemşirenin rolünün yalnızca hasta bakımı ile sınırlı olduğunu gözlemektedir. Bu nedenle, aile üyeleri duygularını açığa vuramamakta; bu önemli gereksinimleri karşılanamadığında tepkileri olumsuz davranışlara yol açabilmektedir (Ünver, 2003). Aile üyelerinin stresle baş etmelerine

nasıl yardımcı olabileceklerine ilişkin bilgiye gereksinim duydukları, aile üyelerinin stres faktörleri göz önüne alındığında bunların çok zaman ve enerji gerektirmeyen ancak etkili hemşirelik girişimleri ile çözülebilir türden oldukları, bütüncül yaklaşım gereği hemşirenin yalnızca hastayı değil, onu birçok yönden etkileyecek ve ondan etkilenecek olan hasta yakınları ile birlikte ele alması ve hasta yakınlarını da bakımın merkezinde görmesi gerektiği bilinmektedir. Akşit ve Cimete'nin yaptıkları çalışmada; çocuğu yoğun bakım ünitesine kabulde annelere uygulanan hemşirelik bakımının anksiyete üzerindeki etkisini araştırdıkları çalışmada; deney grubu annelere uygulanan destekleyici yaklaşımın anksiyete düzeylerini azalttığını ve uyguladıkları baş etme strateji sayılarını artırdığını bildirmişlerdir. Bir üniversite hastanesinin yoğun bakım ünitesinde yatan hasta ve yakınlarının memnuniyet düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada; hemşire, hasta ve yakınları arasındaki ilişkinin, hastanın iyilik derecesi ve sunulan hizmetten memnuniyeti doğrudan etkilediğini belirlemişlerdir (Gürkan, 2009). Yoğun bakım ünitesinde hastası olan hasta yakınlarının hastaya destek ihtiyacının yanında, hasta yakınlarının da desteğe ihtiyaçları bulunmaktadır. Yoğun bakım ünitesi çalışanlarının temel görevleri arasında, hayatın kurtarılması, hayatın devam ettirilmesinin yanında hem hastaya hem de aile üyelerine destek gelmektedir (Taşdemir ve Özşaker, 2007; Özdemir, 2009).

Yoğun bakım hemşirelerinin, kaygı ve korkuları yoğun yaşamakta olan aile üyelerinin krizle baş etmesine yardımcı olmak için destekleyici davranışlarda bulunması ve onların duygusal tepkilerini anlayabilmeleri ailenin yaşadığı krizle baş etmelerini ve sağlık ekibiyle işbirliği yapmalarını daha dakolaylaştıracaktır. Ayrıca, hastanın çevresiyle birlikte ele alınması görüşü kuramdan uygulamaya geçirilmiş olacak, dolayısıyla sağlık hizmeti alan bireylerin sağlık hizmetlerinden ve hastane personelinin memnuniyetini artıracaktır (Gürkan, 2009).

#### **4.9.3. Hastayla birlikte olma ve yardım etme gereksinimi**

Hastayla birlikte olma gereksiniminin başında aile üyelerinin hastalarını görememe veya istedikleri zaman hastalarını ziyaret edememelerinden dolayı oluşan kaygı bulunmaktadır. Hastalarının durumu kritikse aile üyeleri bu durumda hastalarını daha fazla görmek ve yardımcı olmak isterler (Bayraktar, 2016). Ancak

yoğun bakım ünitelerinin hasta çeşitliliği ve yoğunluğu, uygun fiziksel koşulların olmaması ve yoğun çalışma temposu gibi nedenler hasta ile ilgilenen sağlık çalışanının çoğunlukla bu gereksiniminin önemini duyumsamalarına engel olarak görülmektedir (Gürkan, 2009). Aile üyelerinin yoğun bakım ünitesine alınmamasının, sınırlı ziyaret saatlerinin, hem aileler hem de hastalar için temel kaygı nedeni olduğu bilinmektedir. Ayrıca aile üyelerinin hastayı sık görebilmek ve istedikleri zaman ziyaret etmeye çok fazla gereksinim duydukları ve hastanın durumu çok ciddiye ailelerin ziyaret gereksiniminin daha çok arttığı ve ziyaret sırasında hastaların bakımına katılmak istedikleri belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda yoğun bakım ünitesinde yapılan hasta ziyaretinin, hem hasta hemde hasta yakını için yararlı etkileri olduğu saptanmış; bununla beraber ziyaretlerin sınırlı olması gerektiği belirtilmiştir (Gürkan, 2009; Ünver, 2011; Yalamaoğlu, 2012).

Yapılan bir çalışmada; araştırma kapsamında yer alan ailelerin %90.6' sının yoğun bakım kuralları nedeniyle hastalarını göremediklerini ve bunun en fazla rahatsızlık veren durum olduğu; farklı bir çalışma neticesinde de hasta yakınlarının %39'unun hastalarını istedikleri zaman ziyaret etmek istedikleri, %36'sı ziyaret sıklığının, %27'si ziyaret süresinin artırılmasına gereksinim duyduklarını bildirilirken; bir diğer çalışma ise düşük oranda (%19) hemşireler tarafından istedikleri zaman hastalarıyla beraber olunmasına izin verildiğini göstermektedir (Gürkan, 2009).

Ziyaret uygulaması ile ailenin hastanın durumunu anlamasının kolaylaşacağı ve anksiyete düzeylerinin azalacağı belirtilmiştir (Yalamaoğlu, 2012). Özellikle yaşamsal tehlike içerisinde olan hastaların yakınları için bu isteğin oldukça fazla olması, hasta yakınları çoğunlukla; hastalarının son anında yanında olmak, hastasının elini tutmak, ona olumlu telkinde bulunmak ve onun için elinden gelenin en iyisini yaptığını göstermek gayreti içerisinde olmalarına bağlanmaktadır (Gürkan, 2009).

#### **4.9.4. Aile üyelerinin kişisel gereksinimleri**

Hasta ailelerinin kişisel gereksinimlerinin başında, iletişimin yer aldığı, soruların dürüstçe yanıtlanması ve anlayabilecekleri bir dille hastalığın prognozu hakkında bilgi gereksinimi olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte sağlık ekibinin özellikle yaşam desteğini sonlandırmaya yönelik uygulamaları konuşmada zorlandığı ve

iletişimlerinin yetersiz olduğu bilinmektedir. Hasta ailesinin sağlık profesyonelleri tarafından bilgilendirilmesine ilişkin yapılan bir çalışmada; aile üyelerinin %54' ün ün hastalığın tanısı, tedavisi ve prognozuna ilişkin temel özellikleri anlamadıkları belirlenmiştir (Gürkan, 2009). Aile üyelerinin gereksinimlerinin karşılanabilmesi için tüm sağlık ekibinin, bu konuda ortak kararlar belirlemek amacıyla yapabilecekleri girişimleri belirli aralıklarla bir araya gelip tartışmalı ve bu konuda protokol oluşturulmalar önerilmektedir (Özgürsoy, 2008). Hemşirelerin, ailelerin en başta gelen gereksinimlerinin iletişim, dürüstlük ve güvence konularına odaklandığını bilmelerinin, önemi üzerinde durulmakta ve her gün aynı hemşire ile konuşmanın hasta yakınlarının güven duygusunu artırıcı olduğundan sözedilmektedir (Gürkan, 2009).

Ayrıca hemşirelerin kriz yaşayan ailelere yaklaşımda önemli bir rol üstlendikleri ailelerin yoğun bakım servislerinde çeşitli etkenler nedeniyle stres altında olduklarını ve bu etkenlerin tanınmalarının ailelere yardım da ki önemi üzerinde durulmaktadır (Alkaya, 2008). Bunlar arasında, hastalığın ciddiyeti, tedavi ve prognozun belirsizliği, çevresel uyaranlar (monitörler, pompalar, ışık, gürültü...), yoğun bakım ünitesinin alışılmadık karmaşık görüntüsü, invaziv işlemler (kataterler, diyaliz, hemofiltrasyon...), bilgi eksikliği, hastanın fiziksel bakımını sağlamadaki güçlükler, iletişimdeki yetersizlikler (entübasyon tüpü, trakeostomi...), fizyolojik belirtiler (ağrı, hipoksi, kooperasyon zorlukları...), ölüm korkusu ve bireyi kaybetme korkusu, hastayı görememe, hastanın bilinç düzeyinin sıralanabileceği vurgulanmaktadır. Bu nedenle yoğun bakım ünitesi ortam konusunda ailenin bilgilendirilmesi belirtilmektedir (Aykin, 2013).

## **5. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi**

Araştırma, hasta başında verilen ekipman eğitiminin yoğun bakımda yakını olan bireylerin kaygı düzeyi üzerine etkisini belirlemek amacıyla ön test-son test tek gruplu yarı deneysel araştırma tipinde planlandı.

### **5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırmanın verileri İstanbul'da bir eğitim ve araştırma hastanesinin 3. basamak Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesinde, Mayıs-Eylül 2018 tarihleri arasında toplandı. Ünite 7+ 2 (izolasyon) olmak üzere 9 yatakla hizmet vermektedir. Hasta kabulünden itibaren hastaların bakımları ile hemşireler ilgilenmekte; hasta yakınları hastane kurallarıyla belirlenen 14.00-16.00 saatleri arasında günde 1 kez ve 1 kişi olarak ziyaretlerini gerçekleştirmektedirler. Hasta yakınları ziyaretlerini gerçekleştirdikten sonra bilgilendirme için ayrılmış özel bir odada, yoğun bakım hekimi tarafından bilgilendirilmektedirler.

### **5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini Mayıs-Eylül 2018 tarihleri arasında yoğun bakım ünitesinde yatmakta olan hastaların aile üyeleri oluşturdu. Çalışmanın örnekleme yapılan güç analizine göre belirlendi. Chien ve ark. (2006)'nın yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların yakınlarına verilen eğitimin etkinliğini değerlendirdikleri 66 kişilik bir grupla yürütülen randomize kontrollü çalışmasında hasta yakınlarına verilen eğitimin anksiyete düzeyini %17 azalttığı belirlenmiştir. Etki büyüklüğü 0.17, güç %90, alfa düzeyi 0.05 alınarak hesaplandığında örneklem büyüklüğü 29 olarak bulundu. Oluşabilecek veri kaybı göz önünde bulundurularak 50 kişiyle yapılması planlanan çalışma 52 (hasta yakını) katılımcı ile tamamlandı.

#### **5.3.1. Araştırmaya dahil edilme kriterleri**

- Kişinin hastaya birinci (anne, baba, çocuk, eş) ve ikinci derece (kardeş, torun) akrabalık bağı olması
- Hasta yakınının Türkçe konuşup anlayabilmesi
- Hasta yakınının sözlü iletişim kurmaya engel bir durumunun olmaması

- Hastaya bağılı ekipman sayısının üç ve üçün üstünde olması (post-op dönemde gözlem amaçlı yatırılan hastaları araştırma dışında tutmak için)

### **5.3.2. Araştırmadan çıkartılma kriterleri**

- Hastanın Yoğun Bakım Ünitesine kabulünden sonra 48 saat içinde ex veya taburcu olması,

### **5.4. Araştırmanın Hipotezi**

H<sub>0</sub>: Hasta yakınına verilen yoğun bakım ekipman eğitiminin hasta yakınının kaygı düzeyine etkisi yoktur.

H<sub>1</sub>: Hasta yakınına verilen yoğun bakım ekipman eğitimi hasta yakınının kaygı düzeyini azaltır.

### **5.5. Araştırmanın Değişkenleri**

Hasta yakınlarının kaygı düzeyi araştırmanın bağımlı değişkeni, yoğun bakım ekipman eğitimi verilmesi ise araştırmanın bağımsız değişkenidir.

### **5.6. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma verileri çalışmanın uygulandığı hastane ile sınırlıdır. Çalışma sonuçları evrene genellenemez.

### **5.7. Veri Toplama Araçları**

Araştırmanın verilerinin toplanmasında araştırmacı tarafından oluşturulan, hasta bireylerin medikal bilgilerini edinmeye ilişkin Hasta Bilgi Formu ve hasta yakınlarının sosyo-demografik özellikleri ve deneyimlerine ilişkin bilgi edinmeye yönelik Hasta Yakını Bilgi Formu kullanıldı. Durumluk kaygı duygusuna yönelik veri kaydetmek için Spielberger ve arkadaşları (1970) tarafından geliştirilen Durumluk Kaygı Ölçeği Envanteri kullanıldı. Ayrıca verilen eğitimi yazılı kaynakla desteklemek yine araştırmacı tarafından hazırlanan “Hasta Yakını Eğitim Broşürü” kullanıldı.

#### **5.7.1. Hasta yakını bilgi formu (Ek 3)**

Bu form araştırmacı tarafından hazırlanmış olup, hasta yakınlarının sosyo-demografik özelliklerini (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, mesleği, ekonomik durumu), kronik hastalık varlığı, hastaya yakınlık

derecesi, daha önceki yoğun bakım deneyimleri, hastayla birlikte yaşama durumu, görüşme sıklıkları, hastanın günlük ihtiyaçlarını karşılayabilme durumu, bakıma muhtaç hastanın evdeki bakımıyla kimin ilgilendiği ve bireyin en çok hangi ekipmandan rahatsız olduğu verilerini toplamaya yönelik 17 sorudan oluşmuştur.

#### **5.7.2. Hasta bilgi formu (Ek 4)**

Bu form hastanın medikal bilgilerini (kronik hastalık, mevcut yatış tanısı, sedatif/hipnotik ilaç uygulanma varlığı), sağlık durumunu belirlemek için; Glasgow Koma Skalasını, mevcut invaziv- non invaziv girişimlerini belirlemeye yönelik 11 sorudan oluşmuştur.

#### **5.7.3. Durumluk kaygı ölçeği (STAI- State Trait Anxiety Inventory) (Ek 5)**

Spielberger ve arkadaşları (1970) tarafından bireyin belli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirlemek için geliştirilmiştir. 20 sorudan oluşan envanter, her bir soru için 1-4 arası puan verilen Likert tipi bir ölçektir (Öner, 2008).

Bireyin kendi kendine yanıtlayabileceği, uygulanması kolay ve 20 sorudan oluşan bir envanterdir. Durumluk kaygı ölçeğinin yanıtlanmasında maddelerin ifade ettiği duygu, düşünce ya da davranışların şiddet derecesine göre 'hiç', 'biraz', 'çok' ve 'tamamen' şıklarından birinin seçilmesi ve işaretlemesi istenir (Aydemir ve Köroğlu, 2007). Ölçekte doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadeler vardır. Olumlu duyguları dile getiren ters ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüştürülür. Olumsuz duyguları dile getiren doğrudan ifadelerde 4 değerinde yanıtlar kaygının yüksekliğini gösterir. 10 tane (1,2,5,8,10,11,15,16,19 ve 20. maddeler) tersine çevrilmiş ifade vardır. Puanlamada; doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan, ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkarılır ve bu sayıya değişmeyen bir değer eklenir. Bu değer 50' dir. Ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan ise düşük kaygı seviyesini belirtir (Aydemir ve Köroğlu, 2007).

Ölçeğin Türkçe'ye adaptasyon, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Öner ve Le Compte (1983) tarafından gerçekleştirilmiştir. Güvenirliğin 0.94 ile 0.96 arasında olduğu belirlenmiştir. Test-tekrar test güvenirlilik sayısı ise 0.26-0.68 arasında

bulunmuştur (Öner,2008; Öner ve Le Compte,1998). Ayrıca bu araştırmadan elde edilen verilerden Durumluk Kaygı Ölçeği'nin Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0.91 olduğu bulundu.

#### **5.7.4. Hasta yakını eğitim broşürü (Ek 6)**

Hasta yakınına verilecek eğitimin standardize edilebilmesi için sorumlu araştırmacı tarafından eğitim verilirken kullanılması amacıyla oluşturulmuş, yoğun bakım ünitesinde hastalara uygulanan girişim araçları (entübasyon tüpü, arteriyel kateter, intravenöz kanül, nazogastrik tüp, üriner kateter, santral venöz kateter) ve monitör ve mekanik ventilatörle ilgili bilgi ve resimler içeren bir eğitim broşürüdür.

#### **5.8. Verilerin Toplanması**

Hasta yakınları ziyaretlerini gerçekleştirdikten sonra araştırmacı ile yüz yüze görüşerek çalışmanın amacı açıklandı ve katılmayı kabul edenlere Ek-1'de yer alan bilgilendirme formunu okumaları ve Ek-2'deki onam formunu imzalamaları sağlandı. Her hastanın yalnız bir yakını; birinci veya ikinci derece akraba ilişkisi içinde olanlar, araştırma örnekleme dahil edildi. Araştırmanın örneklemini oluşturan bireylere Hasta Yakını Bilgi Formu (Ek-3) (17. soru hasta başında sorulmuştur) ve Durumluk Kaygı Ölçeği (Ek-5) uygulandı, uygulama ortalama 10 dakika sürdü.

Katılımcılar araştırmacı eşliğinde tekrar hastalarının yanına alındı. İlk verilerin ardından aile üyesine hastasının bağlı olduğu yaşam destek ekipmanları tanıtıldı ve bu ekipmanların işlevleri ve hasta için yararları ile ilgili bilgileri içeren eğitim broşürü (Ek-6) eşliğinde verildi. Bu süreçte hasta yakınının soru sorması için zaman verildi. Eğitim yaklaşık 10-15 dakika sürdü. Eğitim ve soruların ardından kişilere Durumluk Kaygı Ölçeği (Ek- 5) tekrar uygulandı.

#### **5.9. Verilerin Analizi**

Araştırmadan elde edilen veriler, bilgisayar ortamında değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistiklerin gösteriminde sayı, yüzde, ortalama, ortanca, standart sapma, en küçük değer ve en büyük değer kullanıldı. Araştırma kapsamında elde edilen ölçüm değerlerinin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile incelendi. Değişkenlerin normal dağılım göstermediği görüldü ve verilerin analizinde

parametrik olmayan testlerden Mann Whitney U, Kruskal Wallis, Wilcoxon İşaretli Sıralar testleri tercih edildi. Korelasyon analizinde de normal dağılım göstermeyen verilerde, Spearman's rho korelasyon analizi kullanıldı. Çalışmanın sonuçları %95'lik güven aralığında, anlamlılık düzeyleri ise  $p < 0.05$  ve  $p < 0.01$  düzeylerinde değerlendirildi.

#### **5.10. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmanın yapılabilmesi için Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulundan onay alınmış (Ek-7), İl Sağlık Müdürlüğü Sultan Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden izin alınmış (Ek-8) ve araştırmaya katılacak olan hasta yakınlarından bilgilendirilmiş yazılı onam (Ek-1, Ek-2) alınmıştır.

## 6. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular:

- Sosyo-demografik özellikler ile ilgili bulgular
  - Hasta yakınlarının özellikleri ile ilgili bulgular
  - Eğitim öncesi ve sonrası kaygı puan ortalama farklarının karşılaştırılması
  - Eğitim öncesi ve sonrası kaygı puan ortalama farkları ile katılımcı değişkenlerinin karşılaştırılması ile ilgili bulgular
- olmak üzere dört başlık altında paylaşılmıştır.

### 6.1. Sosyo-Demografik Özellikler ile İlgili Bulgular (N=52)

**Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Eğitim Öncesi Kaygı Durumlarının Karşılaştırılması (N=52)**

		Eğitim Öncesi Kaygı Seviyesi					
		n	%	Sıra ortalaması	Sıra toplamı	*U/ ** $\chi^2$	P
Cinsiyet	Kadın	32	61.5	30.31	970.00	*198.00	0.022
	Erkek	20	38.5	20.40	408.00		
Yaş	20-34	5	9.6	13.90		**3.843	0.146
	35-64	41	78.9	27.76			
	65 ve üzeri	6	11.5	28.42			
Medeni Durum	Evli	39	75	27.05	1055.00	*232.00	0.649
	Bekar	13	25	24.85	323.00		
Eğitim Durumu	Okur yazar değil	1	1.9	50.00		**6.411	0.170
	İlköğretim	23	44.2	29.11			
	Ortaöğretim	12	23.1	26.67			
	Üniversite	11	21.2	24.09			
	Lisans üstü	5	9.6	14.70			
İş Durumu	Çalışıyor	26	50.0	26.04	677.00	*326.00	0.826
	Çalışmıyor	26	50.0	26.96	701.00		
Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	14	27	32.93		**3.699	0.157
	Gelir Giderden Fazla	6	11.5	21.33			
	Gelir Giderle Dengeli	32	61.5	24.66			
Kronik Hastalık	Var	18	34.6	30.06	541.00	*242.00	0.218
	Yok	34	65.4	24.62	837.00		

**Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Eğitim Öncesi Kaygı Durumlarının Karşılaştırılması (N=52) (devam)**

<b>Hasta Yakınlık Durumu</b>	Birinci Derece	41	78.8	27.35	1121.50	*190.50	0.432
	İkinci Derece	11	21.2	23.32	256.50		
<b>Hastaya Yakınlığı</b>	Anne/ Baba	2	3.8	47.25			
	Eş	8	15.4	28.81			
	Çocuk	31	59.6	25.69		**4.519	0.211
	Kardeş/ Torun	11	21.2	23.32			

\*Mann Whitney U Testi kullanılmıştır.  $p < 0.05$

\*\*Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.  $p < 0.05$

Tablo 1 katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, hastaya yakınlık dereceleri, kronik hastalık varlığı ve bu değişkenler ile kaygı durumları arasındaki ilişki verilerinin dağılımını göstermektedir. Araştırmaya katılan bireylerin büyük bir çoğunluğu kadın (%61.5 n=32) ve 35-64 yaş grubu arasındadır (%78.8 n=41). Katılımcıların %75'i (n=39) evli, %44.2'si (n=23) ilköğretim mezunu ve %61.5'inin de (n= 32) ekonomik durumu dengelidir. Hasta yakınlarının %78.8'inin (n=41) hastanın birinci dereceden (anne, baba, eş, çocuk) yakını olduğu ve bunların %59.6'sı (n=31) hastanın kızı/ oğludur. Ayrıca bireylerin %34.6'sının da (n=18) kronik hastalığı olduğu tespit edildi.

Analizler sonucunda eğitim öncesi durumluk kaygı düzeyi ile katılımcıların cinsiyet grupları sıralama ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edildi (U=198,00;  $p < 0,05$ ). Hasta yakını olarak bulunan kadınların kaygı düzeyleri ( $\bar{x}$ sıra=30,31), erkeklerin kaygı düzeylerinden ( $\bar{x}$ sıra=20,40) anlamlı şekilde yüksek bulundu. Katılımcıların cinsiyet değişkeni dışında diğer sosyodemografik değişkenleri (yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu) ve hastaya yakınlık dereceleri ile kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p > 0.05$ ). Ayrıca katılımcıların kronik hastalığa sahip olmasının da yatış sürecine bağlı durumluk kaygı seviyesini etkilemediği belirlendi (U=242.00;  $p > 0.05$ ).

**Tablo 2. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri (N=52)**

		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Min-Max</b>
<b>Yaş (Ort±SS)</b>		52	69.87±15.97	26-90
<b>Yatış Gün Sayısı (Ort±SS)</b>			54.40±53.41	2-218
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	19	36.5	
	Erkek	33	63.5	
<b>Yatış Nedeni</b>	Medikal	44	84.6	
	Cerrahi	8	15.4	
<b>Tanı</b>	Solunum Yetmezliği	13	25	
	Post Kardiyak Arrest	6	11.5	
	Pnömoni	8	15.4	
	İntrakraniyal Hemoraji	4	7.7	
	Serebrovasküler Olay	3	5.8	
	Pulmoner Emboli	3	5.8	
	Post-Operatif	8	15.4	
	Diğer	7	13.4	
<b>Hastanın Önceden Ybü'e Yatırılma Durumu</b>	Evet	26	50	
	Hayır	26	50	
<b>Hasta yoğun bakıma yatmadan önce günlük ihtiyaçlarını tek başına karşılayabiliyor muydu?</b>	Evet	36	69.2	
	Kısmen	7	13.5	
	Hayır	9	17.3	
<b>Hastanın bakımıyla kim ilgileniyordu?</b>	Eş/ Çocuk	6	35.3	
	Bakıcı/ Gelin	8	47.1	
	Kardeş/ Torun	3	17.6	
<b>Hastaya Sedatif veya Hipnotik İlaç Uygulanma Durumu</b>	Evet	12	23.1	
	Hayır	40	76.9	
<b>GKS Dağılımları</b>	Anlamlı Nörolojik Hasar (3-8)	27	51.9	
	Orta Dereceli Nörolojik Hasar (9-12)	11	21.2	
	Hafif Nörolojik Hasar (13-15)	14	26.9	
<b>Hastaya Bağlı Ekipmanlar*</b>	Periferik Damar Yolu	17	32.7	
	Santral Venöz Kateter	42	80.8	
	Arteriyel Kateter	49	94.2	
	Entübasyon Tüpü	24	46.2	
	Trakeostomi Kanülü	8	15.4	
	Monitör Kabloları	52	100	
	Nazogastrik Tüp	37	71.2	
	Üriner Kateter	51	98.1	

\*Birden fazla yanıt verildi.

Tablo 2’de çalışmanın yapıldığı yoğun bakım ünitesindeki hastaların tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Çalışmaya alınan hastalarda en fazla yatış nedenini medikal (%84.6 n=44) nedenlerin oluşturduğu, hastaların yatış gün sayılarının  $54.40 \pm 53.41$  gün olduğu ve %25’inin (n=13) solunum yetmezliği tanısıyla yatmakta olduğu tespit edildi. Hastaların yaş ortalamaları  $69.87 \pm 15.97$  ve %63.5’i (n=33) erkek idi. Hasta bireylerin %50’sinin (n=26) öyküsünde daha önce yoğun bakıma yatırılma durumunun olduğu ve yoğun bakım tedavilerinde %23.1 (n=12) oranında sedatif veya hipnotik ilaç kullanıldığı görüldü. Ayrıca çalışmaya dahil edilen hastalardan anlamlı nörolojik hasar olanların sayısı, 27 olup, bu oranda araştırmanın %51.9’unu oluşturdu. Hastaların 11’inde orta dereceli nörolojik hasar olup, bu oranda araştırmanın %21.2’sini oluşturdu. Hastaların 14’ünde hafif nörolojik hasar olup, bu oranda araştırmanın %26.9’unu oluşturdu. Hastaların hepsi monitörize (%100 n=52), %98.1’inde (n=51) üriner kateter, %94.2’sinde (n=49) arteriyel kateter, %80.8’inde (n=42) santral venöz kateter, %71.2’sinde (n=37) nazogastrik sonda ve %46.2’sinde de (n=24) endotrakeal tüp bulunduğu belirlendi.

Örnekleme oluşturan hastaların %69.2’si (n=36) yoğun bakıma yatışlarından önceki hayatlarında özbakımlarını yardımsız gerçekleştirebilmekte, bakıma ihtiyaçları olan hastaların bakımını %47.1(n=8) bakıcı/ gelin tarafından karşılandığı belirlendi.

## 6.2. Hasta Yakınlarının Özellikleri ile İlgili Bulgular

**Tablo 3. Katılımcıların Yoğun Bakım Ünitesi Farkındalığı ile Eğitim Öncesi Kaygı Durumlarının Karşılaştırılması (N=52)**

		Eğitim Öncesi Kaygı Seviyesi					
		n	%	Sıra ortalaması	Sıra toplamı	*U/ ** $\chi^2$	P
<b>Katılımcıların daha önce yoğun bakım ünitesinde yatan akraba varlığı</b>	Var	26	50	24.15	628.00	*277.00	0.264
	Yok	26	50	28.85	750.00		
<b>Hastayı yoğun bakımda ilk kez ziyaret etme durumu</b>	Evet	24	46.2	28.56	685.50	*286.50	0.363
	Hayır	28	53.8	24.73	692.50		
<b>Hasta ile birlikte yaşama durumu</b>	Evet	22	42.3	29.05	639.00	*274.00	0.299
	Hayır	30	57.7	24.63	739.00		

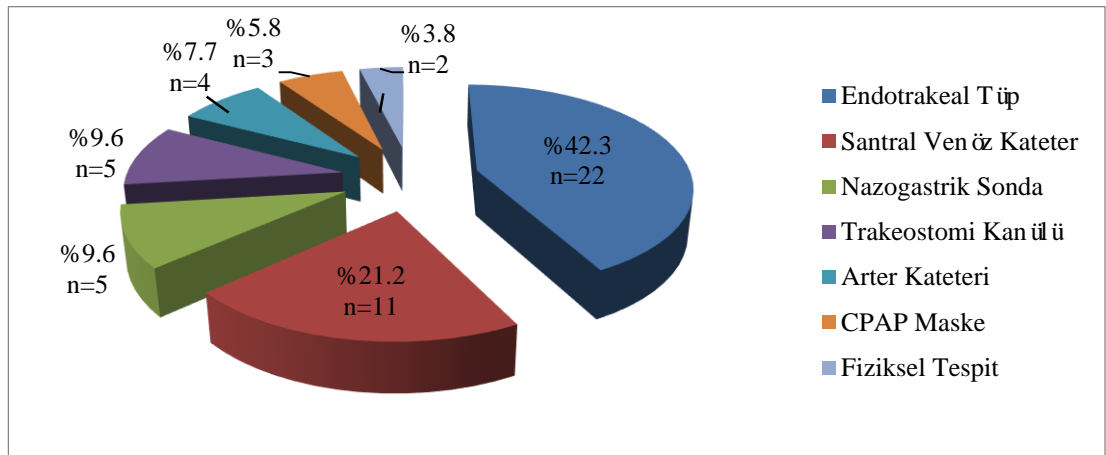
**Tablo 3. Katılımcıların Yoğun Bakım Ünitesi Farkındalığı ile Eğitim Öncesi Kaygı Durumlarının Karşılaştırılması (N=52) (devam)**

Görüşme sıklığı	Haftada birden fazla	19	36.5	23.00	
	Ayda bir	8	15.4	27.38	
	Yılda bir	1	1.9	36.00	**2.137
	Yılda birden daha az	2	3.8	23.50	0.711
	Birlikte yaşıyor	22	42.3	29.05	
				<i>*Mann Whitney U Testi kullanılmıştır.</i>	<i>p&lt;0.05</i>
				<i>**Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.</i>	<i>p&lt;0.05</i>

Katılımcıların yoğun bakım ünitesi farkındalığı ile kaygı durumlarına ilişkin özellikleri (Tablo 3) incelendiğinde; daha önce yoğun bakım ünitesinde hasta yakını olarak bulunanların (n=26) kaygı düzeyleri ile hayatlarında ilk kez bu deneyimi yaşayan katılımcıların kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (U=277.00; p>0.05).

Hastasının yatışından itibaren ilk kez ziyaret gerçekleştiren bireylerle (n=24), bu süreçte en az bir kez ziyaret eden hasta yakınlarının kaygı seviyeleri arasında anlamlı düzeyde fark tespit edilmedi (U=286.50; p>0.05).

Katılımcıların %42.3'ünün (n=22) hastayla beraber yaşadığı ve yatış sürecinden önce her gün görüştüğü belirlendi. Hastayla birlikte yaşayan katılımcıların, yaşamayanlara kıyasla kaygı durumları arasında anlamlı istatistiksel fark tespit edilmedi (U=274.00; p>0.05). Hasta ile farklı zaman aralıkları ile görüşme sıklığına sahip yakınlarının kaygı düzeyleri arasında da anlamlı istatistiksel fark tespit edilmedi ( $\chi^2=2.137$ ; p>0.05).



**Şekil 1. Katılımcıların Rahatsızlık Duyduğu Hastaya Bağlı Ekipmanların Dağılımı**

Katılımcılara hastasına bağlı ekipmanlardan en çok hangisinin rahatsız ettiğini göstermesi istendi. Bu soruda en çok katılımcıları rahatsız eden ekipman %42.3'le (n=22) endotrakeal tüp, ikinci en çok rahatsız eden ekipman ise %21 (n=11) ile santral venöz kateter oldu. Diğer ekipmanlar sırasıyla nazogastrik sonda (%9.6 n=5), trakeostomi kanülü (%9.6 n=5), arter kanülü (%7.7 n=4), CPAP maske (%5.8 n=3) ve fiziksel tespit (%3.8 n=2)'dir (Şekil 1).

### 6.3. Eğitim Öncesi ve Sonrası Kaygı Puan Ortalama Farklarının Karşılaştırılması

**Tablo 4. Katılımcıların Durumluk Kaygı Ortalamaları**

		Ortalama ±SS	Ortanca(min-max)	Z	p*
Kaygı Puanı	Ön Test	54.25±11.08	55.50 (31-72)	-6.131	0.000*
	Son Test	44.48±9.34	43.50 (26-63)		
		<i>Wilcoxon İşaretli Sıralartesti kullanılmıştır.</i>		<i>p&lt;0.01</i>	

Tablo 4'de görüldüğü üzere katılımcılara “Yoğun Bakım Ünitesi Ekipmanları ile İlgili” eğitim öncesi durumluk kaygı puan ortalamasının 54.25±11.08 (20-80), eğitim sonrası durumluk kaygı puan ortalamasının 44.48±9.34 (20-80) olduğu tespit edilmiş olup, Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonucuna göre ön test-son test puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu tespit edildi (z=-6.131; p<0.001).

**Tablo 5. Hastaya Bağlı Ekipman Sayısı ile Katılımcı Durumluk Kaygı İlişkisi**

		Eğitim Öncesi Kaygı Durumu	Eğitim Öncesi Sonrası Kaygı Puan Farkı
Ekipman Sayısı	r	0.090	0.147
	p	0.523	0.297
	N	52	52

\*Spearman's rho korelasyon analizi p<0.05

Örneklem grubunu oluşturan hastalara bağlı olan ekipman sayısı ile katılımcıların eğitim öncesi kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunup bulunmadığını belirlemek amacıyla yapılan Spearman's rho korelasyon analizi sonucunda değişkenler arasındaki ilişki anlamlı bulunmadı (r=0.090; p>0.05) (Tablo 5).

Hastalara takılı ekipman sayısı ile hasta yakınlarının YBÜ ekipman eğitimi ön test son test puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunup bulunmadığını belirlemek amacıyla yapılan Spearman's rho korelasyon analizi sonucunda değişkenler arasındaki ilişki anlamlı bulunmadı ( $r=0.147$ ;  $p>0.05$ ) (Tablo 5).

**Tablo 6. Hastaya Bağlı Ekipmanlar ile Ön Test Son Test Kaygı Puan Ortalamaları Farklarının Karşılaştırılması**

		n	Sıra ortalaması	Sıra toplamı	U	P
<b>Periferik Damar Yolu</b>	Var	17	24.03	408.50	255.50	0.411
	Yok	35	27.70	969.50		
<b>Santral Venöz Kateter</b>	Var	42	27.82	1168.50	154.50	0.196
	Yok	10	20.95	209.50		
<b>Arteriyel Kateter</b>	Var	49	27.27	1336.00	36.00	0.140
	Yok	3	14.00	42.00		
<b>Entübasyon Tüpü</b>	Var	24	29.63	711.00	261.00	0.167
	Yok	28	23.82	667.00		
<b>Trakeostomi Kanülü</b>	Var	8	24.44	195.50	159.50	0.674
	Yok	44	26.88	1182.50		
<b>Nazogastrik Sonda</b>	Var	37	26.38	976.00	273.00	0.927
	Yok	15	26.80	402.00		
<b>Üriner Kateter</b>	Var	51	26.55	1354.00	23.00	0.867
	Yok	1	24.00	24.00		
<b>CPAP Maske</b>	Var	4	20.13	80.50	70.50	0.379
	Yok	48	27.03	1297.50		

*Mann Whitney U Testi kullanılmıştır.*

*p<0.05*

Hastalarına bağlı olan ekipmanlar ile katılımcıların ön test son test kaygı puan ortalamaları farkları ile karşılaştırıldığında (Tablo 6); periferik damar yolu ( $U=255.50$ ;  $p>0.05$ ), santral venöz kateter ( $U=154.50$ ;  $p>0.05$ ), arteriyel kateter ( $U=36.00$ ;  $p>0.05$ ), entübasyon tüpü ( $U=261.00$ ;  $p>0.05$ ), trakeostomi kanülü ( $U=159.50$ ;  $p>0.05$ ), nazogastrik sonda ( $U=273.00$ ;  $p>0.05$ ), üriner kateter ( $U=23.00$ ;  $p>0.05$ ), CPAP maske ( $U=70.50$ ;  $p>0.05$ ) değişkenlerinin ön test-son test puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı tespit edildi.

**6.4. Eğitim Öncesi ve Sonrası Puan Ortalama Farkları ile Katılımcı Değişkenlerinin Karşılaştırılması ile İlgili Bulgular**

**Tablo 7. Katılımcıların Özellikleri ile Eğitim Öncesi ve Sonrası Kaygı Durumları**

		Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Kaygı Puan Ortalamaları Farkı				
		n	Sıra ortalaması	Sıra toplamı	*U/ ** $\chi^2$	P
Cinsiyet	Kadın	32	27.38	876.00	*292.00	0.597
	Erkek	20	25.10	502.00		
Yaş	20-34	5	19.00		**2.060	0.357
	35-64	41	28.00			
	65 ve üzeri	6	22.50			
Medeni Durum	Bekar	13	21.62	281.00	*190.00	0.178
	Evli	39	28.13	1097.00		
Çalışma Durumu	Evet	26	30.88	803.00	*224.00	<b>0.036</b>
	Hayır	26	22.12	575.00		
Eğitim Düzeyi	Okur Yazar Değil	1	29.00		**4.339	0.362
	İlköğrenim	23	26.00			
	Ortaöğrenim	12	32.46			
	Üniversite	11	25.55			
	Lisans üst ü	5	16.10			
Yakınlık Derecesi	Anne/Baba	2	33.25		**0.566	0.904
	Eş	8	24.38			
	Çocuk	31	26.69			
	Kardeş/Torun	11	26.27			
Daha Önce Ybü' de Yatan Akraba Varlığı Durumu	Evet	26	26.67	693.50	*333.50	0.934
	Hayır	26	26.33	684.50		
Hastayı Ybü' de İlk Kez Ziyaret Etme Durumu	Evet	24	29.27	702.50	*269.50	0.220
	Hayır	28	24.13	675.50		
Hastayla Birlikte Yaşama Durumu	Evet	22	29.02	638.50	*274.50	0.302
	Hayır	30	24.65	739.50		

\*Mann Whitney U Testi kullanılmıştır.

$p < 0.05$

\*\*Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

$p < 0.05$

Katılımcıların özellikleri ile YBÜ Ekipman Eğitimi ön test son test puan ortalamalarının farkı karşılaştırıldığında (Tablo 7); katılımcıların cinsiyeti ( $U=292.00$ ;  $p>0.05$ ), yaşı ( $x^2=2.060$ ;  $p>0.05$ ), medeni durumu ( $U=190.00$ ;  $p>0.05$ ), eğitim düzeyi ( $x^2=4.339$ ;  $p>0.05$ ), hastaya yakınlık derecesi ( $x^2=0.566$ ;  $p>0.05$ ), daha önce YBÜ'de yatan akraba varlığı durumu ( $U=684.50$ ;  $p>0.05$ ), hastayı YBÜ'de ilk kez ziyaret etme durumu ( $U=269.50$ ;  $p>0.05$ ) ve hastayla birlikte yaşama durumu ( $U=274.50$ ;  $p>0.05$ ) değişkenlerine göre ön test-son test puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı tespit edildi.

Katılımcıların çalışma durumuna göre durumluk kaygı ölçeği ön test-son test puan ortalamaları arasında gözlenen farkın ise anlamlı olduğu tespit edildi ( $U=224.00$ ;  $p<0.05$ ).

## 7.TARTIŞMA VE SONUÇ

### 7.1. Tartışma

Yoğun bakım ünitesine kabul, hem hasta hem de ailesinde strese ve krize neden olan, dengelerini tehdit eden bir olaydır (İşeri, 2010). Hasta yakınlarının duygusal bağı olan, yaşamlarının bir kısmında ya da tamamında beraber oldukları insanın yoğun bakımda savunmasız; bazen şuuru kapalı halde, kendileri ile iletişim kuramayan, kendi ihtiyaçlarını gideremeyen konumda, mekanik ventilasyon uygulanır iken görmeleri şüphesiz yorucu ve yıpratıcı bir durumdur (Özdemir,2012). Hasta yakınlarının YBÜ ortamının ve yapılan girişimlerin bilinmezliğinden kaynaklanan kaygı seviyesinin, basit terminoloji kullanılarak sözlü ve yazılı verilen eğitimle azalması amacı ile yapılan çalışmadan elde edilen bulgular literatür ışığında üç ana başlık altında tartışıldı;

- Hasta yakınlarının özellikleri ile müdahale öncesi durumluk kaygı seviyelerine ilişkin bulguların tartışılması
- Hasta yakınlarının özellikleri ve kaygı puan ortalama farkları ile katılımcı değişkenlerine ilişkin bulguların tartışılması,
- Eğitim öncesi ve sonrası kaygı puan ortalama farklarının karşılaştırılması ile ilgili bulguların tartışılması.

#### 7.1.1. Hasta yakınlarının özellikleri ile müdahale öncesi durumluk kaygı seviyelerine ilişkin bulguların tartışılması

Yoğun bakım hastalarının aileleri arasında anksiyete belirtilerinin dünyadaki birçok ülkede % 75'e ulaştığı bilinmektedir (Rusinova ve ark., 2014, Mistraletti ve ark., 2016, McAdam ve ark., 2010).

Çalışmada hasta yakınlarının kişisel özelliklerine yönelik bilgileri incelendiğinde (Tablo 1); %61.5'inin kadın, yaş aralığının 35-64 yaş grubu arasında (%78.9) olduğu, %75'inin evli olduğu, eğitim düzeylerine bakıldığında %44.2'sinin ilköğretim mezunu olduğu, %61.5'inin de gelir durumu dengeli olduğu belirlenmiştir. Hasta yakınlarının %78.8'inin hastanın birinci dereceden (anne, baba, eş, çocuk) yakını olduğu ve bunların %59.6'sı hastanın kızı/ oğludur. Ayrıca

bireylerin %35.6'sının kronik bir hastalığının olduğu tespit edildi.

Katılımcılara müdahale öncesi yapılan durumluk kaygı envanter sonuçları analiz edildiğinde; hasta yakınlarının sosyodemografik özelliklerinden cinsiyet değişkeni dışında diğer değişkenlerinin (yaş, medeni durum, eğitim durumu vb.) bireylerin durumluk kaygı düzeylerini etkilemediği görüldü (Tablo 1). Yapılan araştırmalar yoğun bakım ünitelerinde hasta yakını olarak bulunan kadınların kaygı eğilimlerinin, erkeklerden daha fazla olduğunu göstermektedir (Delva ve ark., 2002; Haines ve ark., 2015; Acaroğlu ve ark., 2008; Wartella ve ark., 2009; Paparrigopoulos ve ark., 2006; Kentish ve ark., 2009; Mistraletti ve ark., 2016; Chui ve Chan, 2007; Karaman, 2011). Yapılan çok merkezli bir çalışmada, kadınların erkeklere oranla daha sık ve şiddetli duygusal reaksiyon gösterdikleri ve daha yüksek anksiyete semptomları gösterme riski olduğu tespit edilmiş (Pochard ve ark., 2001); farklı bir çalışmada, hasta yakınlarındaki yüksek anksiyete düzeyinin kadın cinsiyet faktörü ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (McAdam ve ark., 2010). Lins-Fumis ve Deheinzelin (2009) kanser hastalarının yakınlarında yaptıkları çalışmada, hasta yakınları erkek ve kadın olarak karşılaştırıldığında, erkeklerde hem anksiyete hem de depresyon seviyesi belirgin olarak düşük bulunmuştur. Ancak Anderson ve arkadaşlarının (2009) yaptıkları çalışmada, hasta yakınlarının verilen bilgileri yeteri kadar anlamamalarının daha çok kaygı duymalarına sebep olduğu ve hastaları hakkında kararlara katılırken daha çekingen oldukları gözlemlenmiş, kaygı düzeyleri ile cinsiyet değişkeni arasında ilişki tespit edilmemiştir (Anderson ve ark., 2009; Maruiti ve ark., 2007).

Çalışma literatürle paralellik göstererek; hasta yakını olarak bulunan kadınların, erkeklere göre kaygı seviyelerinin daha yüksek bulunduğunu gösterdi ( $U=198.00$ ;  $p<0.05$ ) (Tablo 1).

Yoğun bakımda hastası olan ailelere yapılan araştırmalarda, hasta yakınlarının yaşı ile anksiyete/ kaygı düzeyleri arasında ilişki saptanmamıştır (Paparrigopoulos ve ark., 2006; Maruiti ve ark., 2007; Chui ve Chan, 2007; Karaman, 2011). Buna karşın Anderson ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında anksiyete ve depresyon genç yaşla ilişkili bulunmuştur. Bu çalışmada eğitim müdahalesi öncesi kaygı seviyesi ölçüldüğünde; hasta yakınların yaşı ile kaygı seviyesi arasında ilişki tespit edilmedi ( $x \leq 3.843$ ;  $p>0.05$ ) (Tablo 1).

Katılımcıların medeni durumu ile kaygı durumları arasındaki ilişki sorgulanırken; evli olan bireylerin eşlerinden sosyal destek alacağı ve kaygı seviyelerinin bekar olanlara göre düşük olacağı sahadaki gözlemler neticesinde düşünülerek araştırma sorularına eklenen değişken, hasta yakınlarının medeni durumlarının kaygı seviyelerini anlamlı düzeyde etkilemediğini gösterdi ( $U=232.00$ ;  $p>0.05$ ) (Tablo 1).

Yapılan çalışmalarda hastanın özellikle anne, baba ve eşlerinin yoğun bakım ünitesine yatışı nedeniyle yoğun stres altında oldukları belirtilmektedir (Lange, 2001; Akkaş, 1993; Mollaoğlu, 1997). YBÜ’nde hasta eşleri ile çocukları arasındaki anksiyete düzeylerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada eşlerin yüksek düzeyde anksiyete sergiledikleri görülmüş (Pochard ve ark., 2001; Azoulay ve ark., 2005); Pochard ve arkadaşları (2001) çalışmalarında, hasta yakınlarının eşlerinde anksiyete ve depresyon semptomlarının görülme oranlarının diğer hasta yakınlarından daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Anderson ve arkadaşları (2009) çalışmasında yakınlık derecesi ile anksiyete ve depresyon arasında ilişki saptamamışlardır. Çalışmada hastayla eş, anne/ baba, çocuk ya da torun ilişkisinde olmanın kaygı seviyesini arttırmadığı görüldü ( $\chi^2=4.519$ ;  $p>0.05$ ) (Tablo 1).

Anderson ve arkadaşları (2009) yaptıkları çalışmada, üniversite eğitimi almamış hasta yakınlarının, hasta hakkında karar verme durumunda pasif kalmayı tercih etme ve kaygı yaşama ihtimalinin daha yüksek olduğunu, Azoulay ve arkadaşları (2005) YBÜ’deki hastası hakkında verilen bilgileri anlamakta zorlanan hasta yakınlarının, daha çok PTSD yaşadıklarını tespit etmişlerdir. Paparrigopoulos ve arkadaşları (2006), yoğun bakım hasta yakınlarına yaptıkları çalışmada, eğitim düzeyi düşük olan olgularda PTSD semptomlarının daha yüksek görüldüğünü bulmuşlardır. Chui ve Chan (2007) yaptıkları çalışmada, düşük eğitim seviyesine sahip hasta yakınlarının stres seviyelerinin daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Maruiti ve arkadaşlarının (2008) yaptıkları çalışmaya göre, hasta yakınlarının yükseköğretim eğitimi almış olmalarının, hasta hakkında verilen bilgileri daha iyi anlamalarını sağladığı görülmüştür. Ancak Karaman’ın YBÜ hasta yakınlarının anksiyete ve depresyon açısından değerlendirdiği çalışmasında eğitim düzeyinin anksiyete ve depresyon semptomlarının görülmesine anlamlı bir etkisinin bulunmadığı tespit edilmiştir. Çalışmada hasta yakınları arasında var olan eğitim seviye farklılıklarının yaşanılan kaygı duygusunu etkilemediği görüldü ( $\chi^2=6.411$ ;  $p>0.05$ ) (Tablo 1).

Katılımcıların çalışma durumu ile kaygı durumları arasındaki ilişkiye bakıldığında; ünitenin ziyaret saatlerinin (14:00-16:00) mesai saatleri (08:00-17:00) içinde olduğu; çalışan bireylerin hastalarını ziyaret ederken problem yaşama ihtimalinin oluşabileceği ve bundan kaynaklı kaygı duygularının artabileceği düşünüldü. Ancak çalışma verileri incelendiğinde; çalışan hasta yakınları ile çalışmayanların kaygı düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı fark görülmedi ( $U=326.00$ ;  $p>0.05$ ) (Tablo 1).

Yaşanılan mesleki tecrübeler sonucunda, hasta yakınların sosyoekonomik düzeyinin azalmasıyla kaygı seviyesinin arttığı gözlemlenmesi neticesinde bu husus irdelendi; ancak çalışma verileri katılımcıların gelir durumları arasındaki farklılıkların kaygı seviyesini değiştirmedeğini ortaya koydu ( $\chi^2=3.699$ ;  $p>0.05$ ) (Tablo 1).

Hasta yakınlarının daha önce YBÜ hastası ya da yakını olarak bulunmaları yaşadıkları kaygı için hafifletici bir faktördür (Jones ve ark., 2012; McAdam ve ark.,2012; Sundararajan ve ark., 2014). Lewis ve Taylor'ın (2017) çalışmalarında; son iki yıl içerisinde kendileri ya da bir aile üyesi üzerinden YBÜ tecrübesi olan kişilerin, deneyimsiz olanlardan anlamlı derecede yüksek anksiyete, depresyon ve akut stres bozukluğu semptom skorlarına sahip oldukları görülmüştür. Karaman'ın (2011) çalışması ise hasta yakınlarının daha önce YBÜ'de hastası olması yani deneyime sahip olmalarının anksiyetelerini etkilemediğini ortaya koymuştur. Çalışmada hasta yakınlarının %50'sinin daha önce yoğun bakım ünitesinde hastasının olmadığı, %46.2'sinin de ilk ziyaretleri olduğu tespit edildi (Tablo 3), daha önce yoğun bakım ünitesinde yatan akrabası olmayanlar daha çok hasta hakkında bilgi gereksinimine ihtiyaç duyduğu (Bayraktar, 2016) göz önüne alındığında, hasta yakınlarının hastaneye uyum sağlamasında zorluklar yaşayacağı düşünüldü. Ancak daha önce yoğun bakım ünitesinde hasta yakını olarak bulunan ve/veya hasta ziyareti gerçekleştirmiş katılımcıların kaygı düzeyleri ile hayatlarında ilk kez bu deneyimi yaşayan katılımcıların kaygı düzeyleri arasında anlamlı fark tespit edilmedi (Tablo 3).

Hastayla birlikte yaşayan aile bireylerinde anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğu ortaya konulmuştur (Rusinova ve ark., 2014). Bu çalışmada hasta

yakınlarının %42,3'ünün hastayla birlikte yaşadığı ve yatış sürecinden önce her gün görüştüğü (Tablo 3) görüldü. Hastayla beraber yaşayan kişilerin, yaşamayanlara göre durumluk kaygı düzeylerinde anlamlı farklılık saptanmadı. Literatüre bakıldığında bu konuda yapılmış bir araştırmaya rastlanmadı.

### **7.1.2. Hasta yakınlarının özellikleri ve kaygı puan ortalama farkları ile katılımcı değişkenlerine ilişkin bulguların tartışılması**

Bu çalışmada hastaya uygulanan girişimler ve hastanın tedavisini gerçekleştirirken kullanılan cihaz/ekipmanların anlatılmasından sonra hasta yakınının sosyodemografik özellikleri ile durumluk kaygı puan ortalama farkı arasında ilişki tespit edilmedi (Tablo 7). Mistraletti ve arkadaşları (2016) YBÜ araçları ve uygulamalarını içeren eğitim programı öncesi hasta yakınlarının anksiyeteleri ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı fark bulamamış, eğitim sonrası da hasta yakınlarının yükseköğretim düzeyine sahip olmalarının, daha fazla PTSD ile ilişkilendiğini bulmuşlardır. Bu bilgiler ışığında hasta yakınlarının eğitim seviyesi yükseldikçe verilen bilgileri anlamalarının artması ve kaygı seviyelerinin azalacağı düşünülmüş ancak mevcut çalışma sonucunda eğitim düzeyi ile verilen eğitimin kaygı seviyesi arasındaki farkların anlamlı olmadığı görüldü (Tablo 7). Ayrıca aynı çalışmada; eş ilişkisi içerisinde olan yakınların daha fazla PTSD yaşadığı görülmüştür (Mistraletti ve ark, 2016). Çalışmada verilen ekipman eğitiminin yakınlık derecesi ile hasta yakınlarının kaygılarına etkisi olmadığı görüldü (Tablo 7).

Verilen yaşam destek ekipman eğitimi öncesi ve sonrası kaygı puan ortalamaları ile katılımcıların özellikleri karşılaştırıldığında; hasta yakınlarının sosyodemografik özellikleri (çalışma durumu hariç), hastaya yakınlığı, beraber yaşama durumu ve yoğun bakım deneyimleri değişkenleri arasındaki farkın anlamlı olmadığı; verilen eğitimin sosyodemografik, YBÜ tecrübesi ve hastaya olan yakınlık farklılıkları gözlemlesiz tüm hasta yakınları için etkin ve faydalı olduğu, eğitimden eşit yararlandıkları tespit edildi (Tablo 7).

Hasta yakınlarının kişisel özellikleri ile verilen eğitimin kaygı düzeyleri üzerine etkisi incelendiğinde ise (Tablo 7); katılımcıların yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi ve hastaya akrabalık düzeyleri arasındaki farkların anlamlı olmadığı görüldü.

YBÜ'nde hastası olan, herhangi bir işte çalışmayan hasta yakınlarında,

çalışanlara göre anksiyete görülme sıklığı yüksektir (Karaman, 2011). Araştırma, katılımcıların çalışma durumu ile eğitim öncesi ve sonrası durumluk kaygı seviyeleri arasında gözlenen farkın anlamlı olduğu (Tablo 7), çalışan hasta yakınlarının kaygılarının azaldığı ve eğitimin etkinliğinin arttığı tespit edildi.

Mistraletti ve arkadaşları YBÜ araçları ve uygulamalarının anlatıldığı eğitim programı ile hasta yakınlarının ventilasyonu anlama oranlarının yükseldiğini ortaya koymuşlardır. Çalışmaya katılan hasta yakınlarını en çok entübasyon tüpünün (%42.3) rahatsız ettiği (Şekil 1) bulgusundan yola çıkarak bilgi eksikliğinden kaynaklı kaygının olduğu düşüncesinin aksine verilen eğitimle durumluk kaygı düzeyleri arasında farkın anlamlı olmadığı tespit edildi.

### **7.1.3. Eğitim öncesi ve sonrası kaygı puan ortalama farklarının karşılaştırılması**

YBÜ’ de yatan hastaların yakınlarının gereksinimlerini saptamak amacıyla yapılan çalışmalarda en önemli olarak algıladıkları gereksinimlerin başında bilgi eksikliği geldiği görülmektedir (Khalaila, 2014; Ünver, 2003; Kosco ve Warren, 2000; Chaitin ve ark., 2007; Bahçivan ve ark., 2011; Pochard ve ark., 2005). Bilgi eksikliği gereksiniminin karşılanmaması YBÜ memnuniyet değerlendirilmelerine de düşük olarak yansımıştır (Erden ve ark., 2010; Stricker ve ark., 2009; Akıncı ve ark., 2004; Hunziker ve ark., 2012; Azoulay ve ark., 2000; Yousefi ve ark., 2012; Appleyard ve ark., 2000; Mitchell ve ark., 2009). Ziyaret uygulaması yapılan yoğun bakım ünitelerinde, hasta ailesine ortamla ilgili bilgi verilmesi ve ailenin desteklenmesi önemlidir (Taşdemir ve Özşaker, 2007). Yapılan çalışmalarda hasta yakınlarının kullanılan cihazlar konusunda bilgi alma beklentileri olduğu belirlenmiştir (Kaya ve ark., 2006; Çalış, 2013). Bayraktar’ın (2016) çalışmasında erişkin YBÜ’de hastaya sahip aile bireylerinin “Birisinin hastam için kullanılan cihazları açıklaması’ gereksinimlerinin karşılanma düzeyleri düşük olduğu görülmüştür.

Yoğun bakım ünitesinin teknolojik ortamı aileler için oldukça stres verici bir ortamdır. Monitörler infüzyon pompaları, ventilatörler, ailelerin stresini artıran çevresel faktörlerdir ve aile bireylerinde korku yaratır. Bu nedenle YBÜ’ye girmeden önce karşılaşılabilecekleri araçlar ve görüntüler konusunda ailelere açıklama yapılarak, onların uyumunu kolaylaştırarak rahatlamalarını sağlayacaktır (Sekmen ve Hatipoğlu,

1999). Hastaya uygulanan girişimler ve YBÜ ekipmanları ile ilgili verilen eğitimin kaygı düzeyi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular bu bölümde literatür ışığında tartışılacaktır.

Çalışmada katılımcıların “Yoğun Bakım Ünitesi Ekipmanları ile İlgili” eğitim öncesi durumluk kaygı puan ortalamasının (Tablo 4)  $54.25 \pm 11.08$  (20-80), eğitim sonrası durumluk kaygı puan ortalamasının  $44.48 \pm 9.34$  (20-80) olduğu ve puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptandı ( $p < 0.001$ ). Verilen eğitimin kaygı seviyesini anlamlı ölçüde düşürdüğü görüldü. Böylece, araştırmanın H1 hipotezinin doğrulandığı belirlendi.

Hastaya uygulanan invaziv ve non-invaziv girişim sayısı arttıkça hasta yakınlarının kaygı seviyelerinin artacağı düşüncesinin aksine, takılı ekipman sayısı ile kaygı düzeyinin ilişkili olmadığı tespit edildi ( $p > 0.05$ ) (Tablo 5). Verilen eğitimle kaygı puan ortalamaları farkının, takılı ekipman sayısı ile ilişkili olmadığı, hastaya bağlı ekipman sayısının artmasının hasta yakınlarının kaygı düzeyini etkilemediği görüldü ( $p > 0.05$ ) (Tablo 5).

Hasta yakınlarını en çok rahatsız eden aracın entübasyon tüpü olduğu, (Şekil 1). bu veriden yola çıkarak entübe olan hastaların yakınlarının kaygı düzeyinin yüksek olması beklenilmesine karşın, entübe olmayan hastaların yakınlarına göre kaygı seviyelerinde anlamlı fark olmadığı saptandı. Ayrıca diğer tüm ekipmanların hastalarında var olması (arteriyel kateter, santral venöz kateter vb.) katılımcıların kaygı durumunu etkilememektedir ( $p > 0.05$ ) (Tablo 6).

Grossbach ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada entübasyon ve mekanik ventilasyon konusunda bilgilendirme ile hasta ve yakınlarının anksiyetelerinin azalacağı, Anderson ve arkadaşlarının (2009) yaptıkları çalışmada da, hastaların tıbbi durumu hakkında hasta yakınlarının yeteri kadar bilgilendirmenin, onların stres seviyelerini azaltabileceği ifade edilmiştir. Yoğun bakım ünitesindeki hasta yakınlarına hemşireler tarafından ihtiyaç temelli eğitim programı uygulanan bir çalışmada ise; eğitim verilen hasta yakınlarının psikososyal gereksinim yönünden daha memnun olduklarını ve kontrol grubuyla karşılaştırıldığında daha düşük kaygı düzeyine sahip oldukları tespit edilmiştir (Chien ve ark., 2006). Yine aynı çalışmadan elde edilen bulgular neticesinde kritik bir hastalığı olan hastaların

hastanede yatışının ilk birkaç günü boyunca aile üyelerinin iyi yapılandırılmış ve uygun eğitimin sistematik planlanması gerekliliği vurgulanmıştır. Azoulay ve arkadaşlarının (2005) YBÜ’de tedavi gören hastası hakkında verilen bilgileri anlamakta zorlanan hasta yakınlarının, daha çok PTSD yaşadıklarını tespit etmişlerdir. Hasta yakınlarının çeşitli biçimlerde (yazılı ve sözlü) tekrarlanan bilgilere sahip olmaları gerektiği McAdam ve arkadaşları (2010) tarafından, hasta yakınlarının bilgilendirilmesi için geliştirilen; basitçe standartlaştırılmış yazılı bilgiler sunan broşürün kullanılmasının hasta yakınlarında PTSD semptomlarını azalttığını göstermişlerdir. Lautrette ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında da bu sonucu destekler sonuçlar elde edilmiştir. Azoulay ve arkadaşlarının (2000) yaptıkları bir diğer çalışmada tıbbi terim ağırlıklı anlatım ve yeterli zaman ayrılmaması hasta yakınlarının yarısının hastasının tanısı, prognozu ve tedavi süreci ile ilgili konularda anlama eksikliğine neden olduğunu göstermiştir. Yapılan diğer çalışmalarda ise yeterli bilgi alan hasta yakınlarının anksiyete ve depresyon semptomlarında azalma sağlandığı görülmüştür (Karaman, 2011; Johnson ve ark., 1998; Azoulay ve ark., 2000). Ayrıca YBÜ araçları, uygulamaları ve daha bir çok konuyu içeren broşür ve web sitesinin, akrabaların tıbbi tedaviyi daha iyi anlamalarına yardımcı olduğu ve PTSD semptomlarının azalması ile ilişkilendirildiği çalışmayı Mistraletti ve arkadaşları 2016 yılında İtalya da yapmışlardır. Broşür ve web sitesinin faydasını, sürekli kullanılabilir olması konusunda görüş bildirmişlerdir. Tokur ve arkadaşlarının (2016) yaptıkları çalışma hasta yakınlarının hasta yatışının ilk gününden itibaren YBÜ yatış tanısı ve yapılan girişimler ile ilgili daha detaylı bilgilendirmeleri gerekliliğini ortaya koymuş ve ülkemizde mevcut YBÜ hizmet kalitesinin daha iyi hale getirilmesi için hasta yakını ile etkin iletişimin hedef alınacağı protokollerin geliştirilmesi sonucuna varılmıştır.

Bu bulgular mevcut araştırmadan elde edilen bulgular ile paralellik göstermektedir.

## **7.2. Sonu çar**

Çalışmanın sonuçlarına göre;

Yoğun bakım ünitesinde hasta yakını olarak bulunan kadınların, erkeklere göre kaygı seviyelerinin daha yüksek olduğu, diğer sosyodemografik özelliklerin (yaş,

medeni durum, eğitim durumu, hastaya yakınlık derecesi vb.) ve YBÜ deneyimine sahip olmanın bireylerin durumluk kaygı düzeylerini etkilemediği, verilen YBÜ ekipmanları eğitiminin hasta yakınlarının kaygı düzeylerini anlamlı ölçüde düşürdüğü ve yararlı olduğu, verilen eğitimin sosyodemografik özellik (çalışma durumu hariç) ve YBÜ tecrübesi farklılıkları gözetmeksizin tüm hasta yakınlarının eğitimden eşit yararlandığı, ekipman eğitimi verilen hasta yakınlarından çalışanların kaygı seviyelerinin anlamlı düzeyde çalışmayanlara göre düşük olduğu, hastaya takılı ekipman sayısı ile kaygı düzeyinin ilişkili olmadığı, hasta yakınlarını en çok rahatsız eden aracın entübasyon tüpü olduğu, entübe olan hasta yakınlarının, olmayanlara göre kaygı seviyelerinde anlamlı fark olmadığı saptandı.

### **7.3. Öneriler**

YBÜ’de kullanılan tıbbi cihazların ve ekipmanların niteliklerini içeren yazılı, anlaşılır materyallerin hazırlanıp hasta yakınlarının bilgilendirilmesi yararlı olacaktır. Böylece hasta yakınlarının yeterli bilgilendirilmesiyle psikolojik olarak desteklemek sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesine olanak sağlayacaktır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar çerçevesinde;

Yoğun bakım ünitelerinde hasta yakınlarına verilen eğitimlere (el hijyen ve önemi, enfeksiyon önlemleri, kliniğin ve klinik personelinin tanıtılması, ziyaret ve ziyaret saatleri, doktor ve hemşireye nasıl ulaşılabileceği vb.) ek olarak yaşam destek ekipmanları eğitiminin de eklenmesi,

YBÜ’de ailenin ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik müdahalelerin etkinliğini araştırmak için özellikle randomize kontrollü çalışmalar gibi daha ileri deneysel çalışmalar yapılması, önerilir.

## 8. KAYNAKLAR

Acaroğlu R, Kaya H, Şendir M, Tosun K, Turan Y. Levels of anxiety and ways of coping of family members of patients hospitalized in the Neurosurgery Intensive Care Unit. *Neurosciences* . 2008;13(1):41–45.

Adsay E, Dedeli Ö. Yoğun bakım ünitesinden taburcu olan hastaların yoğun bakım deneyimlerinin değerlendirilmesi. *Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Dergisi*. 2015;6(3):90.

Akbal Ergün Y, Demir H, Sağnak N. Yoğun bakım hemşirelerinin görev tanımları ile ilgili alışma. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2007;11(2):102-113.

Akgün Őahin Z, Polat H, Ergüney S. Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2009;12(2):1-9.

Akıncı S.B, Salman N, Kanbak M, Aypar Ü. Yoğun bakımda aile memnuniyetinin değerlendirilmesi. *Türk Anestezi ve Reanimasyon Dergisi*. 2004;32:130-8.

Akkaş A. Yoğun Bakım Ünitesinde hastası olan ailelere yardım. *Türk Hemşireler Dergisi*. 1993;43(1):26-27.

Akpir K. Türk Anestezi Tarihi. *Türk Anestezi ve Reanimasyon Dergisi*. 2012. 8.  
Akpir K. Yoğun bakım serüveni: Dün bugün. *Türk Yoğun Bakım Dergisi*. 2002;1(1):6 12.

Aktaş Y. Yoğun Bakımda Hasta ve Ailesiyle İletişim. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Dergisi*. 2016; 1(3).

Andersen E. W, Ibsen B. The anaesthetic management of patients with poliomyelitis and respiratory paralysis. *British Medical Journal*. 1954;1(4865):786.

Anderson W.G, Arnold R.M, Angus D.C, Bryce C.L. Passive Decision-making preference is associated with anxiety and depression in relatives of patients in the intensive care unit. *Journal of Critical Care*. 2009;24(2):249-254.

Appleyard M.E, Gavaghan S.R, Gonzalez C, Ananian L, Tyrell R, Carroll D.L. Nurse coached interventions for the families of patients in critical care units. *Critical Care Nurse*. 2000;20(3):40-48.

Atıcı E. Elazığ Merkeze Bağlı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonları Çalışanlarının Durumluk/Sürekli Kaygı Durumunun İncelenmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, Elazığ (Danışman: Doç. Dr. S Deveci).

Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Ankara: HYB Basın Yayın; 2007, s:153- 163.

Aykin Ç. Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Ailelerin Gereksinimleri. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. G Aksoy).

Azoulay E, Chevret S, Leleu G. Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. *Critical Care Medicine*. 2000;28(8):3044-3049.

Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, Chevret S, Aboab J, Adrie C, Annane D, Bleichner G, Bollaert P.E, Darmon M, Fassier T, Galliot R, Garrouste Orgeas M, Goulenok C, Goldgran Toledano D, Hayon J, Jourdain M, Kaidomar M, Laplace J, Larche J, Liotier J, Papazian L, Poisson C, Reignier J, Saidi F, Schlemmer B. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine*. 2005;171(9):987-994.

Bahçivan G, Sütçüççek H, Tangül Özcan C. Yoğun bakımda yatan hasta ve yakınlarıyla iletişim. *İç Hastalıkları Dergisi*. 2011;18:117- 122.

Berthelsen P. G, Cronqvist M. The first intensive care unit in the world: Copenhagen 1953. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 2003;47(10):1190-1195.

Chien W.T, Chiu Y.L, Lam L.W, Ip W.Y. Effects of a needs-based education programme for family carers with a relative in an intensive care unit: A quasiexperimental study. *International Journal of Nursing Studies*. 2006;43(1): 39-50.

Chui W.Y.Y, Chan S.W.C. Stress and coping of Hong Kong Chinese family members during a critical illness. *Journal of Clinical Nursing*. 2007;16(2):372–381.

Çalık F, Yılmaz A, Şentürk U, Akdeniz H, Sertbaş K. Otistik Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Durumluluk ve Sürekli Kaygı. *Spor Yönetimi ve Bilgi Teknolojileri*. 2015;10(2):13-21.

Çalış A. Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Yakınlarının Gereksinimlerinin Karşılama Düzeyine Yönelik Bir Değerlendirme. IV. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi. Sözel bildiri. 2013. Cilt 1. Ankara.

Çelikel T. Dünyada ve Türkiye’de Yoğun Bakım Uzmanlığı. *Yoğun Bakım Dergisi* 2001;1(1):5-9.

Dedeli Ö, Durmaz Akyol A. Yoğun bakım hastalarında psikososyal sorunlar. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2008; 12(1):26- 32.

Delva D, Vanoost S, Bijttebier P, Lauwers P, Wilmer A. Needs and feelings of anxiety of relatives of patients hospitalized in intensive care units: implications for social work. *Social Work in Health Care*. 2002;35(4):21–40.

Eldredge D. Helping at the bedside: Spouses' preferences for helping critically ill patients. *Research in nursing&health*. 2004;27(5):307-321.

Erbaş M.K, Küçük V. Üst düzey basketbolcularda durumluluk kaygı düzeylerinin farklı değişkenlere göre karşılaştırılması. *Selçuk Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilim Dergisi*. 2012;14 (2): 257-261.

Erden İ.A, Pamuk A.G, Akıncı S.B, Turgut H.C, Sarıcaoğlu F, Aypar Ü. Yoğun Bakım Ünitesinde aile memnuniyetinin değerlendirilmesi. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*. 2010;8:18-25.

Erdil F, Elbaş N.Ö, Bayraktar N, Sevilay S.Ş, Ünlü H. Hasta yakınlarının ameliyat öncesi döneme ilişkin bilgi gereksinimleri ameliyat beklerken yaşadıkları duyguları ve ameliyathane bekleme salonuna ilişkin görüşleri. *Hemşirelik Forumu Dergisi*. 2000;3(6):1-5.

Fumis R.R.L, Deheinzelin D. Family members of critically ill cancer patients: Assessing the symptoms of anxiety and depression. *Intensive Care Medicine*. 2009;35(5):899– 902.

Grossbach I, Stranberg S, Chlan L. Promoting effective communication for patients receiving mechanical ventilation. *Critical Care Nurse*. 2011; 31(3): 46-63.

Gürkan A. Bütüncül yaklaşım: Yoğun bakımda hastası olan aile üyeleri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2009; 13(1):1-5.

Haines K.J, Denehy L, Skinner E.H, Warrillow S, Berney S. Psychosocial outcomes in informal caregivers of critically ill: a systematic review. *Critical Care Medicine*. 2015;43(5):1112–1120.

Hintistan S, Nural N, Öztürk H. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların deneyimleri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2009;13(1):40-46.

Hunziker S, McHugh W, Sarnoff-Lee B, Cannistraro S, Ngo L, Marcantonio E, Howell M.D. Predictors and correlates of dissatisfaction with intensive care. *Critical Care Medicine*. 2012;40(5):1554-1565.

Johansson Wojnicki G. Communication between nurse and patient during ventilator treatment: Patient reports and RN (registered nurse) evaluations. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2001;17(1):29-39.

Johnson D, Wilson M, Cavanaugh B, Bryden C, Gudmundson D, Moodley O. Measuring the ability to meet family needs in an intensive care unit. *Critical Care Medicine*. 1998;26(2):266-271.

Jones C, Bäckman C, Griffiths R.D. Intensive care diaries and relatives' symptoms of posttraumatic stress disorder after critical illness: A pilot study. *American Journal of Critical Care*. 2012;21(3):172–176.

Karaman Z. Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Yakınlarının Anksiyete ve Depresyon Açısından Değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2011, Ankara (Danışman: Yrd. Doç. Dr. A Mahli).

Kaplan S, Bahar A, Sertbaş G. Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2007; 10 (1):113-121.

Kaya H, Bolat S, Turan Y, Şendir M, Acaroğlu R. Nöroşirürji yoğun bakım ünitesinde hastası olan aile üyelerinin hemşirelerden beklentileri ve memnuniyet durumu. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*.2006;14(57):87-98.

Kentish-Barnes N, Lemiale V, Chaize M, Pochard F, Azoulay E. Assessing burden in families of critical care patients. *Critical Care Medicine*. 2009;37(10):448–456.

Khalaila R. Meeting the needs of patients' families in intensive care units. *Nursing Standard (2014+)*. 2014;28(43):37.

Kutlu L. Yoğun bakım ünitelerinde sağlık ekibi üyeleri, hasta ve yakınları ile iletişim. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2007; 11(1):35-41.

Lange M.P. Family stress in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*. 2001;29(10):2025-2026.

Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, Joly L.M, Chevret S, Adrie C, Barnoud D, Bleichner G, Bruel C, Choukroun G, Curtis R, Fieux F, Galliot R, Garrouste Orgeas M, Georgers H, Goldgran Toledano D, Jourdain M, Loubert G, Reignier J, Saidi F, Souweine B, Vincent F, Barnes K.N, Pochard F, Schlemmer B, Azoulay E. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *New England Journal of Medicine*. 2007;356(5):469-478.

Lewis C.L, Taylor J.Z. Impact of prior ICU experience on ICU patient family members' psychological distress: A descriptive study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2017;43:129-135.

Manav F. Kaygı kavramı. *Toplum Bilimleri Dergisi*. 2011;5(9):201-211.

Maruiti M.R, Galdeano L.E, Dias Farah O.G. Anxiety and depressions in relatives of patients admitted in intensive care units. *Acta Paulista Enfermagem*. 2008;21(4):636-642.

McAdam J.L, Dracup K.A, White D.B, Fontaine D.K, Puntillo K.A. Symptom experiences of family members of intensive care unit patients at high risk for dying. *Critical Care Medicine*. 2010;38(4):1078-1085.

McAdam J.L, Fontaine D.K, White D.B, Dracup K.A, Puntillo K.A. Psychological symptoms of family members of high-risk intensive care unit patients. *American Journal of Critical Care*. 2012;21(6), 386–394.

Mistraletti G, Umbrello M, Mantovani E.S, Moroni B, Formenti P, Spanu P, Anania S, Andrichi E, Carlo A, Martinetti F, Vecchi I, Palo A, Pinna C, Russo R, Francesconi S, Valdambri F, Ferreti E, Radeschi G, Bosco E, Malacarne P, Lapichino G. A family information brochure and dedicated website to improve the ICU experience for patients' relatives: An Italian multicenter before-and-after study. *Intensive Care Medicine*. 2017;43(1):69-79.

Mitchell M, Chaboyer W, Burmeister E, Foster M. Positive effects of a nursing intervention on family-centered care in adult critical care. *American Journal of Critical Care*. 2009;18(6):543-552.

Mollaoğlu M. Kritik bakım ünitelerinin duyuşal girdilere etkileri ve hemşirelik girişimleri. *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi*. 1997;1(2):86-90.

Molter N.C. Needs of relatives of critically ill patients: A descriptive study. *HeartLung*. 1979; 8(2):332-339.

Öner N, Le Compte A, Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları; 1983.

Öner N, Le Compte A, Süreksiz Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi; 1998, s:1- 26.

Öner N, Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testlerden Örnekler. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi; 2008,s: 448- 510.

Önsöz S.B. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölümüne Karşı Tutumları İle Ruhsal Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013, İzmir (Danışman: Prof. Dr. M Çam).

Özdemir Ö. Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hasta Yakınlarının Memnuniyet Değerlendirmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009, Afyon (Danışman: Yrd. Doç. Dr. C Koçoğulları).

Özgürsoy B.N, Durmaz Akyol A. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların ailelerinin gereksinimleri. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2008; 12(1-2): 33-38.

Paparrigopoulos T, Melissaki A, Efthymiou A, Tsekou H, Vadala C, Kribeni G, Pavlou E, Soldatos C. Shortterm psychological impact on family members of intensive care unit patients. Journal of Psychosomatic Research. 2006;61(5):719–722.

Pekin İşeri Ö. Yoğun Bakım Ünitesinde Hastası Olan Aile Bireylerinin Gereksinimlerinin Aile Bireyleri Ve Hemşireler Tarafından Algılanma Durumu. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2010, Sivas (Danışman: Doç. Dr. H Tel).

Pochard F, Azoulay E, Chevret S, Lemaire F, Hubert P, Canoui P, Grassin M, Zittoun R, Le Gall J.R, Dhainaut J.F, Schlemmer M. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: Ethical hypothesis regarding desicionmaking capacity. Critical Care Medicine. 2001;29(10):1893-1897.

Pochard F, Darmon M, Fassier T, Bollaert P.E, Cheval C, Coloigner M, Asri M, Moulront S, Pigne E, Pingat J, Zahar J.R, Schlemmer B, Azoulay E. Symptoms of

anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study. *Journal of Critical Care*.2005;20(1):90-96.

Rusinova K, Kukal J, Simek J, Cerny V. Limited family members/staff communication in intensive care units in the Czech and Slovak Republics considerably increases anxiety in patients' relatives—the DEPRESS study. *BMC Psychiatry*. 2014;14(1), 21.

Sabuncu N, Senturan L, Gulseven B. Visiting ICUs: The opinions of nurses and patients' relatives. *Connect: The World of Critical Care Nursing*. 2001;1(3):83-86.

Sekmen K, Hatipoğlu S. Yoğun bakım ünitesi teknolojik ortamının hasta ve ailesi üzerine etkileri. *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi*. 1999;3(1):22-26.

Stricker K.H, Kimberger O, Schmidlin K, Zwahlen M, Mohr U, Rothen H.U. Family satisfaction in the intensive care unit: What makes the difference? *Intensive Care Medicine*. 2009;35(12):2051.

Sundararajan K, Martin M, Rajagopala S, Chapman M.J. Posttraumatic stress disorder in close relatives of intensive care unit patients' evaluation (PRICE) study. *Australian Critical Care*. 2014;27(4):183–187.

Şahinoğlu A. Yoğun bakım ve yoğun bakım üniteleri. Yoğun bakım sorunları ve tedavileri. *Türkiye Klinikleri*. 2003:3-5.

Taşdemir N, Özşaker E. Yoğun bakım ünitesinde ziyaret uygulaması: Ziyaretin hasta, hasta ailesi ve hemşire üzerine etkileri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*.2007;11(1).

T.C. Resmi Gazete. Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ. 22 Mart 2017. Sayı: 30015, Başbakanlık Basımevi, Ankara.

Tel H, Tel H. Transfer anksiyetesi; yoğun bakım hastası ve ailesinin ortak duygusal deneyimi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2009;13(1):24-29.

Toros F. Yoğun Bakım Ünitesinde Hastası Olan Aile Üyelerinin Gereksinimlerinin Karşlanması. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2003, İzmir (Danışman: Doç. Dr. İsmet EŞER).

Tunçay G.Y, Uçar H. Hastaların yoğun bakım ünitesinin fiziksel ortam özelliklerine ilişkin görüşleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 2010;33-46.

Turan Bayraktar D. Erişkin Yoğun Bakımda Yatan Hastaların Yakınları Tarafından Algılanan Yoğun Bakım Ünitesi Stresörleri. Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, Trabzon (Danışman: Prof. Dr. Y Özorun).

Tütüncüoğlu C, Balkan İ. Diyabetli çocuğu olan annelerin aile işlevlerinin ve durumluk - sürekli kaygı düzeylerinin incelenmesi. Psikoloji Çalışmaları Dergisi/ Studies in Psychology. 2013;33(1):17-39.

Ünver V. Yoğun bakım ünitesinde hastası olan ailelerin gereksinimlerinin saptanması. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2003;7:75-81.

Valentin A, Ferdinande P, ESICM Working Group on Quality Improvement. Recommendations on basic requirements for intensive care units: Structural and organizational aspects. Intensive Care Medicine. 2011;37:1575-1587.

Wartella J.E, Auerbach S.M, Ward K.R. Emotional distress, coping and adjustment in family members of neuroscience intensive care unit patients. Journal of Psychosomatic Research. 2009;66(6):503-509.

Yalamaoğlu M. Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Yakınlarının Farklı Kişilerce Bilgilendirilmesinin Ve Bilgilendirme Sıklığının Aile Memnuniyeti Üzerine Etkisi. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2012, Mersin (Danışman: Doç Dr. N Doruk).

Yin King Lee L, Lau Y.L. Immediate needs of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong. Journal of Clinical Nursing. 2003;12(4):490-500.

Yousefi H, Karami A, Moeini M, Ganji H. Effectiveness of nursing interventions based on family needs on family satisfaction in the neurosurgery intensive care unit. Iranian Journal of Nursing And Midwifery Research. 2012; 17(4):296. 86. Yüksel Turhan Z. Yoğun Bakım Hastalarında Aile Memnuniyetinin Değerlendirilmesi. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2016, Kayseri (Danışman: Prof. Dr. A Akın).

## 9. EKLER

### Ek-1

#### BİLGİLENDİRME FORMU

**ARAŞTIRMANIN ADI:** “Yoğun Bakım Ünitesi Ekipmanları ile İlgili Eğitimin Hasta Yakınlarının Kaygı Düzeyine Etkisi”

Bu araştırma, yakını yoğun bakım ünitesinde yatan bireylere araştırmacı hemşire tarafından verilecek hastaya bağlı ekipman eğitimi ile kaygı düzeyine etkisi olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılmaktadır.

Çalışmaya dahil edilmeyi kabul eden hasta yakınlarına, hastalarının ilk ziyaretlerini gerçekleştirdikten sonra sizin ve hastanızın temel bilgilerini içeren anket formuyla, 20 maddeden oluşan öz değerlendirme anketinin her birini okumanız ve karşısındaki seçeneklerden sizin için doğru olanı işaretlemeniz istenmektedir. Anketin doldurulması yaklaşık olarak 5 dakika sürmektedir.

Ardından sorumlu araştırmacı tarafından her bir hasta yakınına tek tek hastasının bağlı olduğu yaşam destek ekipmanları tanıtılacak ve bu ekipmanların işlevleri ve hasta için yararları ile ilgili bilgi verilecektir. Eğitiminden sonra tekrar 20 maddeden oluşan ölçek uygulanacaktır.

Vermiş olduğunuz cevaplar sadece bu araştırma için kullanılacak ve saklı tutulacaktır. Katkılarınız için şimdiden teşekkür ederiz. İlginiz ve desteğiniz için teşekkür ediyoruz.

**Proje Yürütücüsü:**

Gözde SAYAR

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi

e-posta: [gozde\\_sayar@hotmail.com](mailto:gozde_sayar@hotmail.com)

**ONAY FORMU**

**ARAŞTIRMANIN ADI:** “Yoğun Bakım Ünitesi Ekipmanları ile İlgili Eğitimin Hasta Yakınlarının Kaygı Düzeyine Etkisi”

Bilgilendirme Formunu okudum. Araştırmanın; yoğun bakımda hastası olan bireylerin kaygı düzeylerine hemşirenin vereceği eğitimin etkisini değerlendirmek amacıyla olduğunu okudum/bana anlatıldı ve anladım. Konu hakkında bana soru sorma şansı verildi ve sorularım yanıtlandı. Bu araştırmaya katılmamın yaşamımı herhangi bir şekilde etkilemeyeceğini anladım. Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Araştırmacı: Gözde SAYAR

**Ad-Soyad:**

**Tarih:**

**İmza:**

## HASTA YAKINI BİLGİ FORMU

### 1. Cinsiyetiniz:

- a) Kadın b) Erkek

### 2. Yaşınız: .....

### 3. Medeni Durumunuz:

- a) Bekar b) Evli

### 4. Mezun Olduğunuz Okul:

- a) İlkokul b) Ortaokul c) Lise d) Üniversite e) Lisans üst ü

### 5. İş durumunuz:

- a) Çalışıyor b) Çalışmıyor

### 6. Mesleğiniz: .....

### 7. Ekonomik Durumunuz:

- a) Gelir giderden az  
b) Gelir giderden fazla  
c) Gelir gider ile dengeli

### 8. Kronik bir hastalığınız var mı? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a) Hipertansiyon d) Kronik böbrek yetmezliği  
b) Diyabet e) KOAH  
c) Kronik kalp yetmezliği f) Diğer.....

### 9. Hastaya yakınlık dereceniz:

- a) Annesiyim d) Çocuğuyum  
b) Babasıyım f) Kardeşiyim  
c) Eşiyim g) Diğer .....

**10. Bu yakın zamanda olan olaydan önce, yoğun bakım ünitesinde bir hastanın yakını olarak bulundunuz mu?**

- a) Evet b) Hayır

**11. Bulduysanız; yoğun bakım ünitesinde yatan hasta ziyareti yaptınız mı?**

- a) Evet b) Hayır

**12. Hastanızı yoğun bakımda ilk kez mi ziyaret ediyorsunuz?**

- a) Evet b) Hayır

**13. Hastayla birlikte mi yaşıyorsunuz?**

- a) Evet b) Hayır

**14. Eğer hayırsa, hastayı ortalama ne sıklıkta görürsünüz?**

- a) Haftada birden daha fazla  
b) Ayda bir  
c) Yılda bir  
d) Yılda birden daha az

**15. Hasta yoğun bakıma yatmadan önce günlük ihtiyaçlarını tek başına karşılayabiliyor muydu?**

- a) Evet, tüm ihtiyaçlarını kendisi karşılıyordu.  
b) Kısmen, yardıma ihtiyacı vardı (Örneğin; tualete giderken, ayağa kalkarken gibi)  
c) Hayır, tüm bakımıyla başka birine bağımlıydı.

**16. Cevabınız Kısmen ve Hayır ise hastanın bakımıyla kim ilgileniyordu?**

.....

**17. Hastaya bağlı ekipmandan sizi en çok hangisi rahatsız etti? (Eğitimci tarafından eğitim sırasında hasta yanında sorularak doldurulacaktır.)**

.....

## HASTA BİLGİ FORMU

1. Yatak No:

2. Cinsiyet:

3. Yatış Tarihi:

4. Doğum Tarihi:

5. Tanısı:

6. Kronik Hastalıkları:

7. Glasgow Koma Skoru:

8. APACHE II Skoru:

9. Hastaya bağlı bulunan ekipmanlar:

a) Periferik damar yolu

f) Monitör kabloları

b) Santral ven öz kateter

g) Nazogastrik/ orogastrik sonda

c) Arteriyel kateter

h) Üriner kateter

d) Entübasyon tüpü

i) Diğer .....

e) Trakeostomi kanülü

10. Hasta hayatının bir döneminde yoğun bakıma yatırılmış mı?

a) Evet

b) Hayır

11. Hastaya sedatif veya hipnotik ilaç uygulanıyor mu?

a) Evet

b) Hayır

## DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMEN
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Şu anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

## HASTA YAKINI EĞİTİM BROŞÜRÜ

**ÜRİNER KATETER**

Hastanın saatlik idrar takibi yapabilmek, hastaya giren-çıkan sıvıyı takip edebilmek ve sıvı dengesini sağlayabilmek için idrar sondası takılır. Sondanın ucuna mekanik bir kap yerleştirilir.

**SANTRAL VENÖZ KATETER**

Hastanın vücudundaki sıvı dengesini ölçmek, birden fazla serum göndermek, özel beslenme ürünleriyle damardan besleyebilmek için vb. boyundan veya kasık bölgesinden veya göğüs kafesi üzerinden damara girilip kalbine uzanan, bir kateter takılır.

## YOĞUN BAKIM HASTA YAKINI BİLGİLENDİRME BROŞÜRÜ

Yoğun bakım üniteleri, yaşamsal fonksiyonları hayati risk taşıyacak derecede bozulmuş kritik hastalara hizmet vermek üzere düzenlenmiş özel hastane alanlarıdır. Bu ünitelerde hastanızın yaşamsal bulguları devamlı izlenmekte, kaydedilmekte ve değişen durumlar için tedaviler yeniden planlanmaktadır.

**YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE HEKİM VE HEMŞİRE HİZMETİ 7/24 KESİNTİSİZ DEVAM ETMEKTEDİR.**





T.C.  
MARMARA ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Etik Kurulu

**PROJENİN ADI :** Yoğun Bakım Ünitesi Ekipmanları İle İlgili Eğitimin Hasta Yakınlarının Kaygı Düzeyine Etkisi  
**PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ:** Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR  
**PROJEDEKİ ARAŞTIRICILAR :** Gözde SAYAR  
**ONAY TARİHİ VE ONAY SAYISI:** 05.02.2018-54

**Sayın ; Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR**

54 protokol nolu “Yoğun Bakım Ünitesi Ekipmanları İle İlgili Eğitimin Hasta Yakınlarının Kaygı Düzeyine Etkisi” isimli projeniz Enstitümüz Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve etik yönden uygunluğuna karar verilmiştir.

Prof. Dr. Gökşel ŞENER  
Komisyon Başkanı

Doç.Dr. Pınar MEGA TİBER

Prof. Dr. ~~Dilşad~~ SAVE

Prof.Dr. Hülya AŞCI

Prof.Dr. Tuğba TUNALI AKBAY

Prof.Dr. Nefise BAĞIÇCIK

Prof.Dr. Hakkı ARIKAN

Doç.Dr. Oya ORUN

Doç.Dr. Gürkan SERT

Doç.Dr. İlkşan DEMİRBÜKEN

Doç.Dr. M. Ümit UĞURLU

Doç.Dr. Betül OKUYAN

Av. Funda IŞIK ÖZCAN



Marmara Üniversitesi Göztepe  
Kampüsü Sağlık Bilimleri  
Enstitüsü 34688 Kadıköy  
İSTANBUL

0 (216) 414 44 23/12 (Faks)  
0 (216) 414 44 23

[saglik.ogrenci@marmara.edu.tr](mailto:saglik.ogrenci@marmara.edu.tr)  
<http://saglik.marmara.edu.tr>

Ayrıntılı bilgi için:  
Süleyman  
TÜRKMENOĞLU



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

Sultan Abdülhamid Han Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği



Sayı : 54230385-799  
Konu : Gözde SAYAR'ın Araştırma İzni Hk.

SAĞLIK HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI  
(Sağlığın Geliştirilmesi Birimi)

İlgi : 16/03/2018 tarihli ve 16867222-604.01.01-834 sayılı yazı

İgide kayıtlı yazı ile Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencilerinden Gözde SAYAR'ın, Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR danışmanlığında yürütülen "Yoğun Bakım Ünitesi Ekipmanları ile İlgili Eğitimin Hasta Yakınlarının Kaygı Düzeyine Etkisi" konulu çalışmayı, hastanemizde yapması uygundur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.  
Prof. Dr. Ali Rıza ODABAŞ  
Başhekim

Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim ve Ar-Ge Birimi

Faks No:

e-Posta: yasemin.onurdurmus@saglik.gov.tr İnt.Adresi:  
yasemin.onurdurmus@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 66d4ad6b-b5b6-4dbb-8f4f-8840f4fe5f60 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Yasemin ONUR DURMUŞ

Unvan: HEMŞİRE

Telefon No: 02165422020-3142-3143

## ÖZGEÇMİŞ

<b>Adı</b>	Gözde	<b>Soyadı</b>	SAYAR
<b>Doğum Yeri</b>	İzmir	<b>Doğum Tarihi</b>	05.04.1988
<b>Uyruğu</b>	TC	<b>Tel</b>	535 527 20 70
<b>E-mail</b>	gozde_sayar@hotmail.com		

### Eğitim Düzeyi

	<b>Mezun Olduğu Kurumun Adı</b>	<b>Mezuniyet Yılı</b>
<b>Doktora/Uzmanlık</b>		
<b>Yüksek Lisans</b>	Marmara Üniversitesi- Sağlık Bilimleri Fakültesi- Hemşirelik	Devam ediyor.
<b>Lisans</b>	Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksek Okulu	2010
<b>Lise</b>	Karşıyaka Gazi Lisesi	2006

### İş Deneyimi

<b>Görevi</b>	<b>Kurum</b>	<b>Süre (Yıl - Yıl)</b>
Hemşire	Gülhane Askeri Tıp Akademisi/ Ankara- Göğüs Hastalıkları ve TBC Kliniği	2010-2011
Hemşire	Van Asker Hastanesi	2011-2014
Hemşire	GATA Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi-Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım Servisi	2014-2016
Hemşire	Sultan Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi- Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım Servisi	2016-2017
Sorumlu Hemşire	Sultan Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi- Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım Servisi	2017-2018
Hemşire	Sultan Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalite Verimlilik Birimi	2018-Halen

<b>Yabancı Dilleri</b>	<b>Okuduğunu Anlama*</b>	<b>Konuşma*</b>	<b>Yazma*</b>
İngilizce	İyi	Orta	Orta

<b>Yabancı Dil Sınav Notu #</b>								
YDS	YÖKDİL	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
	63,75							

	<b>Sayısal</b>	<b>Eşit Ağırlık</b>	<b>Sözel</b>
<b>ALES Puanı</b>	82,56	82,99	82,69

#### **Bilgisayar Bilgisi**

<b>Program</b>	<b>Kullanma becerisi</b>
Word, Power Point, Excel	İyi