

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN HASTALARIN
PSİKOLOJİK BAKIM GEREKSİNİMLERİNİ
BELİRLEMeye VE UYGULAMAYA YÖNELİK
GÖRÜŞLERİNİN İNCELENMESİ**

YELİZ AKTAŞ
YÜKSEK LİSANS TEZİ
(Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği)

Danışman
Doç Dr. Leyla BAYSAN ARABACI

İZMİR-2016

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN HASTALARIN PSİKOLOJİK BAKIM
GEREKSİNİMLERİNİ BELİRLEMeye VE UYGULAMAYA YÖNELİK
GÖRÜŞLERİNİN İNCELENMESİ**

YELİZ AKTAŞ
YÜKSEK LİSANS TEZİ
(Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği)

Danışman
Doç Dr. Leyla BAYSAN ARABACI

İZMİR-2016

KABUL VE ONAY

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne,

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı (*Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği*) Programı çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 04/04/2016

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Leyla BAYSAN ARABACI  İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi

Üye: Doç. Dr. Yasemin TOKEM  İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi

Üye: Yrd. Doç. Dr. Satı BOZKURT  Ege Üniversitesi

ONAY: Bu Yüksek Lisans Tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Ahmet Koyu
Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Lisans eğitimimden itibaren bana Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği' ni sevdiiren ve lisansüstü eğitimimde de birlikte olmaktan mutluluk ve onur duyduğum, akademik yaşantısı ve başarılarıyla örnek aldığım, özel hayatımda her zaman yanımda olan, tez danışmanlığında ve akademik çalışmalarımında gece gündüz demeden elinden gelen her türlü destek ve yardımı veren, tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Leyla Baysan Arabacı'ya,

Lisansüstü eğitimimi almamda ve tamamlamamda emeği çok olan, en büyük destekçim sevgili eşim Gökhan Aktaş'a,

Beni bugünlere yetiştiren, her türlü zorluklara rağmen sevgilerini ve desteklerini asla esirgemeyen canım aileme,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Yeliz AKTAŞ
İzmir -2016

İÇİNDEKİLER

Kabul ve onay	i
Önsöz	ii
İçindekiler	iii
Simgeler Ve Kısaltmalar Dizini	iv
Tablo Dizini	v
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı	2
1.2. Araştırmanın Önemi	3
1.3. Hipotezler	4
1.4. Sınırlamalar	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Yoğun Bakım	5
2.1.1. Yoğun Bakım Ünitesine Gereksinim Duyan Hastalar	5
2.1.2. Yoğun Bakım Ünite Türleri	7
2.1.3. Yoğun Bakım Ekibi	8
2.1.4. Yoğun Bakım Hemşireliği	8
2.2. Yoğun Bakımdaki Hastalarda Görülen Psikososyal Sorunlar	9
2.2.1. Öfke	9
2.2.2. Anksiyete	10
2.2.3. Duyusal Yüklenme – Yoksunluk	10
2.2.4. Spirituel Distres	11
2.2.5. Depresyon	12
2.2.6. Deliryum	13

2.2.7. Uyku Yoksunluğu	14
2.3. Psikolojik Bakım	15
2.4. Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliği	18
2.4.1. Klinik Rolü	22
2.4.2. Eğitim Rolü	23
2.4.3. Araştırma Rolü	24
2.4.4. Yönetim Rolü	24
2.5. Yoğun Bakımda Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliği	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM	29
3.1. Araştırma Deseni	29
3.2. Çalışılan Durum	30
3.3. Evren ve Örneklem / Katılımcılar	31
3.4. Veri Toplama Araçları	34
3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	34
3.6. Verilerin Analizi	35
3.6.1. İçerik Analiz Aşamaları	35
3.7. Araştırmanın Etik Kurul ve Diğer İzinleri	36
3.8. Araştırmanın Geçerliliği ve Güvenirliği	36
3.9. Araştırma Takvimi	38
4. BULGULAR	39
4.1. Hemşireleri Tanıtıcı Bilgilerinin İncelenmesi	39
4.1.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin İncelenmesi	39
4.1.2. Hemşirelerin Mesleki Özelliklerinin İncelenmesi	40
4.2. Hemşirelerin Yoğun Bakım Hastasının Psikolojik Bakımıyla İlgili Bilgilerinin İncelenmesi	43
4.2.1. Hemşirelerin Yoğun Bakım Hastasına Psikolojik Bakım	43

İle İlgili Eğitim Alma Durumlarının İncelenmesi

4.2.2. Hemşirelerin Yoğun Bakım Hastasına Psikolojik Bakım Konusunda Yeterlilik Durumlarının İncelenmesi	44
4.2.3. Hemşirelerin Yoğun Bakım Hastasına Psikolojik Bakımın Kim Tarafından Verilmesi Gerektiğine Dair Görüşlerinin İncelenmesi	45
4.3. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hastaların Psikolojik Bakım Gereksinimlerini Belirlemeye Ve Uygulamaya Yönelik Görüşleri	46
4.3.1. Yoğun Bakımda Psikolojik Bakım	46
4.3.2. İletişim	50
4.3.3. Hasta Tepkileri	56
4.3.4. Psikolojik Sorunlara Yaklaşım	57
5. TARTIŞMA	64
5.1. Yoğun Bakımda Psikolojik Bakım	68
5.2. İletişim	70
5.2.1. İletişim biçimi	70
5.2.2. İletişimde yaşanan zorluklar	72
5.3. Hasta Tepkileri	75
5.4. Psikolojik Sorunlara Yaklaşım	76
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	79
6.1. Sonuç	79
6.2. Öneriler	82
ÖZET	83
ABSTRACT	85
KAYNAKLAR	86
EKLER	97
Ek I - Tanıtıcı Bilgi Formu	98

Ek II - Bireysel Görüşme Formu	100
Ek III - Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	103
Ek IV - İçerik Analiz Sonucu Ortaya Çıkan Kavram ve Temalar	107
Ek V – İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Etik Kurul İzni	111
Ek VI – İzmir İli Güney Bölgesi Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği Kurum İzni	113
ÖZGEÇMİŞ	114

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AEAH:	Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
ANA:	American Nurses Association
DM:	Diyabetes Mellitus
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
HT:	Hipertansiyon
İKÇÜ:	İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
KLPH:	Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliği
MI:	Miyokard İnfarktüsü
YB:	Yoğun Bakım
YBÜ:	Yoğun Bakım Ünitesi
YBÜS:	Yoğun Bakım Ünitesi Sendromu

TABLO DİZİNİ

Tablo 1: Psikolojik bakım düzeyleri	16
Tablo 2: Yoğun bakımlarda sıklıkla görülen psikiyatrik sorunlar	25
Tablo 3: Maksimum Çeşitlilik Örnekleme Göre Seçilen Katılımcıların Özellikleri	32
Tablo 4: Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	39
Tablo 5: Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı	41
Tablo 6: Hemşirelerin Yoğun Bakım Hastasına Psikolojik Bakımla İlgili Eğitim Alma Durumlarına Göre Dağılımı	43
Tablo 7: Hemşirelerin Yoğun Bakım Hastasına Psikolojik Bakım Konusunda Yeterlilik Durumlarına Göre Dağılımı	44
Tablo 8: Hemşirelerin Yoğun Bakım Hastasına Psikolojik Bakımın Kimin Tarafından Verilmesi Gerektiğine Dair Görüşlerinin Dağılımı	45
Tablo 9: Temaların psikolojik bakım düzeylerinde karşılığı	63

BÖLÜM I

GİRİŞ

Fiziksel hastalık, hasta için fiziksel, ruhsal, sosyal yönleri olan bir durumdur ve bir yaşam krizidir. Fiziksel hastalığın, sağlığın geçici olarak bozulmasından, yeti yitimine, beden bütünlüğünün ve işlevselliğin bozulmasından bireyin yaşamını yitirmesine kadar değişen düzeyde farklı etkileri olabilir. Sağlığın bozulması ve hastalık gibi durumlarla başa çıkmak, kişinin ruhsal durumunu etkileyebilmektedir. Böyle bir durumda her hastanın hastalığa karşı psikososyal tepkisi farklı olmaktadır. Bu fark, hastanın geçmiş deneyimlerine, kişilik özelliklerine, rol kaybı olup olmayacağına, aile desteğine göre değişiklik gösterir (1,2).

Psikiyatrik ve fiziksel hastalıklar genel hastane uygulamasında sıklıkla birlikte görülmekte ve bu birliktelik; fiziksel hastalığın nedenleri olarak psikolojik etmenler, fiziksel belirtilerle giden ruhsal bozukluk, fiziksel hastalığın ruhsal sonuçları, psikiyatrik ve fiziksel bozukluğun tesadüfen bir arada olması, ortak bir sebebe bağlı fiziksel ve ruhsal bozukluğun gelişmesi şeklinde karşımıza çıkabilmektedir. Fiziksel hastalığı olanlarda ruhsal bozukluklar sağlıklılara göre daha sık görülmektedir. Genel nüfusta ruhsal bozuklukların bir aylık yaygınlığı %16 iken, fiziksel hastalığı olanlarda bu oran %21-26 arasında bulunmuştur (3,4). Alaca ve ark (5), 2008'de yoğun bakımdaki hastalarla yaptığı çalışmada, fiziksel hastalık tanısının konmasında hastaların %43'nün korku, %30'unun üzüntü, %11'inin kaygı ve öfke yaşadığını bulmuş ve hastaların %47'sinde anksiyete, %72'sinde depresyon alt ölçek puanını eşik üzerinde bulmuştur. Yusuf ve ark. (6) tarafından yapılan bir çalışmada, 52 ülkeden 15152 akut miyokard infarktüsü geçiren hasta ve 14820 sağlıklı kontrol çalışmaya dahil edilmiş, sonucunda psikososyal faktörler tüm dünyada, akut miyokard infarktüsü riski ile ilişkili olarak saptanmıştır.

Yaşamı tehdit eden ciddi hastalıklar sürecinde; bireyin hem hastalığa bağlı hem de tedavi sürecinde yaşananlarla ilgili olarak psikososyal güçlüklerle karşılaşması özellikle yoğun bakım (YB) ünitelerinde sıkça karşımıza çıkabilen bir durumdur (7).

Yoğun bakım üniteleri; hasta izleme ve daha ileri teknoloji uygulanması nedeniyle yaşamı tehdit eden hastalıkların yaşam fonksiyonlarının desteklendiği, bakım ekibi yoluyla özel tedavi yöntemlerinin uygulandığı ve karmaşık biyomedikal cihazların bulunduğu multidisipliner yaklaşım gerektiren birimlerdir. (8, 9, 10, 11, 12). Yoğun bakım hemşireleri de bu konuda eğitim almış, acil durumlarda gerekli müdahaleleri yapabilecek, hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal gereksinimlerini karşılayabilecek, konforu sağlayabilecek ve ekip çalışmasına uyumlu elemanlardan oluşmalıdır (11). Ancak uygulamada sıklıkla, yoğun bakım ortamında tedavi gören hastaların fiziksel bakım gereksinimleri başarılı olarak karşılanmakta, buna karşın psikolojik ve sosyal gereksinimleri göz ardı edilebilmektedir (13, 14). Oysa, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün Sağlık tanımına göre tam bir iyilik için, hastaların sadece fiziksel değil, ruhsal ve sosyal gereksinimlerinin de karşılanması gerekmektedir. Öyle ki; yoğun bakımlarda yatan hastalar, yaşamının tehdit altında olması, hareket kısıtlılığı, yatağa bağımlı olma, ağrılı invaziv işlemler, yabancı kişiler ve çevre, aile ve yakınları görememe, hastalık, tedavi ve uygulamalar hakkında yeterli bilgilendirilmeme gibi nedenlerle güçsüzlük, ümitsizlik, anksiyete, öfke, depresyon, uyku yoksunluğu, duyuşal yüklenme, duyuşal yoksunluk, ajitasyon, deliryum, uyum güçlüğü gibi birçok psikolojik semptomu deneyimleyebilmektedir (9, 15). Bu psikolojik semptomların önlenmesi, bu gereksinimleri tanımlayabilme konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip, alanında uzman hemşirelerin hastaları desteklemesi ve gerekli psikolojik ve sosyal bakım hizmetini sunması ile mümkündür. Ancak yoğun bakımlarda çalışan hemşireler, gerek yoğun çalışma koşulları, gerek hastanın psikolojik ve sosyal gereksinimlerinin neler olabileceği konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmaması nedeniyle daha sıklıkla hastalara fiziksel bakım vermeden öteye gidememektedir.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yoğun Bakımlarında (*Koroner YB, Anestezi YB, Dahiliye YB, Beyin Cerrahi YB ve Kalp-Damar Cerrahi YB*) çalışan hemşirelerin hastaların psikolojik

gereksinimlerine ilişkin farkındalıklarını değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda ayrıca şu alt amaçlara ulaşılması hedeflenmektedir:

- Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin psikolojik bakım uygulamaları incelenecek,
- Bu konuda profesyonel bir desteğe (*Konsültasyon-Liyazon Psikiyatri (KLP) hemşireliği uygulamasına*) gereksinim duyup duymadıkları belirlenecek,
- Eğitim gereksinimleri saptanacaktır.

1.2. Araştırmanın Önemi

DSÖ Ruhsal Sorunların Önlenmesi konulu 2004 Yılı Raporu'nda, ruhsal bozuklukların ortaya çıkışını tetikleyen risk faktörlerini sıralarken fiziksel hastalıkların da ruhsal sorunlara neden olabileceğini açıklamaktadır (16, 17). Fiziksel hastalığın kronikleşmesi, hastaneye yatma ve özellikle yoğun bakımlara yatan hastalarda birçok psikolojik semptomlara neden olmaktadır (5).

Hemşirelik eğitiminde, birçok kuramda vurgulanan holistik (*bütüncül*) yaklaşım, bireyin fiziksel gereksinimlerinin karşılanmasının yanı sıra psikolojik ve sosyal gereksinimlerinin de karşılanması gerektiğine dikkat çeker (14). Bu bakımdan bütüncül bakımın sağlanmasında fiziksel olduğu kadar ruhsal ve sosyal gereksinimlerin de karşılanması büyük önem taşımaktadır. Bu amaç doğrultusunda yapılan bu çalışma sonucunda elde edilecek bulguların, yoğun bakımda çalışan hemşirelerin hastaların psikolojik gereksinimlerine farkındalık/ duyarlılık düzeyi, psikolojik bakım uygulamaları, destek ve eğitim gereksinimlerini belirlemeye, buna yönelik yapılacak çalışmalara rehberlik etmeye katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca, yoğun bakım hastalarının psikososyal gereksinimlerini karşılamaya yönelik yapılacak yeni düzenlemelere (*KLP hemşireliği hizmeti gibi*) yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

1.3. Hipotezler

H₁: Yoğun bakım hemşireleri, hastaların psikolojik bakım gereksinimlerinin farkındadır.

H₂: Yoğun bakım hemşireleri KLP (*Konsültasyon Liyezon Psikiyatri*) hemşireliğine gereksinim duymaktadır.

1.4. Sınırlamalar

Çalışma, Haziran 2015-Ekim 2015 tarihleri arasında İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, *Koroner YB, Anestezi YB, Dahiliye YB, Beyin Cerrahi YB ve Kalp-Damar Cerrahi YB* ünitelerinde çalışan ve çalışmaya katılım konusunda gönüllü olan hemşireler dahil edilmiştir.

BÖLÜM II

GENEL BİLGİLER

2.1. Yoğun Bakım

Yoğun bakım üniteleri (YBÜ); hasta izleme ve daha ileri teknoloji uygulaması nedeniyle yaşamı tehdit eden hastalıkların yaşam fonksiyonlarının desteklendiği, bakım ekibi yoluyla özel tedavi yöntemlerinin uygulandığı ve karmaşık biyomedikal cihazların bulunduğu multidisipliner yaklaşım gerektiren bir birimdir (8, 9, 10, 11, 12). Yoğun bakım çalışanları da bu konuda eğitim almış, acil durumlarda gerekli müdahaleleri yapabilecek, hasta ihtiyaçlarını karşılayabilecek, konforunu sağlayabilecek ve ekip çalışmasına uyumlu elemanlardan oluşmalıdır (11).

Yoğun bakım ilkelerinin belirlenmesinde esas, hasta yaşamının sürdürülmesi odaklıdır ve bu ilke CARE kelimesi ile açıklanır.

- *Clinical (Klinik Uygulama)*: Hastalara gereken tedavi ve bakımın uygulanmasıdır.
- *Administrative (Yönetim)*: Acil durumlarda hastaya uygulanacak girişimlerin yönetilmesidir.
- *Research (Araştırma)*: Uygulanan bakımların kanıta dayalı olabilmesi için, bakım yöntemlerinin araştırılmasıdır.
- *Education (Eğitim)*: Hasta ve hasta yakınlarına, hastalık ve yoğun bakım işleyişi hakkında bilgi verilmesidir (10, 18)

2.1.1. Yoğun Bakım Ünitesine Gereksinim Duyan Hastalar

Amerikan Yoğun Bakım Derneği, 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 hastaları, fizyolojik dekompanasyon nedeni ile risk altındaki hastaları ve

beklenmeyen yan etkileri önleyebilmek ve yoğun bakım ekibi tarafından anında müdahale imkanı sağlayabilmek için sürekli monitörizasyon gerektiren hastaları yoğun bakım hastalarıdır” şeklinde tanımlamıştır (11).

Sağlık Bakanlığı'nın 2008 tarihli 11395 sayılı Genelgesi'ne göre yoğun bakım ünitesi; bir ya da daha fazla organ veya organ sistemlerinde ciddi işlev bozukluğu nedeniyle yoğun bakım gereksinimi olan hastaların iyileşmesini amaçlayan, yerleşim birimi ve hasta bakımı açısından ayrıcalık taşıyan, ileri teknolojiye sahip cihazlarla donatılmış, 24 saat yaşamsal göstergelerin gözlemi ve hasta tedavisinin yapıldığı klinikler olarak tanımlanmıştır (19).

Yoğun bakım hastalarının çoğu vital fonksiyonlarının herhangi birinin bozulmasıyla, sürekli monitörle izlenmesi gereken ve potansiyel olarak durumlarının düzeltilbilir olması gerekir. Bu bağlamda yoğun bakıma;

- Solunum yetmezlikleri
- Kardiyovasküler sistem yetmezlikleri
- Akut böbrek yetmezlikleri
- Akut metabolizma bozuklukları
- Politravmalar
- Yanıklar
- Çeşitli nedenlerle gelişen kanamalar
- Gastrointestinal kanamalar
- Postoperatif komplikasyonlar
- Kanama-pıhtılaşma bozuklukları
- Sıvı-elektrolit ve asit-baz dengesi bozuklukları
- Zehirlenmeler
- Yenidoğan ve pediatrik aciller
- Tetanoz
- Eklampsi
- Reanimasyondan sonraki durumlar
- Gerekli görülen diğer durumlar kabul edilir (10, 18).

2.1.2. Yoğun Bakım Ünite Türleri

Hastalar hastalıklarının ciddiyetine göre değişik düzeyde yoğun bakım tedavisine gereksinim duyar. Çok ağır hastalar yaşam fonksiyonlarını destekleyen üst düzey yoğun bakımlara gereksinim duyarken, daha hafif hastalar, yaşam fonksiyonlarını kısmi destekleyen kısıtlı olanaklara sahip yoğun bakımlara ihtiyaç duyar. Bu nedenle yoğun bakım ünite düzeyleri ve kapasiteleri açısından üçe ayrılmıştır (20).

I. Düzey: Temel monitör olanaklarını içerir. Tam gün yoğun bakım uzmanı bulunmaz. Hekim hizmetini konsültasyon şeklinde alır ve daha üst seviyeli yoğun bakım ünitelerine gereksinimi olmayan, ancak normal servislerde de takip ve tedavileri yapılamayacak olan, mevcut veya potansiyel fizyolojik instabiliteleri nedeni ile yakın takipleri gereken, ancak yapay organ desteği gereksinimi olmayan hastalar kabul edilir. Bu servislere ara yoğun bakım adı da verilir. Bu düzeydeki yoğun bakım ünitesinde üç-dört hastaya bir hemşire olduğunda devamlı bakım ve tedavi uygulanabilmektedir. (10, 11, 20, 21)

II. Düzey: Sorumlu bir uzmanı olan, ancak belli saatler içerisinde doktor gözetimi hizmeti veren servislerdir. Tek organ yetmezliği nedeni ile destek gereksinimi bulunan, postoperatif hastalarda olduğu gibi daha detaylı gözlem ve girişim gereksinimi olan hastaların takip ve tedavisinin yapıldığı ünitelerdir. Yoğun hemşirelik bakımı verilen ve gerektiğinde uzun süreli yapay solunum olanağı bulunan ünitelerdir. Bu düzeydeki yoğun bakım ünitesinde üç hastaya bir hemşire olduğunda devamlı bakım ve tedavi uygulanabilmektedir. (10, 11, 20, 21)

III. Düzey: Tam kapsamlı yoğun bakım hizmeti veren gelişmiş bir servistir. Hastalar 24 saat doktor gözetim ve denetimi altındadır. Sadece ileri solunum desteği gerektiren veya temel solunum desteği ihtiyacının yanı sıra en az 2 organ sisteminin de desteklenmesi gereksinimi olan hastaların kabul edildiği ünitelerdir. Çoklu organ disfonksiyonu veya yetmezliği olan tüm komplike hastalar bu ünitelere kabul edilirler. Eğitim hastaneleri ve gelişmiş hastanelerde bu düzeyde bir yoğun bakım bulunmalıdır. Bu düzeydeki yoğun bakım ünitesinde iki hastaya bir hemşire olduğunda devamlı bakım ve tedavi uygulanabilmektedir (10, 11, 20, 21).

2.1.3. Yoğun Bakım Ekibi

Yoğun bakım multidisipliner yaklaşım gerektiren özel bir bölümdür. Bu bölümde alanında uzman ve asistan hekim, yoğun bakım eğitimi almış hemşire, konsültanlar, fizyoterapist, radyoloji teknikeri, diğer teknikerler, diyetisyen, hizmetli personel ve temizlik personelleri çalışır (10, 20).

2.1.4. Yoğun Bakım Hemşireliği

Yoğun bakım hemşiresi, hastanın iyileşme sürecinde önemli kararlar alma, aldığı kararların gerekçelerini; gelişmiş hemşirelik becerilerine, değişiklikleri değerlendirebilme yeteneğine ve bilimsel bilgilere dayandırır. Ayrıca hasta bakımı ile birlikte vital bulguları, laboratuvar değerleri ve hastaya yapılan tüm işlemleri kayda geçirmek ve saklamak gibi hasta güvenliği açısından sorumlulukları vardır (10). Yoğun bakım hemşireliğinin amacı; bireyin fizyolojik, psikolojik, emosyonel ve sosyal dengesini en iyi duruma getirmek, yaşamına doğrudan etki eden bireysel bakımı sağlamak ve terminal dönemdeki hastaları huzurlu ölüme hazırlamaktır (21, 22).

Türkiye’de yoğun bakım hemşireliği sertifika programı ilk kez 6 Mayıs 2002’de Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılmıştır. Bu program “Yoğun Bakım Üniteleri’nde Görev Yapan Sağlık Personelinin Eğitimine ve Sertifikalandırılmasına Dair Yönerge” kapsamında yürütülmektedir. Yönerge yoğun bakım eğitimi verecek yataklı tedavi kurumlarının eğitim faaliyetlerini ve bu kurumlarda eğitime alınacak olan hemşire ve sağlık memurlarını kapsamaktadır (10, 12).

Yoğun bakım hemşireliğinin amaçlarından biri de hasta ve yakınlarıyla terapötik ilişki kurmak ve sürdürmektir. Hastaların fizyolojik ihtiyaçlarının yanında psikolojik ve sosyal ihtiyaçları da vardır ve bu ihtiyaçlar yoğun bakım hemşireleri tarafından giderilmelidir.

2.2. Yoğun Bakımdaki Hastalarda Görülen Psikososyal Sorunlar

Hemşireliğin temel kurucusu olan Florence Nightingale, Çevre Kuramı'nda hastaların tedavi edilmesinde çevrenin öneminden bahsetmiş ve hastanenin temel işlevinin hastalara zarar vermemesi gerektiğini savunmuştur. Ancak gerçek hastane ortamlarında ve özellikle yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların yaşamlarının tehdit altında olması, alışılmamış tıbbi cihazlar, monoton ve ürkütücü sesler, yabancı bir ortam, aile ve yakınlarından uzak olmaları, öz bakım ihtiyaçlarını karşılayamama ve bağımlılık, hastalığının ciddiyetini ve ölüme çok yakın hissetmeleri gibi birçok stresörle karşılaşmakta, bunun sonucunda da bir dizi psikososyal problem yaşamaktadır (23, 24). Öfke, anksiyete, spirüel distres, depresyon, deliryum, uyku yoksunluğu bunların başında gelenlerdir.

2.2.1. Öfke

Öfke, doyurulmamış isteklere, istenmeyen sonuçlara ve karşılanmayan beklentilere verilen son derece doğal ve evrensel bir tepkidir (25). Yoğun bakımda yatan başkalarına bağımlı olan hastada rol kaybına bağlı öfke görülür. Öfke kendisine, ailesine, sağlık görevlilerine ve hatta Allah'a bile olabilir. "neden ben" sorusu bu dönemde sık sorulur (1, 4).

Önceden geçirilen yoğun bakım ve hastalık deneyimleri, uyku yoksunluğu, uyaran fazlalığı ya da uyaran yoksunluğu, kontrol kaybı, güçsüzlük gibi pek çok durum öfkeye neden olabilir (9, 19). Öfkenin fizyolojik, bilişsel ve davranışsal olmak üzere üç etkisi vardır. Fizyolojik etkilerinde; uyaran duyguyu harekete geçirerek stres ve gerginlik başlar. Adrenalin salgısı, solunum sayısı, kan basıncı artar ve taşikardi görülür. Bilişsel etkilerinde; uykusuzluk, unutkanlık, dikkatsizlik, konsantrasyon bozukluğu görülürken, davranışsal etkilerinde de saldırgan davranışlar, sorun çıkarma, isyankar davranışlar görülür (25). Hasta öfkesini dışa çıkaramadığında deprese olacağından hemşire, öfkesini gösteren bu davranışları gözlemlemelidir (9).

2.2.2. Anksiyete

Anksiyete, kişinin değer ya da güvenlik sistemine spesifik veya belirli olmayan bir tehdide karşı otonom sinir sisteminin aktive olması sonucunda yaşanan huzursuzluk ve endişe duygusudur (9, 19). Kritik hastaların genellikle YB ünitesinde tedavi sırasında, anksiyete ve korku gibi psikolojik sıkıntı yaşadıkları rapor edilmiştir (26). Anderson ve ark (27), yoğun bakımda yatan hastaların %42'sinde anksiyete gözlemlendiğini belirtmiştir. Anksiyete, sempatik sinir sistemi uyarımı ile arteriyel ve venöz kontrüksiyon, miyokard uyarım ve bronko konstrüksiyon gibi birçok olumsuz tepkilere neden olur. Bronko konstrüksiyon, yüksek hava yolu direnci ile oksijen ihtiyacını artırmakta ve genel yorgunluğa giden kas gerginliğini artırma gibi fizyolojik ve davranışsal belirtiler görülürken, kortizol ve katekolamin düzeylerinin de yükseldiği görülmektedir (28).

Yoğun bakımda yatan hastanın anksiyete yaşamasının en büyük sebebi yabancı ortam, yabancı çevre ve kendisine yapılacak işlemlerden habersiz olmasıdır. Hastalar çoğunlukla yoğun bakıma bilinci kapalı, sedatize ya da baygın geldiğinden, uyandığında tanıdık bir yüz görememe, yabancı çevre ve karmaşık cihazlara bağlı olma anksiyeteyi artırır. Ayrıca hastanede yatma stresi, ölüm korkusu, ağrılı işlemlerin sıklığı, hareket kısıtlılığı, hastalığın bir bileşeni ya da ilaçların yan etkileri gibi psikolojik ve organik nedenlerle ortaya çıkabileceği gibi, bağımsız olarak temel bir psikiyatrik yakınma da olabilir (15).

2.2.3. Duyusal Yüklenme – Yoksunluk

Duyusal yüklenme, girdilerin nitelik ve niceliğinin artması sonucu ortaya çıkan ajitasyon, baş ağrısı, yanlış algılama, anksiyete, halüsinasyon, illüzyon, oryantasyon bozukluğu, konfüzyon gibi semptomların görüldüğü durumdur (15). Yoğun bakımlarda sık görülen duyusal yüklenme, çok sayıda ve alışık olunmayan tıbbi araç gereçler, sık tekrarlanan ağrılı uygulamalar, uzun süre yüksek gürültüye maruz kalma gibi duyusal girdilerin niceliğinin artması sonucu ortaya çıkar (9, 29). YBÜ'de yatan hastaların çevreden gelen uyarıları seçme ve kontrol etme şansları

bulunmadığından, hastalar daha fazla duyuşal girdi sorunları yaşamaktadır (15, 29, 30, 31, 32)

Duyusal yoksunluk, girdilerin nitelik ve niceliğinin azalması sonucu şaşkınlık, kararsızlık, düşünce kopukluğu, bellek ve yönelimde bozulma, uyku bozukluğu gibi semptomların görüldüğü bir durumdur. Yoğun bakımlarda yatan hastalarda duyuşal yoksunluğun sebepleri; hareket ve vücut postüründe kısıtlılık, uzun yatışlar, duyu kayıpları, yaşlılık, hasta ziyaretlerinin kısıtlı ya da hiç olmaması, hasta ile sağlık çalışanlarının yeterli iletişim kuramaması, tek düze ve yabancı uyaranlar, izolasyon uygulaması, iyi ışıklandırılmamış ortamlar olarak sayılabilir (9, 15, 33). Beyin sapında bulunan retikular aktive edici sistem (RAS) duyuşal uyaranları serebral kortekse iletir ve bu uyarılar algılama, öğrenme ve duygulanım için gereklidir. Duyusal uyarılma, uygun nitelik ve nicelikte olursa, birey çevre ile iletişimini sürdürebilir. Kişinin dış dünya ile uyum içinde yaşayabilmesini sağlayan ego, bilişsel işlevlerin bozulmasıyla etkileneceği için duyuşal yoksunluk tablosunda kişinin gerçeği değerlendirme ve normal düşünme yetileri kaybolabilir (9, 15, 31)

Yoğun bakım hastalarında hareket kısıtlılığı ve sosyal izolasyonun duyuşal yoksunluğa, insan seslerinin ve ağırlı girişimlerin ise duyuşal yüklenmeye neden olduğu, her iki duyuşal girdi sorununun Yoğun Bakım Ünitesi Sendromu (YBÜS) gelişmesine yol açtığı belirtilmektedir (9, 30). YBÜS, kritik bir hastalıktan sonra yoğun bakımda yatmaya bağı bilişsel, psikiyatrik ya da fiziksel fonksiyonların bozulması olarak tanımlanır. YBÜS yaygın olarak, önceden mevcut olan nöromüsküler bozukluklar, demans, psikiyatrik hastalıklar, yoğun bakıma özel faktörler (mekanik ventilasyon, oksijen seviyesinde azalma), deliryum, sepsis, gibi hastalıklarda görülebilir (34).

2.2.4. Spirituel Distres

Bireyin bulunduğu ortamda değer ve inançlarının tehdit edildiği, varoluşsal bir kriz yaşandığı durumda ortaya çıkan spiritüel distres, bireyin yaşaması için anlam bulamamasına ya da ümitsizlik, güçsüzlük yaşamasına neden olmasının yanında, birey kendisini manevi bir boşlukta hisseder (35). Bir beden parçası ya da fonksiyonun kaybı, terminal hastalık, gittikçe kötüleşen, güçsüz bırakan hastalık,

ağrı, travma, yaralanma, ilaç tedavileri, yoğun bakım kısıtlamaları, mahremiyetin-özel yaşamın olmamasına bağlı spiritüel distres gelişebilir (9, 19). Birey yaşamın, ölümün, acı çekmenin anlamını sorgular, inanç sisteminin güvenilirliği sorgular, inançları hakkında ambivalan duyguları vardır, Tanrı'ya öfke duyar, yaşamak için bir nedeni olmadığını fark eder, manevi bir boşluk duygusu hisseder (9).

Hemşire, hastanın inanç ve değerleri hakkında konuşmalı, çeşitli spiritüel inanç ve uygulamaları kabul ettiğini, önyargısız bir tutumda olduğunu göstermeli ve spiritüel ritüellerini yerine getirmesi için cesaretlendirip, izin vermelidir.

2.2.5. Depresyon

Depresyon, duygusal yoğunluğun fazla olduğu, ağlama hali, isteksizlik, karamsarlık, ilgi kaybı, zevk alamama, karar verme güçlüğu, başarısızlık ve cezalandırılma duygusu, sinirlilik, değersizlik, çaresizlik, ümitsizlik duyguları, suisid düşüncesi, yorgunluk, iştahta ve uykuda değişiklikler, psikomotor retardasyon, ajitasyon, dikkatte azalma gibi semptomlarla seyreden bir hastalıktır (15). Akut hastalıklarda depresyon gelişmemekte ya da az görülmekle birlikte, kronik hastalıklarda ve yoğun bakıma yatışlarda daha sık görülmektedir (15, 36). Rincon ve ark (37), yoğun bakımda yatan hastaların %13,7'sinde depresyon görüldüğünü bulmuştur.

YB ünitesine yatış, birçok hasta için psikolojik olarak savunmasız oldukları bir duruma sokmaktadır. Bu savunmasızlığın nedenleri arasında; akut ciddi hastalık ve yaşam tehdidinin psikolojik sonucu, tıbbi hastalığın kendisinin veya tedavisinin nedeni olduğu fizyolojik karışıklıklar, bazı ilaçların iyatrojenik etkileri (yüksek dozlarda benzodiazepinler ya da opiotlar), orotrakeal entübasyon nedeniyle iletişim eksikliği, sevdiklerinden ayrılması, gürültülü ekipman, kalıcı sert aydınlatma, bağımlı hasta olarak sayılabilir. Depresyon tedaviye uyumu zorlaştırıp, yatış süresini arttırarak, mortalite ve morbiditeyi olumsuz yönde etkilemektedir (1, 2, 38, 39).

Yoğun bakıma hastanın yatışı hasta ve ailesi için bir kriz durumudur. Hastanın ailesi ve yakınlarını görememesi, destek alamaması hastada değersizlik, çaresizlik ve ümitsizlik duygularını yaşamasına ve bunun sonucunda depresyona

neden olabilir. Yapılan çalışmalara göre, 24 saatlik süre içerisinde, saat başı ziyaret edilen hastaların depresyon belirtilerinin daha az gözlemlendiği belirtilmiştir (40).

2.2.6. Deliryum

Deliryum, organik bir nedene bağlı beyin kısa sürede yaygın etkilenmesiyle beyin işlevlerini bozan bilinç, algılama, düşünce, uyku-uyanıklık döngüsünde dalgalı seyir gösteren bir akut beyin sendromudur (1, 41). Hipoaktif, hiperaktif ve karma deliryum olmak üzere klinikte üç tip görülmektedir. Hipoaktif deliryum, psikomotor retardasyon, letarji, konfüzyon, sedasyon, bilinç düzeyinde ve dikkatte azalma, uyuşukluk, apati ile kendini gösterirken, hiperaktif deliryum huzursuzluk, ajitasyon, agresyon, halüsinasyon, delüzyon, paranoya, dezoryantasyon, invaziv aletleri çekme (kateterler, entübasyon...) ve hırçınlık davranışları görülmektedir. Karma deliryumda ise, hipoaktif ve hiperaktif deliryum belirtilerinin düzensiz olarak görüldüğü bir durumdur (38, 42). Yoğun bakımlarda hiperaktif deliryumun egemen olduğu, hipoaktif ve karma deliryumun ise daha nadir görüldüğü bildirilmiştir (42).

Yoğun bakımlarda deliryum görülme nedenleri arasında ses, sürekli ışık, kokular, invaziv olan ve olmayan müdahaleler, duyuşal yüklenme, sosyal izolasyon, immobilizasyon, uyku bozuklukları, ısı gibi çevresel faktörlerin yanında enfeksiyonlar, beyin tümörü, sepsis, hipoksi, metabolik bozukluklar, elektrolit dengesizlikleri, malnutrisyon, hipo/hiperglisemi, hipo/hipertiroidi, dehidratasyon, hemodinamik dengesizlikler, serebral ve vasküler bozukluklar (hipertansiyon gibi), kafa travmaları ve nöbetler, ilaç etkileri (benzodiazepinler, narkotikler ve diğer psikoaktif ilaçlar) özellikle atropin ve fentanil gibi antikolinergik ilaçların asetilkolin salınımını engelleyerek bilişsel ve davranışsal bozukluklara neden olduğu bildirilmiştir (38, 41).

Deliryum yoğun bakım ve hastanede kalış süresinin artmasına, buna bağlı maliyetlerin artmasına, uzun süreli bilişsel bozukluk ve mortalite gibi olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. Ayrıca hastanın kendini ekstübe edip, kateterini çıkarmasına ve buna bağlı olarak da komplikasyonlara neden olabilmektedir. (42, 43). Yoğun bakımlarda deliryum mekanik ventilasyondaki hastalarda %60-80

oranında görülürken, mekanik ventilasyon uygulanmayanlarda %20-50 olarak bildirilmiştir (15, 38).

2.2.7. Uyku Yoksunluğu

Uyku; bilinç kaybolmasıyla karakterize, istemli kas hareketlerinin azalıp gevşediği, kan basıncı ve vücut ısısının düşüp kalp atışlarının yavaşladığı, iç organları, sinir sistemi ve duyu organlarının yavaşladığı normal, geçici ve periyodik bir durum olup, insanın bedensel ve ruhsal yorgunluğunun giderilmesini ve yeniden enerjik hale gelmesini sağlayan bir durumdur. Kişiden kişiye değişmekle birlikte günlük uyku ihtiyacı ortalama 7-8 saattir. Uykunun süresinin yanında nitelik ve niceliği de önemlidir. Uykunun niteliği uyku evrelerinin tam olarak yaşanması (REM, NREM), niceliği ise toplam bireysel uyku zamanını etkileyen (yaş, cinsiyet, hastalıklar, çevre, fiziksel faaliyetler, emosyonel durum, ilaçlar, alkol ve uyarıcılar ve beslenme gibi) etmenleri içermektedir (9, 44)

Uyku yoksunluğu, fiziksel ve bilişsel sekelle sonuçlanıp zamanla uyku devam eksikliğinin artmasıyla ile karakterize bir durumdur. Gürültü, ağrı ve rahatsızlık yanı sıra ventilatör havalandırma modları ve yoğun bakımda kullanılan birçok ilaç uyku yoksunluğu olası nedenleri arasında yer almaktadır (45). Ayrıca yoğun bakım ünitesine yatma nedeniyle bildiği çevreden ayrılma, ışık, bilmediği işlemlere maruz kalma, kontrol ve mahremiyetinin kaybı, uyku saatlerine rastlayabilen bakım ve tedavi işlemleri, sirkadiyen ritimde bozulma, biyolojik süreçlerde değişim, yaşlılık, stres, aktivite azlığı gibi birçok neden uyku yoksunluğuna neden olmaktadır (9, 44). NREM uykusu organizmanın yenilenmesi ve onarım faaliyetlerini sürdürdüğünden yoksunluğunda; yorgunluk ve immun sistemde sorunlar ortaya çıkabilir. REM uykusunun yoksunluğunda ise irritabilite, apati, dikkatte azalma, ağrıya duyarlılıkta artmaya neden olur. Bu yoksunluğun 72 saat sürmesi durumunda algıda bozukluklar, ciddi mental ve emosyonel sorunlar oluşur (46).

Uyku yoksunluğu iyileşme sürecini etkiler ve yoğun bakım hastalarında morbidite ve mortalitenin artmasına, fizyolojik ve psikolojik işlev bozukluklarına yol açabilir. Bu yüzden hastaların uyuması için önlemler alınmalıdır. Bunlar; gürültüyü azaltma amacıyla monitör ve ventilatör alarm ayarları en aza indirmek, hasta yatak başında konuşmaları azaltmak ve gerekirse hastanın onayı ile kulak tıkacı temin

edilmelidir. Işık azaltma ve sirkadiyen ritmi sağlamak için, akşam saatlerinde ışık seviyelerinin düşürülmesi ve hastaya göz maskesi önerilebilir. Hastanın konforu sağlamak için, ventilatörün optimal ayarı, yeterli ağrı kesici, hasta pozisyonu ve yatak ayarlamaları, gevşeme teknikleri (masaj ya da ağız bakımı gibi) gibi müdahaleler yer almaktadır (47).

Bu psikososyal sorunların yanında, hastalar yoğun bakımdan çıktıktan çok uzun süre sonra bile yaşadıkları bu sorunları hatırlarlar. Ayrıca hastaların yaşadığı psikososyal problemler, organın işlev kaybı ve kaybın kişisel anlam-önemine, kişilik yapısına (*inançlar, tutumlar*), yaş, cinsiyet, gelişim düzeyine, mental durum, hastalık ve YB ünitesi ile ilgili daha önceki deneyimlere, ailenin tepkisine, hastalığın kişi için anlam ve önemine, rol kaybı olup olmayacağına, spiritüel değerlere göre değişir (4, 19, 39).

2.3. Psikolojik Bakım

DSÖ'nün tanımına göre sağlık, sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, sosyal ve mental yönden tam bir iyilik halidir (48, 49, 50). Hastalık ise, sadece doku ve hücrelerde yapısal ve fonksiyonel olarak anormal değişikliklerin yarattığı bir durum değil, bireyin, fiziksel, emosyonel, entelektüel, sosyal gelişim ve spiritüel fonksiyonlarının önceki haline göre bozulduğu bir durumdur (49). İnsan biyopsikososyal bir varlıktır ve tedavide; fiziksel, psikolojik ve sosyal yönleri alınarak, bu üç alan birbiri ile etkileşim halinde olduğu unutulmamalıdır (5).

Sağlıklı bir biçimde yaşamını sürdüren birey, sağlığının kaybıyla birlikte hasta rolünü üstlenmekte ve bu yeni rol, hastanın kendisine özgü anlamlar yüklemesi nedeniyle ruhsal durumunun etkilenmesine neden olmaktadır (51). Bu nedenle fiziksel hastalığı olan kişilerin psikolojik bakımı; “hastayı anlamadan, hastalığı ve tepkileri anlayamayız” ve “sadece vücut organları ile değil, bir bütün olarak insan varlığı ile uğraşılması gerekir” anlayışını temel alır (7, 52).

Psikolojik bakım, ciddi bir hastalık ya da yaralanmaya karşı tepki gösteren ve bu durumla baş etmeye çalışan hastaya, doğrudan yardım etmeyi ve sürekli destek sağlamayı içeren psikososyal tedavi hizmetidir (1, 52). Psikolojik bakımın amacı, kızgınlık, öfke, suçluluk gibi duyguların serbestçe ifade edilmesini ve hastalıkla ilgili

düşüncelerin anlatılmasını cesaretlendirmek; psikolojik ve sosyal uyumu sağlayarak yaşam kalitesini arttırmak; hasta, aile ve sosyal etkileşim alanları arasındaki ilişkiyi güçlendirmektir (53). Kocaman'ın da belirttiği gibi Tunmore (1990), Nichols and The Management Advisory Service (MAS) tarafından temel iletişim ve tanılama becerileri, rutin-önleyici psikolojik bakım, özelleşmiş psikolojik müdahaleler ve psikoterapi olmak üzere dört düzey içeren bir psikolojik bakım modeli tanımlamıştır (52, 54).

Tablo 1: Psikolojik bakım düzeyleri (Tunmore 1990)

Psikolojik Bakım Düzeyleri	
Düzyey I: Temel iletişim ve tanılama becerileri	Bilgi verme, görüşme, Dinleme ve empati, Psikolojik gereksinimleri tanımlama-sunma, Aktarılan problem hakkında bilgili olma
Düzyey II: Rutin-koruyucu psikolojik bakım	Hasta/ailesinin stresle baş etme yeteneği, Terapötik ilişki kurabilme, Duyguların ifade edilmesini kolaylaştırma, Aktarılan problem hakkında bilgili olma.
Düzyey III: Özelleşmiş psikolojik girişimler	Kurumsal modeller ve beceri eğitimlerine dayalı çeşitli psikolojik girişimler, Danışman denetimi altında kısa süreli çalışma gibi.
Düzyey IV: Terapi	Bilişsel terapi, aile terapi, davranış terapi gibi psikoterapi uygulamaları.

Psikolojik bakımın ilk düzeyindeki beceriler: uygun bilgi verme, görüşme, dinleme, empati becerilerini kullanarak hasta üzerindeki etkileri gözleyebilmeyi, psikolojik gereksinimleri tanımlayabilmeyi içeren temel iletişim ve tanılama becerileridir. Bunlar, hastalar veya onların aileleri/yakınlarıyla doğrudan ilişki kuran tüm disiplinlerdeki ekip üyeleri tarafından kullanılan, bakımın minimum standartlarını sağlamak için gerekli olan becerilerdir (52, 55, 56)

Psikolojik bakımın temelini oluşturan iletişim ile sadece hastanın söyledikleri ve ifade ettikleri değil, bunun yanında sözel olmayan davranışların anlaşılması da önemlidir (52, 55, 56). Göz teması, beden dili, mimik ve jestler, yüz ifadesi,

dokunma gibi sözel olmayan davranışlar, sözlü iletişimi pekiştirmek amacıyla kullanılmakta ve böylece kişilerarası iletişimde duyguları düzenleyerek sözlü iletişimi desteklemektedir (57, 58). Yumuşak ve sıcak göz teması açık iletişimi desteklerken, bireyin el kol hareketleri ve duruşu kişinin içinde bulunduğu ruhsal durumu hakkında önemli ipuçlarını elde etmek mümkündür (1, 58, 59, 60). Ayrıca dokunma yoluyla hastalara yakınlık, ilgi, destek, anlayış, empati gibi mesajlar iletilmekte ve güçlü bir terapötik etki sağlayarak korku, anksiyete, kontrol kaybı gibi duygular azaltılmaktadır.(19, 61).Başarılı bir sözel olmayan iletişim için S-O-F-T-E-N akronimi ile özetlenen birtakım davranış kuralları vardır. Bunlar;

- S (smile): Gülümseyin.
- O (openposture): Ulaşılabilir biçimde oturun (*el, kol ve bacakları çaprazlamamak*)
- F (forwardlean): Öne eğilerek dinlediğinizi gösterin.
- T (touch): Dokunun, sıcak bir el sıkışma vb.
- E (eyecontact): Göz teması kurun
- N (nod): Baş hareketiyle dinlediğinizi ve anladığınızı gösterin (onaylama değil) (59).

Bilgi verme, psikolojik bakımda diğer önemli bileşendir (52). Hastalar genellikle genel durumu ve hastalıklarıyla ilgili bilgi almak isterler. Hastaya bilgi vermeden önce, hastanın durumu ile ilgili mevcut bilgileri, bildiklerindeki yanlışlıklar, eksiklikler, istedikleri bilginin tipi, miktarı, hemşireden beklentileri belirlenmeli ve soru sormaları için fırsat verilmelidir. Hastaya bilgi verirken; sözel bilgiler yazılı materyalle desteklenmeli ve anlaşılması kolay olmalıdır. Yazılı bilgiler de sözel olarak anlatılan bilginin özeti şeklinde kısa, öz ve önemli noktaların vurgulanması şeklinde olmalıdır. Yetersiz bilgilendirme, hastanın tedaviye uyumunun bozulmasına neden olur. Bilgi verme ise hastanın fiziksel ve psikolojik olarak rahat olmasını sağlar (52, 55, 56, 62).

Psikolojik bakımın ikinci düzeyindeki beceriler: Hasta ve ailesinin stresle baş etme yeteneğini arttırmayı, duygularını ifade etmeleri için teşvik etmeyi ve hastayla terapötik ilişki kurabilmeyi içerir. Psikolojik bakımın bu düzeyi problemleri önleyebilir ve psikolojik tedaviye duyulan gereksinimi azaltabilir (52, 55, 56).

Aile üyelerinden birinin fiziksel bir hastalığı ya da hastaneye yatması, aile ve kişi için stres kaynağıdır. Bu stres altında aile içi ilişkiler etkilenir ve buna bağlı ailede beklenmedik değişimler, bazen uygun olmayan başa çıkmalarla çözümsüz ve ciddi sorunlar da beraberinde getirir (1). Psikolojik bakımın ikinci düzeyinde hasta ve ailesinin hastalığa uyumu sağlanıp, hastalık hakkında duygularını ifade etmesi için cesaretlendirilir. Ayrıca hasta ve yakınlarının hastalık ve hastaneye yatışla ilgili baş etme yöntemleri öğrenilip baş etme yöntemleri tanımlanmalı ve uyuma dönük, etkili bas etme yollarını kullanması öğretilmelidir.

Psikolojik bakımın üçüncü düzeyindeki beceriler: Sorun çözme, anksiyete ile baş etme yöntemleri gibi becerilerdir. Hemşirelerin, hastaların psikolojik sorunlarıyla uğraşmada yeterli olmalarını gerektirir ve bu düzeyde uzman klinik hemşire ve liyezon psikiyatrisi hemşiresinin becerilerine ihtiyaç duyulmaktadır. Ayrıca sosyal çalışmacı, psikologlar ve psikiyatristlerle de birlikte çalışmaktadır. Örneğin; gevşeme teknikleri, hastanın bedeni ve yaşamı üzerinde kontrolü olduğu inancını geliştirmede yararlı olup, özellikle stresle ilgili hastalığı olan hastalarda bu uygulamanın etkin olduğu gösterilmiştir (52, 55, 56).

Psikolojik bakımın dördüncü düzeyindeki beceriler: Bilişsel terapi, davranışçı yöntemler, aile terapisi gibi psikolojik tedavi yaklaşımlarını içerir. Bunun için bakım veren hemşirenin özelleşmiş eğitim alması ve/veya alanında/konusunda uzman bir profesyonelden veya terapistten danışmanlık alması gerekir (52, 55, 56). Bu noktada “Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliği” alanında uzman profesyonel olarak karşımıza çıkmaktadır.

2.4. Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliği

Gerçek veya potansiyel fiziksel fonksiyon bozukluğu nedeniyle sağlık bakım sistemine giren hastaların ve ailelerin, primer koruma, tedavi, bakım ve rehabilitasyona kadar uzanan yelpazede ortaya çıkan “emosyonel, felsefi, gelişimsel, bilişsel ve davranışsal” tepkilerini, ruhsal ve psikososyal sorunlarını tanımlayan, tedavi ve bakımında rol alan, izleyen, hemşirelerin psikiyatrik tıp alanında

eğitimlerini sağlayan ve bu alanda araştırmalar yapan psikiyatri hemşireliğinin bir üst uzmanlığına konsültasyon liyezon psikiyatri hemşiresi denir (1, 52).

Psikiyatrinin genel hastanelere geçişiyle birlikte, tıbbi hastalara ruh sağlığı hizmetlerinin sunulmasına yönelik düşünceler 20. yüzyıl başlarında gündeme gelmiştir. (7, 55, 63, 64)

1920’li yıllarda liyezon psikiyatrisinin gelişmesine Cannon’un duyguların fizyolojisine ilişkin bulguları (homeostazis), Wolf’un stresin psikofizyolojisine ilişkin çalışmaları, Alexander’ın psikosomatik hastalıklara ilişkin “özümlenmeler” kuramı, Dunbar’ın belirli psikosomatik hastalıklarda, belirli kişilik profilleri olduğu yönündeki gözlemleri ve Selye’nin “genel adaptasyon sendromu” kuramı (stres-otonom sinir sistemi ilişkisi) bu alanda önemli katkılar sağlamıştır. (7, 55, 64)

1930’lu yıllarda, biyopsikososyal bütüncül yaklaşımın geçerli kılınmasına dönük sistematik klinik çalışmalar yapılmaya başlamıştır. 1934 yılında, tıp ve psikiyatrinin genel hastanede bütünleşmesiyle; tanı ve tedavi etkinliğinin ve kalitenin arttığını, hastanede yatış süresinin kısaldığını araştırmalarıyla ortaya koyan Edward G. Biblins tarafından ABD’de Colorado Hastanesi’nde “Liyezon Psikiyatrisi” adı altında ilk klinik kurulmuştur. II. Dünya Savaşı’ndan sonra ABD’de başta üniversiteler olmak üzere, genel hastanelerde de KLP servisleri hızla gelişip, kurumsallaşmıştır (5, 7, 65).

1950’li yıllarda psikofarmakolojideki gelişmeler, psikoterapi uygulamalarının yayılması KLP servislerinin gelişmelerini olumlu etkilemiştir. 1960’larda hemşirelik dergilerinde, hastanın psikososyal gereksinimleri ve hastaneye yatışın psikolojik etkileri konusunda yayınlar çıkmıştır. Psikolojik faktörlerin tedavi sürecini etkilediği, hastaların kültürel ve psikososyal gereksinimlerinin algılanıp, yalnız hastalığın değil, insanın bir bütün olarak tedavi edilmesinin gerekli olduğu vurgulanmıştır (65, 66)

1963’lü yıllarda ilk kez hemşirelik konsültasyonları Kuzey Carolina’daki Duke Üniversitesi’nde danışman hemşire olarak çalışan Betty Sue Johnson tarafından uygulamaya başlandığında, psikiyatri servisinde tam zamanlı çalışan konsültan psikiyatri hemşiresi, tıbbi ve cerrahi birimlerde hemşire-hasta arasındaki ilişkileri kuvvetlendirmede, hastaların duygusal durumuna hemşirelerin duyarlılığını arttırmada, hastaların hastalıkları ve iyileşmeleriyle ilgili yaşadıkları endişelerin etkilerini tanımlamada, klinik hemşirelerin hastaları için uygun psikolojik

müdahaleleri planlamalarında rol almış, direkt hastalarla çalışmamıştır. O yıllarda, danışmanların en önemli görevi, çalışanların birbirleri ile olumlu ilişkiler kurmasını sağlamaktı. Zamanla, hasta ve ailelerin ruhsal sorunlarını uygun biçimde değerlendirmek için doğrudan müdahalenin gerekli olduğu görülmüştür (52, 55, 64).

Robinson, 1968’de hemşireden hemşireye konsültasyonu vurgulayan bir model tanımlamıştır. Bu modele göre liyezon hemşireliği; doğrudan hasta bakımı hizmeti vermek ve bakımı daha terapötik hale getirme gibi iki temel işleve sahiptir (55, 64).

1970’li yıllarla birlikte geniş bilgi birikimi, klinik yapılanması, muayene ve tedavi yöntemleri, uygulama ilkeleri, klinik, eğitim ve araştırma hedefleri ile KLP bir uzmanlık alanı olarak gelişmiştir. Liyezon hemşiresi, genel hastanelerde, tüm hemşirelik hizmetlerinde hastalara ve hemşirelere danışmanlık sağlamış ve hemşirelik hizmetleri bölümünün bir parçası olmuştur (7, 55, 64).

1972 yılında Baltimor’daki Maryland Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi ilk olarak psikiyatri hemşireliğinde master programının bir parçası olarak KLP hemşireliği derslerini başlatmıştır. Bunu Yale Üniversitesi ve San Fransisco’daki Kalifornia Üniversitesi takip etmiştir (55, 64, 65).

1980 çalışmaları ve yayınlarında, sıklıkla hemşire-hasta iletişimi ve ilişkisi üzerinde durulmaya başlandığı görülmektedir. Lipowski psikiyatri konsültasyonlarının en yaygın olarak “hasta ve bakım veren arasındaki iletişim sorunları” nedeniyle istendiğini, bunun da liyezon hemşirelerinin rolünü ortaya çıkardığını ifade etmiştir. Lipowski, liyezon psikiyatrisi hemşiresinin psikososyal hasta bakım standartlarını yükseltmeye yardım ettiğini, dâhiliye ve cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelere danışmanlık yaptığını, bu hemşirelerin hastaların psikolojik gereksinimlerine duyarlılığını ve uyumsuz davranışı olan hastalara karşı toleransını arttırdığını, ayrıca ekibe liyezon psikiyatrisi hemşiresi katıldığından bu yana psikiyatriye nakledilen hasta sayısının ve hasta-sağlık elemanı arasındaki çatışmalara müdahale sayısının arttığını yazmıştır (52, 64, 65)

1990’lı yıllarda konsültasyon liyezon psikiyatrisinin amacı, psikiyatri dışı fiziksel hastalığı olanlarda, psikiyatrik problemlerin önlenmesi, bakımı ve tedavisidir. KLP hemşiresi danışanlara yeni bilgiler sağlar, destek olur, rehberlik yapar, elemanların mevcut problemleri çözmelerine yardım eder, gelecekte benzer

durumları çözmelerini sağlar. Psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin ruh sağlığı ile, psikiyatrik problemleriyle ilgilenmek, KLP hemşirelerinin diğer bir önemli görev alanı olarak ortaya çıkmaktadır. 1990'larda bu alandaki önemli bir gelişme de, American Nurses Association (ANA)'nın KLP hemşireliğini resmi olarak tanıması ve uygulama standartlarını kabul etmesidir. ANA'ya göre KLP hemşireliği hastalara, ailelerine direkt bakımı, hemşirelerle ve diğer sağlık bakım verenlerle konsültatif, işbirlikçi, eğitici ilişkiye sahip olmayı içerir (55, 64, 65). ANA KLP hemşireliğinin psikiyatri hemşireliğinde master derecesi gerektirdiğini de bildirmiştir. KLP hemşireleri ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinde derin bilgiye, beceriye ve yeteneğe sahip olmalı aynı zamanda yaratıcı ve öğrenmeye istekli psikiyatri hemşireleri olmalıdır (55, 64, 65).

Konsültasyon liyezon psikiyatri (KLP) hemşiresi, KLP ekibinde bulunan psikiyatrist, liyezon psikiyatri hemşiresi, klinik psikolog, psikiyatrik sosyal hizmet uzmanı ile birlikte çalışır. KLP hemşiresinin iki türlü amacı vardır. Biri direk hastayla ilgili sorunların çözümü iken, diğeri ise bakım veren ve hemşirelerin psikososyal sorunların çözümü içindir. Bu amaçlar;

- Fiziksel hastalığı olan hastaların bütüncül sağlığını yükseltmek ve psikososyal uyumuna yardım etmek,
- Psikiyatrik bozuklukları azaltmak ve önlemek,
- Hastalığın yol açtığı yaşam sorunlarıyla baş edebilecek güce gelmesine ve hastalık yaşantısından bir anlam çıkarmasına yardımcı olmak,
- Hemşirelerin ve diğer bakım verenlerin psikososyal tanılama ve bakım becerilerini geliştirmek,
- Hemşirelerin profesyonel gelişimlerini kolaylaştırarak onların kendi klinik uygulamaları ve bakım aktiviteleri ile ruh sağlığı kavramları ve uygulamalarını bütünleştirmelerinde yeterli olmalarını sağlamak,
- Hemşirelerin benlik saygılarını arttırmada, iş stresiyle başa çıkmalarında ve ekip içi çatışmaları çözümlenmelerinde de katkı sağlamaktır (1, 52).

KLP hemşiresinin görevleri;

- Hastanın ve ailenin psikososyal gereksinimlerini belirlemeye yönelik veri toplar (psikososyal tanılama yapar), hemşirelik tanısı koyar, psikososyal bakım verir ve sonuçlarını değerlendirir. ,
- Hastanın ve ailesinin hastalık ve hastanede yatmakla ilgili streslerini, krize reaksiyonlarını, başetme davranışlarını ve uyum düzeylerini değerlendirir.
- Hasta ve ailesinin hastalığa ilişkin algılamalarını değiştirmede, problemlerini çözmede, anksiyete yönetiminde yardımcı olur.
- Psikiyatri dışı tıbbi-cerrahi servislerde çalışan hemşirelerin, hastaların ve ailelerinin psikososyal gereksinimlerine duyarlılığı arttırmaya, gözlem, tanılama ve terapötik iletişim becerilerini iyileştirmeye yönelik girişimlerde bulunur (52).

KLP hemşiresinin rol ve fonksiyonları, dört ana kategoride toplanmakta ve baş harfleri CARE sözcüğünü oluşturmaktadır. Bunlar;

- C- Clinical (Klinik)
- A- Administrate (Yönetim-İdari)
- R- Research (Araştırma)
- E- Education (Eğitim)

2.4.1. Klinik Rolü

KLP hemşirelerinin klinik rolü, konsültasyon ve liyezon şeklinde ikiye ayrılır. Konsültasyon, bir danışanın isteğine istinaden, hastanın ruhsal durumunun uzman biri tarafından değerlendirilip, hastanın tedavisine önerilerini ilettiği, iki profesyonel arasında gelişen bir durumdur (52, 55, 65).

Konsültasyon hasta odaklı, danışan odaklı ve sistem odaklı olmak üzere üçe ayrılır. Hasta odaklı konsültasyon; KLP hemşiresi hasta, hasta ailesi ya da hastaya bakım veren kişi ile çalışarak, bu kişilerin ruhsal gereksinimlerine müdahale eder ve girişimlerini kolaylaştırır (52, 55). Örneğin; MI geçiren hastanın anksiyetesini azaltma, DM ya da HT gibi kronik bir hastalığı olan hastanın uyumunu sağlama, kanser tanısı alan hastanın ve ailesinin hastalığa tepkilerini, algılamalarını

çözümleme gibi. Danışan odaklı konsültasyon; KLP hemşiresi sağlık çalışanları, yöneticiler, danışanlar ve gruplarla çalışır. Sağlık çalışanlarının yeni role uyumlarını sağlamak, iş yükü stresi, ölüm gibi ruhsal gereksinimleri ile uğraşmak, yöneticilerin müdahalelerini kolaylaştırmak, aktif olarak danışana müdahale etmektir (1, 52, 55). Örneğin, İş yükü nedeniyle işten ayrılmayı düşünen sağlık çalışanları, iş yükünü paylaşmayan sağlık elemanının yüzleşmesine yardım etmek, rol tanımları ve grup normlarını tanımlamaya yardım etmek gibi. Sistem odaklı konsültasyon da ise KLP hemşiresi yöneticilerle, çalışanların ruh sağlığına temellenen programların geliştirilmesini sağlar (1, 52).

Liyezon, etkin işbirliği ve iletişimi arttırmak, hasta ve bakım verenler arasındaki çatışmaları azaltmak için sağlık çalışanlarının ilişkisi anlamında kullanılır (1, 55, 65). Liyezon modelinde hemşire, psikososyal sorunları ve psikiyatrik bozuklukları saptar, hastaya terapötik bir ortam sağlar ve tedavi ekibi ile işbirliği yapar, hastalara doğrudan ya da dolaylı olarak psikososyal bakım verir, fiziksel hastalığa sahip hastalara bakım veren hemşirelerin, hastaların psikolojik gereksinimlerini daha iyi ele alabilmeleri için bilgi ve beceriyi arttırmaya yönelik eğitim programları düzenler (1, 52).

2.4.2. Eğitim Rolü

KLP hemşiresi hastaların, ailelerin ve genel hastanede çalışan hemşirelerin eğitiminden sorumludur. Fiziksel hastalığa sahip hastaların ve yakınlarının gösterdikleri tepkileri fark etmelerine, yaşadıkları sorunlarla baş edebilmelerine, hastalığa uyumuna, psikiyatrik belirtilerin erken tanınmasına ve yardım alabilmelerine, yaşadıkları sorunları ifade edebilmelerine ilişkin eğitimler verilir (52, 55, 65). Klinikte çalışan hemşirelerin hasta ve aile ile iletişimlerine, hastanın gösterdiği tepkileri tanıyabilmelerine, hasta bakımını psikolojik boyutlarıyla ele alabilmeleri ve bütüncül bakış açısının gelişmesine, çözümlenmesi güç olan klinik problemlerin analizi, yas, anksiyete, kriz, intihar gibi bir çok konuda hemşirelere aydınlatıcı bilgiler verilmesine, klinik uygulamada akıl sağlığı kavramlarının ve uygulamalarının öğretilmesine, uygun psikiyatrik ve hemşirelik girişimlerin geliştirilmesine ilişkin konularda eğitim verilir (1, 52).

2.4.3. Araştırma Rolü

Araştırma yapmak KLP hemşiresinin profesyonel rolüdür. Klinik uygulama, veri toplama aktiviteleri, toplanan bilgilerin kesin ve ayrıntılı kaydedilerek saklanması sağlar ve meslektaşlarının araştırma çabalarına destek verir (1, 52, 55).

2.4.4. Yönetim Rolü

Örgüt ve bölüm düzeyinde politika saptanması ve komitelere üyelik idari fonksiyonudur. Sıklıkla, hastaların intihar riskinde, şiddet olasılığında, yaşam devamlılığında, geri çekilmeye, alıkoymada kullanılan yasal ve etik olarak pek çok sorunun ele alınışında ve gözden geçirilmesinde önemli ipuçları ve öneriler getirebilir (1, 52, 65).

2.5. Yoğun Bakımda Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliği

Hasta bakımının en yoğun şekilde uygulandığı, bir ya da çoklu organ yetmezliklerinin tedavi edildiği, yirmi dört saat hizmet veren, temel ve ileri yaşam desteğinin sağlandığı, multidisipliner yaklaşım gerektiren YB ünitelerinde yatan hastalar, yatağa bağımlı, günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremeyen ve hemşire bakımına ihtiyaç duyan hastalardır (67).

Yoğun bakımda yatan hastalar, yabancı ortamda bulunma, çevresinde yabancı kişilerin bulunması, akut yoğun bakıma getirilmeleri, invaziv ve noninvaziv işlemler, iletişim kuramama, açlık ve susuzluk, cihazlara ve yoğun bakıma bağımlılık duygusu, cihazların çıkardığı yüksek ve monoton sesler, yakınlarını ve aileyi görememe, hareket kısıtlılığı ve tedavisi hakkında bilgilendirilmeme gibi nedenlerle çeşitli stresörlerle karşılaşmaktadır (9, 19, 30, 33). Fiziksel hastalıklara gösterilen psikososyal tepkiler; hastalığa, organın işlev kaybı ve kaybın kişisel anlam-önemine, kişilik yapısına (inançlar, tutumlar), hastalıkla ilgili daha önceki deneyimlere, ailenin hastalığa tepkisine, hastalığın kişi için anlam ve önemine, rol kaybı olup olmayacağına bağlı olarak değişir (Köroğlu 2006). Yadsıma (inkar), regresyon, yansıtma, represyon, öfke, anksiyete, depresyon, bağımlılık gibi psikososyal

tepkilerin yanı sıra fiziksel hastalıklara organik beyin sendromları (deliryum, demans), depresif hastalık, anksiyete bozukluğu, somatoform bozukluklar, kişilik bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozukluğu, psikotik reaksiyon ve psikofizyolojik bozukluklar da eşlik edebilir (4).

Tablo 2: Yoğun bakımlarda sıklıkla görülen psikiyatrik sorunlar (68)

Koroner Yoğun Bakım	Cerrahi Yoğun Bakım	Dahiliye Yoğun Bakım
Anksiyete	Deliryum	Suisid girişim
Depresyon	Depresyon	Depresyon
Uyum güçlüğü	Uyum güçlüğü	Kişilik bozuklukları
Kızgınlık	Ayrılma anksiyetesi	Deliryum
Deliryum	Ajitasyon	Uyum güçlüğü
Ajitasyon		Anksiyete

Yoğun bakımlarda çok çeşitli özelliklere sahip hasta grupları (*bilinci açık, bilinci kapalı, entübe-bilinci açık, entübe-bilinci kapalı*) yatmaktadır. Bunlardan biri olan entübe ve mekanik ventilasyon ihtiyacı olan hastalar bir taraftan kendi yaşamlarından endişe duyarlarken diğer taraftan yaşamsal gereksinimlerini anlatamamaları nedeni ile sıkıntı yaşarlar. Akıncı ve ark'nın (69) entübasyon ile ilgili hastaları şiddetli düzeyden orta düzeye kadar rahatsız edici konuları incelediği bir çalışmada, hastaların %88'i konuşamamayı, %82'si endotrakeal tüpün uykuyu engellemesini, %80'i endotrakeal tüpün yarattığı boğulma hissini, %74'ü endotrakeal tüpün rahatsızlık yaratmasını ve %68'i endotrakeal tüpten yeterli hava alamamayı rahatsız edici konular olarak belirtmiştir. Mekanik ventilasyon ile tedavi edilen hastalarda yaşanan bilgilendirilememe ve iletişim güçlükleri hastalarda büyük stres yaratmakta, depresyon, sıkıntı, anksiyete, korku, öfke, hüsrana, panik, uyku bozuklukları, benlik saygısı ve kontrol kaybını hissetmesine neden olmaktadır (70, 71). Entübe hastaların hatırlatmalara ve kısa açıklamalara ihtiyacı olabilir: "*Nefes almama yardım eden boğazında bir tüp var*", "*Tüp boğazındayken konuşmamalısın*" gibi. Bu hatırlatmalar ve açıklamalar cesaretlendirici ve destekleyici basit cümlelerde

içermelidir: “İyi yapıyorsun”, “Her şey yolunda”, “İyileşmene yardım ediyoruz” ve “Nefesini daha iyi hissedeceksin” gibi... (72).

Yoğun bakım hastalarının bilinci organik bir bozukluk sonucu ya da sedasyon verilmesiyle kapanır. İşitme duyusu en son kaybedilen duydur ve bilinci kapalı hastaların da işitme duyusu devam eder. Bilinci kapalı hastanın sözel iletişiminin kaybolması ya da azalması duyusal uyaran azalmasına ve buna bağlı olarak da; korku, kaygı, depresyon, halüsinasyon ve deliryum gibi psikolojik reaksiyonlar görülebilir (73). Oysa ki yapılan çalışmalarda, bilinci açılan bazı hastalarla görüşülmüş ve hastaların bilinci kapalı iken gerçekleşen çeşitli konuşmaları duydukları ifade edilmiştir (74). Çalışmalarda, tanıdık seslerin olumlu etkileri görülmüş ve tanıdık sesleri işitmenin bir hastanın klinik durumu üzerinde etkileri olabileceği belirtilmiştir. Jesus (2013) tarafından belirttiğine göre, Jones ve ark. dört farklı uyaran vererek (*rock müzik, klasik müzik, doğa sesleri ve aile/arkadaş sesleri*) bilinç düzeyini, fizyolojik ölçerler (*nabız, solunum hızı, vücut hareketlerini ve yüz hareketi*) ile değerlendirdikleri çalışmalarında, ailenin ve arkadaşlarının bant kaydının bilinçli olmayan hastaları diğer uyarılardan daha fazla uyardığını bulmuşlardır. Bu çalışma bilinçsiz hastaların algılarının bir ölçüde korunduğunu göstermektedir (75).

Yoğun bakımda izlenen hastalara çeşitli nedenlerle izolasyonlar uygulanabilmekte ve izolasyon uygulaması, hastaların aileleri ile görüşmeleri sınırlandırılmakta, yakınları ve sağlık personeli ile iletişimleri kısıtlı kalabilmekte ve buna bağlı kendilerini dışlanmış, yalnız hissettiklerini, korktuklarını, anksiyete, depresyon, uyku bozuklukları, halüsinasyon, görme ve algılama bozuklukları görülmektedir (19).

Yoğun bakım hemşireleri; hastaların durumunu sürekli izleyen, değerlendiren, gerektiğinde acil müdahalede bulunan, sağlık durumlarının optimal seviyeye getirilmesi için gerekli bakımı veren, hasta ve aile ile işbirliği yapan ekip üyeleridir (76). Hastayı yakından gözleme fırsatı bulunan ve hastayla 24 saat birlikte olan hemşireler, hastaların fiziksel bakım gereksinimlerini başarılı olarak karşılarsa da psikolojik ve sosyal yönleri göz ardı edilebilmektedir (13, 14). Buna bağlı olarak da hastada gelişen psikososyal sorunları anlamak ve çözümlenmek mümkün

olamayacaktır. Oysa ki hastaya zaman ayırmak, soru sorma fırsatı vermek, empati kurmak ve ulaşılabilir olmakla psikososyal sorunlar tanımlanabilir ya da önlenebilir (76). Ne yazık ki yoğun bakım hemşirelerinin yoğun çalışma listeleri ve iş yükünün fazla olması, acil müdahaleye aktif katılımları, hastaların özbakım ihtiyaçlarını bire bir karşılamaları, psikososyal bakım konusunda yeterince bilgi ve beceriye sahip olmamaları nedeniyle fiziksel bakımdan öteye gidememektedirler. Ayrıca bütüncül bakım vermek üzere eğitim gören hemşireler, hasta davranışlarındaki değişikliği ve izahı güç durumları not etmekte ancak hastaların psikolojik bakımı için çoğu zaman yardıma ihtiyaç duymaktadır (52). Bu durumda fiziksel hastalığı olan hastaların psikososyal tanılama ve bakımında ve psikiyatrik bozukluğu olan hastaya yaklaşımda bu konuda uzman “*Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği*”nin uygulanmasına ihtiyaç vardır (77).

Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği (KLPH), psikiyatri hemşireliğinin bir alt uzmanlık alanıdır ve fiziksel hastalığı olan hastalara psikososyal bakım, bu hastalarla çalışan hemşirelere rehberlik ve eğitim, hastanın ailesi ile işbirliği, kişilerarası ilişkilerin önemi üzerinde durur. KLPH danışanlara yeni bilgiler sağlar, destek olur, rehberlik yapar, çalışanların mevcut sorunları çözmelerine yardım eder, gelecekte benzer durumlarda sorun çözme gücünü artırmalarını sağlar (52, 55, 78). KLPH'nin klinik rolünde, konsültasyon ve liyezon olmak üzere iki ana işlevi bulunmaktadır.

Dinamik, çok yönlü, sirkülasyonu hızlı ve başarısının genelde çalışan personelin niteliğine bağlı olan YBÜ, yaşamı tehdit altında olan bireylere hizmet vermekte ve çok üstün bir teknolojik donanımın yanı sıra, alanında uzman sağlık çalışanlarının hizmet sunduğu özel ortamlardır (60). Bu ortamlarda yatan hastalar ve hemşireler, KLPH'nin konsültasyon ve liyezon işlevlerine ihtiyaç duymaktadır. Konsültasyon, bir danışanın isteğine yanıt olarak, hastanın ruhsal durumunun uzman biri tarafından değerlendirilip, hastanın tedavisine yardımcı fikir ve önerilerinin iletilmesini sağlayan iki profesyonel arasında bir etkileşim yöntemidir (52). Konsültasyon modeli, doğrudan gerekli psikiyatrik sorun ortaya çıkınca; hastanın muayenesi ve önerileri kapsar. Hastanın tanı ve tedavisine ilişkin görüş, hizmet ve işbirliğini içerir (79). Yoğun bakımda psikiyatrik konsültasyon ile yoğun bakım psikoza, psikiyatrik ilaçların kullanımı ve ilaç etkileşimleri, uyum güçlükleri,

açıklanamayan fiziksel (somatik) belirtiler, fiziksel hastalığın ve yoğun bakım şartlarının yarattığı ruhsal travma, uyku bozukluğu, iştahsızlık, kilo ve enerji kaybı gibi depresyon belirtileri ile tıbbi hastalığın karıştırılması, var olan psikiyatrik hastalığın sağaltımı gibi acil sorunlarda başvurulur (3, 80). KLPH'si tıp elemanları ve hemşirelerden gelen konsültasyonları değerlendirebileceği gibi, direkt hemşireden hemşireye gelen konsültasyonları da değerlendirebilir. Bu konsültasyonlarla KLPH'si fiziksel hastalığa ve yoğun bakımda bulunmaya karşı normal ve patolojik tepkilerini, hastalık davranışını, tedaviye uyumu ve tutumunu, problem çözme, destekleyici psikoterapi, cesaretlendirme terapileri, bilişsel ve davranışçı terapi müdahalelerini ve eğitimi içerir (52).

Liyezon psikiyatri, çeşitli uzmanlık alanları ile işbirliğine dayanan, tıbbi durumlar ile psikososyal durumlar arasındaki bağlantı ve etkileşimi araştıran, fiziksel hastalıklara eşlik eden psikososyal sorunların tanı, tedavi, izlenmesi, araştırma etkinlikleri ve eğitimi ile uğraşan psikiyatri disiplini (81). KLPH'sinin liyezon rolünde, hasta, aile ve sağlık elemanları ile işbirliği yaparak psikiyatrik komorbiditenin erken tanınması ve önlenmesi, fiziksel bakım ile psikiyatrik bakımın birleştirilmesiyle devamlı ve informal bakım verir (64, 81, 82, 83). Yoğun bakım, diyaliz, onkoloji, jinekoloji, kadın doğum, pediatri, geriatri, cerrahi, acil ve palyatif gibi kliniklere rutin ziyaretler yapılarak buralarda psikososyal problemleri ve/veya psikiyatrik komorbiditesi olan ya da riski olan kişilerle KLPH'si görüşmeler yapmaktadır. Ayrıca hastaların taburculuk planlanması, taburculuğa hazırlanması, evde bakım, taburculuk sonrası sorunların çözümünde etkilidir (63, 84). Liyezon rolüyle, sağlık çalışanlarına fiziksel hastalıkların duygusal ve psikiyatrik yönünü, hasta ile sağlık çalışanı arasındaki iletişimi geliştirmek, ekip çatışmasını çözümlemek, hasta ve ailelerine destek ve danışmanlık verir (85).

BÖLÜM III

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Deseni

Araştırma nicel ve nitel veri toplama süreçlerini içeren iki aşamada gerçekleştirilmiştir. Nicel veri toplama süreci olan birinci aşamada İzmir Katip Çelebi Üniversitesi (İKÇÜ) Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi (AEAH)'nde yer alan yoğun bakımlarda (*Koroner YB, Anestezi YB, Dahiliye YB, Beyin Cerrahi YB, Nöroloji YB ve Kalp-Damar Cerrahi YB*) çalışan ve araştırmaya katılım konusunda gönüllü olan 112 hemşireye "Tanıtıcı Bilgi Formu" doldurtulmuştur.

Nitel veri toplama süreçlerini içeren ikinci aşamada, *Durum-Bütüncül Tek Durum deseni* kullanılmıştır. Nitel araştırma; gözlem, görüşme ve döküman analizi gibi nitel veri toplama yöntemlerinin kullanıldığı, algıların ve olayların doğal ortamda gerçekçi ve bütüncül bir biçimde ortaya konmasına yönelik nitel bir sürecin izlendiği bir araştırma yöntemidir. Nitel araştırmalarda derine gidilerek, yüzeyin altındakini çıkarmak esastır (86). Bu amaçla, durum çalışmasında, bir veya birkaç olguyu kendi gerçek yaşam çerçevesinde bütüncül bir yaklaşımla ele alıp, ilgili durumu nasıl etkiledikleri ve nasıl etkilendikleri üzerine derinlemesine araştırma yapılır. Bütüncül tek durum deseni ise, tek bir analiz biriminde (*bir birey, bir kurum vs.*) iyi formüle edilmiş bir kuramın teyit edilmesi veya çürütülmesi, aşırı, aykırı ya da kendine özgü durumların araştırılmasında ya da daha önce kimsenin ulaşamadığı, veya çalışmadığı durumlarda kullanılabilir (86). Bu özden hareketle, çalışmanın ilk aşamasında 112 hemşireden elde edilen anket formları incelenmiş ve ikinci aşamada bu hemşirelerden seçilen ve araştırmaya katılım konusunda gönüllü olan 15 hemşireyle, KLP (*Konsültasyon Liyezon Psikiyatri*) hemşireliğine gereksinim duyup duymadıklarını belirleme, hastalarına psikolojik bakım gereksinimlerini belirleme ve uygulamaya yönelik görüşlerini ortaya koymak amacıyla bireysel görüşme yapılmıştır. Görüşmeler, hafta içi ve hemşirelerin iş yoğunluğunun daha az olduğu zaman dilimlerinde (genellikle saat 12:00-13:00 ve 16:30-17:30 arasında) yapılmıştır.

3.2. Çalışılan Durum

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1848 yılında Sultan Abdülmecid'in izni ile Emin Muhlis Paşa tarafından yapımına başlanan ve 1851 yılında tamamlanıp, ilk olarak Konak Doğum Hastanesi binasında *Gurebay-ı Müslimin Hastanesi* ismi ile hizmete girmiştir. 2 katlı, 60 yatak kapasiteli, taş ve ahşap bir bina olan hastanede bir tabip, bir cerrah, bir eczacı, bir müdür ve bir katip ile hizmete başlamıştır. 1914 yılında özel idareye devredilen hastane *İzmir Memleket Hastanesi* adını almış ve 1932 yılında yatak kapasitesi 300'e çıkartılmıştır. 1982 yılında 900 yatak kapasitesi ile şu anda bulunduğu yere *Atatürk Sağlık Sitesi İzmir Devlet Hastanesi* adıyla taşınmıştır. 2006 yılı Eylül ayında 171 yatak kapasiteli *Alkol ve Madde Bağımlıları Araştırma ve Tedavi Merkezi (AMATEM)* binası ve 2007 yılı Nisan ayında Acil Servis ve Poliklinik binası eklenmiştir. 2012 yılı sonu itibariyle, ameliyathane ve yoğun bakım binaları eklenen hastane, bugün 1100 yatak kapasitesi ile *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi* adı ile hizmet vermeye devam etmektedir.

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, Koroner YB, Anestezi YB, Dahiliye YB, Beyin Cerrahi YB, Nöroloji YB ve Kalp Damar Cerrahi YB olmak üzere toplam 6 yoğun bakım ünitesi bulunmaktadır. Koroner Yoğun Bakım 1. basamak, 12 yatak kapasitesi ve 14 hemşire ile, Anestezi Yoğun Bakım 3. basamak, 31 yatak kapasitesi ve 45 hemşire ile, Dahiliye Yoğun Bakım 3. basamak, 10 yatak kapasitesi ve 17 hemşire ile, Beyin Cerrahi Yoğun Bakım 1. Basamak, 8 yatak kapasitesi ve 14 hemşire ile, Nöroloji Yoğun Bakım 2. basamak, 15 yatak kapasitesi ve 32 hemşire ile, Kalp Damar Cerrahi Yoğun Bakım 3. basamak, 10 yatak kapasitesi ve 18 hemşire ile hizmet vermektedir. Tüm yoğun bakım ünitelerinde çalışan toplam hemşire sayısı 121'dir.

3.3. Evren ve Örneklem / Katılımcılar:

Araştırmanın ilk aşamasında altı yoğun bakım ünitesinde çalışan tüm hemşireler araştırmaya dahil edilmiş ve örneklem seçimine gidilmemiştir. Toplam 121 hemşireden, araştırmanın yürütüldüğü tarihler arasında raporlu ya da izinli olmayan ve çalışmaya katılım konusunda gönüllü olan 112 hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu'nu doldurmuştur.

Çalışmanın ikinci aşaması nitel veri toplama süreçlerini içermektedir. Nitel araştırmalarda, evren ve örneklem kavramlarının yerini “katılımcılar” veya “çalışma grubu” almaktadır (86). Bu araştırmada nitel araştırma yöntemi kullanıldığından araştırmaya katılan hemşireler katılımcı olarak ifade edilmektedir. Bu araştırmanın katılımcılarını, İKÇÜ AEAH yoğun bakım ünitelerinde çalışan ve ilk aşamada Tanıtıcı Bilgi Formu'nu dolduran 112 hemşire oluşturmuştur. Katılımcıların belirlenmesinde amaçlı örneklem yöntemlerinden biri olan maksimum çeşitlilik örnekleme kullanılmıştır.

Amaçlı örnekleme yöntemleri, zengin bilgiye sahip olduğu düşünülen durumların derinlemesine çalışılmasına sağlarken, olgu ve olayların keşfedilmesinde ve açıklanmasında da yararlı olur. Maksimum çeşitlilik örnekleme amaç görelisi olarak küçük bir örneklem oluşturmak ve bu örnekleme çalışılan probleme taraf olabilecek bireylerin çeşitliliğini maksimum derecede yansıtmaktır. Ancak bu örnekleme türünde çeşitliliği sağlamak amacıyla evrene genelleme yapılmaz, çeşitlilik gösteren durumlar arasında ne tür ortaklıkların veya benzerliklerin var olduğunu bulunur (86). Bu araştırmada, aşağıdaki kriterler doğrultusunda maksimum çeşitlilik örnekleme yöntemine göre seçilen 15 hemşire çalışmanın *katılımcılarını* oluşturmuştur.

- Yoğun bakım türü (*Koroner YB, Anestezi YB, Dahiliye YB, Beyin Cerrahi YB, Nöroloji YB ve Kalp Damar Cerrahi YB*),
- Çalışma deneyimi,
- Yaş,
- Eğitim durumu (*sağlık meslek lisesi, lisans, yüksek lisans, doktora*)
- Yoğun bakım hastasının psikolojik bakımı konusunda daha önce eğitim alma durumu

Tablo 3: Maksimum Çeşitlilik Örneğine Göre Seçilen Katılımcıların Özellikleri

Katılımcılar	Yaş	Eğitim	Çalıştığı birim	Çalışma süresi	YB çalışma süresi	Psikolojik eğitim alma durumu
Hemşire 1	27	Lisans	1. basamak YB	4 yıl	4 yıl	Alan
Hemşire 2	36	Ön lisans	1. basamak YB	15 yıl	9 yıl	Alan
Hemşire 3	30	Lisans	2. basamak YB	6 yıl	4 yıl	Alan
Hemşire 4	33	Lisansüstü	2. basamak YB	10 yıl	1,5 yıl	Almayan
Hemşire 5	28	Lisans	2. basamak YB	4 yıl	6 ay	Almayan
Hemşire 6	35	Ön lisans	3. basamak YB	18 yıl	4 yıl	Almayan
Hemşire 7	37	SML	3. basamak YB	8 yıl	8 yıl	Alan
Hemşire 8	25	Lisansüstü	3. basamak YB	4 yıl	2 yıl	Alan
Hemşire 9	25	Lisans	3. basamak YB	5 yıl	5 yıl	Almayan
Hemşire 10	35	Lisansüstü	3. basamak YB	11 yıl	7 yıl	Almayan
Hemşire 11	35	Ön lisans	1. basamak YB	10 yıl	10 yıl	Almayan
Hemşire 12	34	Ön lisans	1. basamak YB	14 yıl	9 yıl	Almayan
Hemşire 13	22	Lisans	3. basamak YB	3 ay	3 ay	Alan
Hemşire 14	21	SML	3. basamak YB	3 ay	3 ay	Almayan
Hemşire 15	24	Lisans	3. basamak YB	2 yıl	1 yıl	Almayan

Tablo 3’de maksimum çeşitlilik örneklem yöntemine göre seçilen katılımcıların özellikleri yer almaktadır. Hemşire 1; 27 yaşında, lisans mezunu, 1. basamak YB’da çalışmakta, 4 yıllık meslek hayatının 4 yılını yoğun bakımda görev yaparak geçirmekte ve psikolojik bakım konusunda eğitim aldığı görülmektedir. Hemşire 2; 36 yaşında, ön lisans mezunu, 1. basamak YB’da çalışmakta, 15 yıllık meslek hayatının 9 yılını yoğun bakımda görev yaparak geçirmekte ve psikolojik bakım konusunda eğitim aldığı görülmektedir. Hemşire 3; 30 yaşında, lisans mezunu, 2. basamak YB’da çalışmakta, 6 yıllık meslek hayatının 4 yılını yoğun bakımda görev yaparak geçirmekte ve psikolojik bakım konusunda eğitim aldığı görülmektedir. Hemşire 4; 33 yaşında, lisans üstü mezunu, 2. basamak YB’da çalışmakta, 10 yıllık meslek hayatının 1,5 yılını yoğun bakımda görev yaparak

geçirmekte ve psikolojik bakım konusunda eğitim almadığı görülmektedir. Hemşire 5; 28 yaşında, lisans mezunu, 2. basamak YB'da çalışmakta, 4 yıllık meslek hayatının 6 ayını yoğun bakımda görev yaparak geçirmekte ve psikolojik bakım konusunda eğitim almadığı görülmektedir. Hemşire 6; 35 yaşında, ön lisans mezunu, 3. basamak YB'da çalışmakta, 18 yıllık meslek hayatının 4 yılını yoğun bakımda görev yaparak geçirmekte ve psikolojik bakım konusunda eğitim almadığı görülmektedir. Hemşire 7; 37 yaşında, SML mezunu, 3. basamak YB'da çalışmakta, 8 yıllık meslek hayatının 8 yılını yoğun bakımda görev yaparak geçirmekte ve psikolojik bakım konusunda eğitim aldığı görülmektedir. Hemşire 8; 25 yaşında, lisans üstü mezunu, 3. basamak YB'da çalışmakta, 4 yıllık meslek hayatının 2 yılını yoğun bakımda görev yaparak geçirmekte ve psikolojik bakım konusunda eğitim aldığı görülmektedir. Hemşire 9; 25 yaşında, lisans mezunu, 3. basamak YB'da çalışmakta, 5 yıllık meslek hayatının 5 yılını yoğun bakımda görev yaparak geçirmekte ve psikolojik bakım konusunda eğitim almadığı görülmektedir. Hemşire 10; 35 yaşında, lisans üstü mezunu, 3. basamak YB'da çalışmakta, 11 yıllık meslek hayatının 7 yılını yoğun bakımda görev yaparak geçirmekte ve psikolojik bakım konusunda eğitim almadığı görülmektedir. Hemşire 11; 35 yaşında, ön lisans mezunu, 1. basamak YB'da çalışmakta, 10 yıllık meslek hayatının 10 yılını yoğun bakımda görev yaparak geçirmekte ve psikolojik bakım konusunda eğitim almadığı görülmektedir. Hemşire 12; 34 yaşında, ön lisans mezunu, 1. basamak YB'da çalışmakta, 14 yıllık meslek hayatının 9 yılını yoğun bakımda görev yaparak geçirmekte ve psikolojik bakım konusunda eğitim almadığı görülmektedir. Hemşire 13; 22 yaşında, lisans mezunu, 3. basamak YB'da çalışmakta, 4 aylık meslek hayatının 4 ayını yoğun bakımda görev yaparak geçirmekte ve psikolojik bakım konusunda eğitim aldığı görülmektedir. Hemşire 14; 21 yaşında, SML mezunu, 3. basamak YB'da çalışmakta, 3 aylık meslek hayatının 4 ayını yoğun bakımda görev yaparak geçirmekte ve psikolojik bakım konusunda eğitim almadığı görülmektedir. Hemşire 15; 24 yaşında, lisans mezunu, 3. basamak YB'da çalışmakta, 2 yıllık meslek hayatının 1 yılını yoğun bakımda görev yaparak geçirmekte ve psikolojik bakım konusunda eğitim almadığı görülmektedir.

3.4. Veri Toplama Araçları:

1. *Tanıtıcı Bilgi Formu*: Araştırmacı tarafından ilgili literatür incelenerek, hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özelliklerini belirlemeye yönelik açık ve kapalı uçlu hazırlanmış 18 sorudan oluşmaktadır (Ek 1). Çalışmanın ilk aşamasında yoğun bakım ünitelerinde çalışan 112 hemşireye uygulanmıştır.
2. *Görüşme Formu*: Araştırmacı tarafından ilgili literatür incelenerek ve uzman görüşü alınarak, yoğun bakımda çalışan hemşirelerin, hastaların psikolojik bakım gereksinimleri, psikolojik bakım uygulamaları ve profesyonel bir desteğe gereksinim duyma durumlarını değerlendiren yarı-yapılandırılmış bir görüşme formudur (Ek 2). Çalışmanın ikinci aşamasında, seçilen katılımcı 15 hemşire ile yapılan bireysel görüşmelerde kullanılmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veriler *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yoğun Bakım Üniteleri'nde* çalışan hemşirelerden nicel ve nitel olmak üzere iki aşamada toplanmıştır.

Nicel veriler, hemşirelerin öz bildirimine dayalı sosyodemografik ve mesleki özelliklerden oluşan anket formu ile Yoğun Bakım Üniteleri'nde hemşire olarak çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 112 hemşireden toplanmıştır.

Nitel veriler, araştırmanın ilk aşamasında Tanıtıcı Bilgi Formu'nu dolduran 112 hemşire içerisinden maksimum çeşitlilik örneklem yöntemine göre seçilen 15 hemşireyle, yarı-yapılandırılmış *Görüşme Formu* doğrultusunda yürütülen bireysel görüşme ile toplanmıştır. Görüşme öncesi yapılan ön görüşmede, hemşirelere, “*yarı yapılandırılmış görüşmenin ne olduğu*”, “*görüşmeler sırasında ses kayıt cihazı kullanılacağı*” ve “*araştırma*” ile ilgili açıklama yapılmış ve hemşirelerin uygun olduğu, iş yoğunluğunun olmadığı gün ve saatler belirlenerek, her bir hemşireye randevu verilmiştir. Her bir hemşire ile yarı yapılandırılmış *Görüşme Formu* doğrultusunda, yüz yüze yapılan ortalama 25-40 dakika süren bireysel görüşme yapılmıştır. Görüşmeler, sessiz, sakin ve katılımcının dikkatini dağıtmayacak şekilde düzenlenmiş bir ortamda yürütülmüştür.

3.6. Verilerin Analizi

Nicel veriler, bilgisayar ortamında Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 21 istatistik paket programı ile değerlendirilmiştir.

Nitel veriler; Hemşirelerle yüz yüze yapılan bireysel görüşmeler ses kayıt cihazı ile kaydedilmiştir. Bireysel görüşmelerle elde edilen toplam 342 dakikalık görüşme kayıtları araştırmacı tarafından çözümlenmek üzere dökümante (rapor) edilmiştir. Daha sonra elde edilen veriler üzerinde, onları açıklayabilecek kavramlara ve ilişkilere ulaşmak amacıyla (86) araştırmacı tarafından içerik analizi yapılmıştır. İçerik analizinde tümevarımcı analiz yaklaşımı tercih edilmiştir.

3.6.1. İçerik Analiz Aşamaları

1. Ses kaydına alınan görüşmelerin tamamı hiçbir değişiklik yapmadan, bire bir hemşirelerin ağzından çıkan tüm sözcükler yazıya aktarılmıştır.
2. Her bir görüşme metni iyice anlaşılincaya kadar satır satır, birkaç kez okunmuş, okurken araştırma amacı doğrultusunda kodlar oluşturulmuş ve doğrudan verilerin yan tarafına (kağıdın sağ kenarına) yazılmıştır
3. Kendi içinde anlamlı bir bütün oluşturan birimlere, o birimi en iyi ifade eden bir kavram verilmiş ve aynı birimlerle tekrar karşılaşıldığında aynı kavram yazılmıştır.
4. Tüm görüşmelerden çıkarılan kavramlar bir araya getirilerek, benzerlik ve farklılıklar araştırılmıştır.
5. Kavramların incelenmesi sonucu birbirleriyle ilişkileri belirlenen, belirli kategori altında toplanabilen temalar oluşturulmuştur.
6. Temalar, çıkan kavramların benzerlik ve farklılıkları, yakınlık ve uzaklıkları değerlendirilmiş ve birbiri ile ilişkili kavramlar temalar altında bir araya getirilerek düzenlenmiştir.
7. Oluşturulan temalardan bir üst anlam ifade eden temalara (*ana temalara*) ulaşılmış ve ardından verilerin raporlanmasına geçilmiştir.

8. Verilerin raporlanmasında; akla yatkınlık, deneyimlere uygunluk, inandırıcılık, önem ve okunurluk özellikleri esas alınmıştır.
9. Son aşamada literatüre katkı ve uygulamaya ilişkin getirilen öneriler açıklanmıştır (86).

3.7. Araştırmanın Etik Kurul ve Diğer İzinleri

Araştırmanın uygulanabilmesi, verilerin toplanabilmesi için *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu*'ndan 28.05.2015 tarihinde izin alınmıştır. Ardından *İzmir İli Güney Bölgesi Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği*'nden 23592379/044 sayılı kurum izni alınmıştır.

Bunların yanı sıra, araştırmaya katılacak hemşirelerle de görüşülmüş, güvenilir yanıtlar alabilmek için uygulamadan önce, araştırma ile ilgili gerekli bilgiler verilmiştir. Bireylerin kendilerini rahat hissedebilmeleri için verecekleri bilgilerin gizli kalacağı ve araştırma dışında herhangi bir yerde kullanılmayacağına dair açıklama yapılmıştır. Bu bilgiler ışığında araştırmaya katılıp katılmama konusunda hiçbir baskı yapılmadan gönüllü katılım olmasına özen gösterilip, araştırmaya katılım konusunda gönüllü olan hemşirelerden Bilgilendirilmiş Onam Formu ile yazılı onam alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Geçerliliği ve Güvenirliği

Araştırmanın geçerliliği ve güvenirliliğini sağlamak amacıyla *inandırıcılık, aktarılabirlik, tutarlık ve teyit edilebilirlik* stratejileri kullanılmıştır.

İnandırıcılık: Nicel araştırmalarda iç geçerliliğin karşılığı olan inandırıcılık; araştırmacının elde ettiği bulguların gerçekliğine, benzer ortamlarda sonuçların geçerliliğine, süreçlerin birbiri ile tutarlı olmasına, verilerin nesnel yaklaşımla toplandığına ve sonuçların da nesnel olarak ortaya konulduğuna ilişkin kanıtlar sunması gereklidir. Bu amaçla Yıldırım ve Şimşek'in de belirttiği gibi, Lincoln ve

Guba uzun süreli etkileşim, derinlik odaklı veri toplama, çeşitleme, uzman incelemesi ve katılımcı teyidi olmak üzere beş yöntem önermektedir (86).

Araştırmacı, katılımcılar ile uzun süreli bir etkileşim içinde olmalıdır. Etkileşim süresi ilerledikçe geçen zaman içinde araştırmacının katılımcılar üzerindeki başlangıç etkisi azalarak, güven ortamı oluşur ve görüşülen kişi verdiği yanıtlarda daha samimi olabilir. Bu nedenle uzun süren görüşmelerde toplanan verilerin geçerliliği daha yüksektir (86). Bu çalışmada da katılımcılar ile yapılan derinlemesine görüşmelerin en az 25 dakika sürmesine özen gösterilmiştir (*uzun süreli etkileşim*) (En uzun görüşme 32 dakika sürmüştür).

Araştırmanın odaklandığı ortamda yer alan veri kaynaklarının farklı algıları, deneyimleri ve bakış açısı olması olağandır. Araştırmacı bu farklılıkları bütün zenginliği ile sergilemelidir (86). Bu çalışmada araştırmacı, katılımcılarını maksimum çeşitlilik örneklem yöntemine göre seçerek bu çeşitliliği sağlamıştır (*çeşitleme*).

Araştırmacının topladığı verilere eleştirel bir gözle bakması, bu verilerin araştırma sorularına yanıt vermede yeterliliğini sorgulaması ve ulaştığı sonuçların gerçeğe uygun olup olmadığını teyit etmesi gerekir (86). Bu çalışmada, araştırmacı topladığı verilerin araştırma sorusuna yanıt verme yeterliliğini bulgular kısmında açıklamıştır (*derinlik odaklı veri toplama*).

Araştırma konusu hakkında genel bilgiye sahip ve nitel araştırma yöntemlerinde uzmanlaşmış kişiden, yapılan araştırmanın çeşitli boyutlarını incelemesi inandırıcılığı artırır (86). Bu çalışmada uzman, araştırmanın deseninden toplanan verilere, analiz ve sonuçların yazımına kadar olan süreçlere eleştirel gözle bakmış ve araştırmacıya geri bildirimde bulunmuştur (*uzman incelemesi*).

Aktarılabirlik: Nicel araştırmalarda dış geçerliliğin karşılığı olan aktarılabirlik, araştırma sonuçları doğrudan benzer ortamlara genellemeden, bu tür ortamlarda sonuçların uygulanabilirliğine ilişkin geçici yargılara ulaşması ve test edilebilir denenceler oluşturması anlamına gelir (86). Bu çalışmada araştırmacı, bulguları genellemekten kaçınarak, yorum katmadan ve verinin doğasına mümkün olduğunca sadık kalınarak okuyucuya aktarılmıştır.

Tutarlık: Nicel araştırmalarda i guvenirlik karşılığı olan tutarlık, araştırmacının araştırmanın tüm aşamalarında (*veri toplama araçları, verilerin toplanması ve analizi*) görüşmecilere tutarlı davranmasıdır (86). Bu çalışmada araştırmacı, verilerin toplanmasında tüm katılımcılarda aynı görüşme formunu kullanarak ve tüm görüşmeleri ses kayıt cihazına alarak bu tutarlılığı sağlamaya çalışmıştır.

Teyit edilebilirlik: Nicel araştırmalarda dış guvenirliğin karşılığı olan teyit edilebilirlik, araştırmacı herhangi bir biçimde toplanan veriyi varlığı ile ya da varsayımları ve inançları ile etkilememesi gerekir. Buna bağlı olarak, toplanan verilerin sürekli teyit edilmesi ve bu çerçevede okuyucuya mantıklı bir açıklama sunmasıdır (86). Bu nedenle tüm veri toplama araçları, ses kayıtları, ham veriler, analiz sırasında oluşturulan kodlar ve temalar uzman tarafından incelenmiştir. Ayrıca bunların hepsi gerektiğinde incelenmek üzere saklanmıştır.

3.9. Araştırma Takvimi

Araştırma Süreci	Ocak-Mart 2015	Nisan 2015	Mayıs2015	Haziran 2015	Temmuz- Eylül 2015	Ekim 2015	Kasım-Aralık 2015	Ocak 2016	şubat-Mart 2016
Literatür tarama ve konunun belirlenmesi	X								
Tez neri formunun oluşturulması		X							
Tez önerinin sunulması			X						
Etik kurul ve kurum izinlerinin alınması				X					
Veri toplama I (<i>anketlerin tüm evrene doldurtulması</i>)					X				
Maksimum eşitlilik örneklem yöntemine göre örneklem seçilmesi						X			
Veri toplama II (<i>yarı yapılandırılmış görüşme ile 15 katılımcıya ulaşılması</i>)							X		
Veri analizi								X	
Rapor yazımı									X

BÖLÜM IV

BULGULAR

Nicel ve nitel verilerden oluşan çalışmanın ilk aşamasından elde edilen nicel verilere ait bulgular şöyledir:

4.1. Hemşireleri Tanıtıcı Bilgilerinin İncelenmesi

4.1.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin İncelenmesi

Tablo 4: Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	N	%
Yaş Grubu		
18-23	28	25
24-29	59	52,7
30-35	17	15,2
36 -†	8	7,1
$\bar{X}= 26,80\pm 4,73$		
Cinsiyet		
Kadın	99	88,4
Erkek	13	11,6
Medeni Durum		
Bekar	79	70,5
Evli	33	29,5
Toplam	112	100

Tablo 4' de hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları görülmektedir. Hemşirelerin %28'i 18-23 yaş grubunda, %59'u 24-29 yaş grubunda, %17'si 30-35 yaş grubunda ve %8'i 36 ve üzeri yaş grubunda yer almaktadır. Hemşirelerin yaş ortalaması $26,80 \pm 4,73$ 'dür.

Hemşirelerin cinsiyetlerine göre dağılımlarına bakıldığında; %88,4'ünün kadın, %11,6'sının erkek olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin medeni durumlarına bakıldığında; %70,5'inin bekar, %29,5'inin evli olduğu saptanmıştır.

4.1.2. Hemşirelerin Mesleki Özelliklerinin İncelenmesi

Tablo 5: Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı

Mesleki Özellikler	N	%
Mezun Olunan Okul		
Sağlık Meslek Lisesi (SML)	23	20,5
Ön lisans	13	11,6
Lisans	69	61,6
Lisans üstü	7	6,3
Çalışılan Birim		
Anestezi YB (3. basamak)	32	28,6
Nöroloji YB (2. basamak)	21	18,8
Dahiliye YB (3. basamak)	18	16,1
Kalp ve Damar Cerrahi YB (3. basamak)	16	14,3
Koroner YB (1. basamak)	13	11,5
Beyin Cerrahi YB (1. basamak)	12	10,7
Mesleki Çalışma Süresi		
0 - 1 yıl	16	14,3
2 - 5 yıl	63	56,3
6 - 10 yıl	23	20,5
11-↑ yıl	10	8,9
	$\bar{X}=4,95 \pm 3,78$	
Kurumda Çalışma Süresi		
0 - 1 yıl	30	26,8
2 - 5 yıl	67	59,8
6 - 11 yıl	15	13,4
	$\bar{X}=3,20 \pm 2,33$	

Tablo 5: Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı (devamı)

Mesleki Özellikler	N	%
Yoğun Bakımda Çalışma Süresi		
0 - 1 yıl	31	27,7
2 - 5 yıl	66	58,9
6 - 10 yıl	15	13,4
$\bar{X} = 3,19 \pm 2,44$		
Pozisyon		
Sorumlu Hemşire	4	3,6
Klinik Hemşire	108	96,4
Çalışma Şekli		
Sadece gündüz	6	5,4
Sadece gece	20	17,8
Gündüz – gece	86	76,8
Haftalık Çalışma Saati		
40 - 45 saat	35	31,3
46 - 55 saat	37	33,0
56 ve üzeri	40	35,7
$\bar{X} = 50,41 \pm 8,10$		
Mesaide Bakılan Hasta Sayısı		
Hasta bakmayan	4	3,6
2 hasta	26	23,2
3 hasta	61	54,5
4 hasta ve üzeri	21	18,7
$\bar{X} = 2,86 \pm 0,88$		
Toplam	112	100

YB: Yoğun Bakım

Tablo 5’de hemşirelerin mesleki özelliklerine göre dağılımı görülmektedir. Hemşirelerin mezun olduğu okullara bakıldığında; %20,5’inin Sağlık Meslek Lisesi

(SML), %11,6'sının ön lisans, %61,6'sının lisans ve %6,3'ünün lisansüstü mezun olduğu bulunmuştur.

Hemşirelerin çalıştıkları birimlere bakıldığında; %28,6'sının anestezi yoğun bakımda, %18,8'inin nöroloji yoğun bakımda, %16,1'inin dahiliye yoğun bakımda, %14,3'ünün kalp ve damar cerrahi yoğun bakımda, %11,5'inin koroner yoğun bakımda ve %10,7'sinin beyin cerrahi yoğun bakımda çalıştığı saptanmıştır.

Hemşirelerin meslekteki çalışma sürelerinin dağılımlarına bakıldığında; %14,3'ünün 0 - 1 yıl, % 56,3'ünün 2 - 5 yıl, % 20,5'inin 6 - 10 yıl ve % 8,9'unun 11 yıl ve üzeri çalıştığı saptanmıştır. Hemşirelerin meslekteki ortalama çalışma süresi $4,95 \pm 3,78$ 'dir.

Hemşirelerin kurumdaki çalışma sürelerinin dağılımlarına bakıldığında; %26,8'inin 0 - 1 yıl, %59,8'sinin 3 - 5 yıl ve %13,4'ünün 6 - 10 yıl çalıştığı saptanmıştır. Hemşirelerin kurumdaki çalışma ortalama çalışma süresi $3,20 \pm 2,33$ 'tür.

Hemşirelerin yoğun bakımda çalışma sürelerinin dağılımlarına bakıldığında; %27,7'sinin 0 - 1 yıl, %58,9'unun 2 - 5 yıl ve %13,4'ünün 6 - 10 yıl çalıştığı saptanmıştır. Hemşirelerin yoğun bakımdaki ortalama çalışma süresi $3,19 \pm 2,44$ 'tür.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin halen çalışmakta oldukları kurumlardaki pozisyonları incelendiğinde; %3,6'sının sorumlu hemşire ve %96,4'ünün klinik hemşiresi olarak çalıştığı saptanmıştır.

Hemşirelerin çalışma şekilleri incelendiğinde; %5,4'ünün sadece gündüz, %17,8'sinin sadece gece ve %76,8'inin gündüz-gece çalıştığı saptanmıştır.

Hemşirelerin haftalık çalışma saat dağılımları incelendiğinde; %31,3'ünün 40-45 saat, %33'ünün 44-55 saat ve %35,7'sinin 56 ve üzeri saat çalıştığı saptanmıştır. Hemşirelerin haftalık çalışma saat ortalaması $50,41 \pm 8,10$ 'dur.

Hemşirelerin mesaide bakmakla yükümlü oldukları hasta sayıları incelendiğinde; %3,6'sının hiç hasta bakmadığı, %23,2'sinin 2 hasta, %54,5'inin 3 hasta ve %18,7'sinin 4 hasta ve üzeri hasta baktığı saptanmıştır. Hemşirelerin mesaide bakmakla yükümlü oldukları ortalama hasta sayısı $2,86 \pm 0,88$ 'dir.

4.2. Hemşirelerin Yoğun Bakım Hastasının Psikolojik Bakımıyla İlgili Bilgilerinin İncelenmesi

4.2.1. Hemşirelerin Yoğun Bakım Hastasına Psikolojik Bakım İle İlgili Eğitim Alma Durumlarının İncelenmesi

Tablo 6: Hemşirelerin Yoğun Bakım Hastasına Psikolojik Bakımla İlgili Eğitim Alma Durumlarına Göre Dağılımı

Eğitim Durumu	N	%
Eğitim Alma Durumu		
Alan	39	34,8
Almayan	73	65,2
TOPLAM	112	100
Eğitimin Alındığı Yer*		
Öğrenim sırasındaki derslerden	38	33,9
Hizmet içi eğitim programlarından	19	17
İnternet, kitap, dergi vb.	2	1,8
Diğer	4	3,6

*Soruda birden fazla şık işaretlenmiştir.

Tablo 6’da hemşirelerin yoğun bakım hastasına psikolojik bakım ile ilgili eğitim alma durumlarının dağılımları görülmektedir. Hemşirelerin yoğun bakım hastasına psikolojik bakım konusunda daha önceden eğitim alma durumlarına bakıldığında; %39’unun eğitim almış, %73’ünün bu konuda hiç eğitim almamış olduğu saptanmıştır. Eğitim alan hemşirelerin %33,9’unun öğrenim sırası derslerden, %17’sinin hizmet içi eğitim programlarından, %1,8’inin internet, kitap, dergi vb. ve %3,6’sının diğer kaynaklardan eğitim aldıkları saptanmıştır.

4.2.2. Hemşirelerin Yoğun Bakım Hastasına Psikolojik Bakım Konusunda Yeterlilik Durumlarının İncelenmesi

Tablo 7: Hemşirelerin Yoğun Bakım Hastasına Psikolojik Bakım Konusunda Yeterlilik Durumlarına Göre Dağılımı

Yeterlilik Durumu	N	%
Yeterlilik Algısı		
Yeterli hisseden	18	16,1
Kısmen yeterli hisseden	69	61,6
Yeterli hissetmeyen	25	22,3
Eğitim Almak İsteme Durumu		
Almak isteyen	69	61,6
Almak istemeyen	43	38,4
Toplam	112	100
Eğitim Almak İstenen Konular*		
Özel durumu olan hasta ve/veya yakınlarına yaklaşım	20	31,75
Hasta ve ailelerine psikolojik bakım	17	27
Hasta/hasta yakını ile iletişim	15	23,8
YB ortamına uyum gösterme/adaptasyon	3	4,75
Diğer (YB ile ilgili spesifik konular)	8	12,7

*Soruya birden fazla cevap verilmiştir

Tablo 7’de hemşirelerin yoğun bakım hastasına psikolojik bakım konusunda yeterlilik durumlarının dağılımları görülmektedir. Yoğun bakım hastasına psikolojik bakım konusunda hemşirelerin %16,1’inin kendisini yeterli, %61,6’sının kısmen yeterli hissettiği ve %22,3’ünün kendisini hastanın psikolojik bakımı konusunda yeterli bulmadığı saptanmıştır.

Hemşirelere yoğun bakım hastasına psikolojik bakım konusunda eğitim almak isteyip istemedikleri sorulmuş ve %61,6'sının eğitim almak istediği, %38,4'ünün eğitim almak istemediği saptanmıştır.

Hemşirelere hangi konularda eğitim almak istediklerini sorduğumuzda %31,75'inin özel durumu olan hasta ve/veya yakınlarına yaklaşım, %27'sinin hasta ve ailelerine psikolojik bakım, %23,8'inin hasta/hasta yakını ile iletişim, %4,75'inin YB ortamına uyum gösterme/adaptasyon ve %12,7'sinin YB ile ilgili spesifik konularda eğitim almak istedikleri saptanmıştır.

4.2.3. Hemşirelerin Yoğun Bakım Hastasına Psikolojik Bakımın Kim Tarafından Verilmesi Gerektiğine Dair Görüşlerinin İncelenmesi

Tablo 8: Hemşirelerin Yoğun Bakım Hastasına Psikolojik Bakımın Kimin Tarafından Verilmesi Gerektiğine Dair Görüşlerinin Dağılımı

Psikolojik Bakım Verme*	N	%
Hemşire	56	50
Doktor	34	30,4
Uzman psikiyatri hemşiresi	20	17,9
Psikolog	19	17
Psikiyatri doktoru	17	15,2
Tüm ekip	11	9,8
Eğitilmiş kişiler	9	8
Hasta yakını	4	3,6
Yoğun bakım doktoru	4	3,6
KLP hemşiresi	3	2,7

*Soruya birden fazla cevap verilmiştir

Tablo 8'de hemşirelerin yoğun bakım hastasına psikolojik bakımın kim tarafından verilmesi gerektiğine dair görüşlerinin dağılımları görülmektedir. Hemşirelerin %50'si yoğun bakım hastasına psikolojik bakımın hemşire, %30,4'ü doktor, %17,9'u uzman psikiyatri hemşiresi, %17'si psikolog, %15,2'si psikiyatri doktoru, %9,8'si tüm ekip, %8'i eğitilmiş kişiler, %3,6'sı hasta yakını, %3,6'sı yoğun

bakım doktoru ve %2,7'si KLP hemşiresi tarafından verilmesi gerektiğini belirtmiştir.

4.3. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hastaların Psikolojik Bakım Gereksinimlerini Belirlemeye Ve Uygulamaya Yönelik Görüşleri

Bu bölümde, çalışmanın ikinci aşamasından elde edilen nitel verilere ait bulgular incelenmiştir. Bu amaçla burada, yoğun bakım hemşirelerinin hastaların psikolojik bakım gereksinimleri ve uygulamaya yönelik görüşleri içerik analizine göre değerlendirilmiş ve hemşirelerin görüşlerinin 4 ana tema altında toplandığı sonucuna ulaşılmıştır. Bunlar; “*yoğun bakımda psikolojik bakım*”, “*iletişim*”, “*hasta tepkileri*” ve “*psikolojik sorunlara yaklaşım*”dır.

4.3.1. Yoğun Bakımda Psikolojik Bakım

15 katılımcıya YB’da psikolojik bakım nedir diye sorulduğunda, cevaplarının 5 alt tema altında toplandığı gözlenmiştir. Bunlar;

- Empati
- Daha çok ilgilenme
- Güven verme
- Destek olma
- Bütüncül bakım

Empati

Yoğun bakımda psikolojik bakım olarak empatiye, empati kurarak psikolojilerini anlamak, ruhsal açıdan empati kurma ve empati şeklinde vurgu yapılmıştır.

“...psikolojik bakım deyince ilk aklıma gelen şey insanı anlamak, neler hissettiğini, neler düşündüğünü anlamak ve bu konuda hastaya bakım verebilmek.” (Hemşire 4)

“Psikiyatrik olarak tamamıyla ruhsal açıdan hastanın yerine kendimizi koyarak yaptığımız bakım. Duygusal olarak düşünüyorum. Onlar açısından düşünüp, ben de olsam, ne yaparım diye düşünüp psikolojik olarak yaptığımız bakım.”(Hemşire 9)

Daha çok ilgilenme

Bu alt kategoride 5 hemşire tarafından, yoğun bakımda psikolojik bakımın daha iyi ilgilenme, daha özenli, daha şefkatli, daha insancıl ve daha sıcak olması gerektiği şeklinde vurgu dikkati çekmiştir.

“Bence normal sağlıklı bir bireyden, sağlıklı bir insandan farklı olmamalı. Hatta daha fazla olmalı bence. Onların yaşadığı manevi duyguyu ya da yaşadığı, hissettiklerini bilmediğimiz için, onlar bize aktaramadığı için, yoğun bakım hastalarının bence daha fazla ilgiye, daha fazla psikolojik bakıma ihtiyacı olduğunu düşünüyorum ben.” (Hemşire 3)

“Psikolojik bakım... hastanın kendisini daha iyi hissetmesi için yaptığımız girişimler falan olabilir.”(Hemşire 1)

“Daha özenli olması gerekiyor sonuçta ailelerinden, sevdiklerinden uzaktalar ve kapalı bir ortamda yatıyorlar. Daha çok üzerinde durulması gerekiyor hastaların.” (Hemşire 14)

“Onlar gibi düşünmemizi isterler; daha şefkatli, daha insancıl daha sıcak davranmamızı isterler...” (Hemşire 9)

“Valla biz hemşirelerden, doktorlardan ilgi bekliyorlar, yakınları görmek istiyorlar. Yapılan tedavinin ne olduğunu açıklamamızı bekliyorlar. Daha doğrusu korkuyorlar, korkularını bastırmak için bizden ilgi bekliyorlar.” (Hemşire 5)

“Evet hastaya zaman ayırıyoruz, dinliyoruz hastayı. Hastayla ilgileniyoruz. Mesela... sorunu olduğunda çözmeye çalışıyoruz elimizden geldiğince.” (Hemşire 4)

Güven verme

Yapılan görüşmelerde yoğun bakımda psikolojik bakımın; hastalara güven verme, sakin yaklaşma, güvende hissetmeleri için destek verme ve hastanın ekibe güven duyması şeklinde vurgu dikkat çekmiştir.

“Hasta ilk yattığı zamanda belki açık hastaysa hastaların bilgilendirilmesi, rahatlatılması, tedavi süreci hakkında bilgi verilmesi. Çünkü gelinip işte ben kan alıyorum, gittim. Ama ben o kanı niye alıyorum, açıklamak en azından o nasıl diyeyim yarayacak, işe yarayacak, iyileşecek şeyi verebilir yani. ‘Şuan ben senin için bir şey yapıyorum, ben senin için buradayım’.” (Hemşire 15)

“Ben genelde şunu söylerim hasta yattığında. ‘Sen kendini bize bırak, şuan da güvendesin. Biz senin için en iyi şeyi yapıyoruz’...” (Hemşire 15)

“Yalnız olmadığını bilmesi gerekiyor ve yardıma ihtiyacı olduğu anda bizim onu görebileceğimiz, müdahale edebileceğimizi bilmesi gerekiyor.” (Hemşire 11)

“...Bilinci açık bir hastaysa öncelikli ondan bahsetmeliyiz. Ona güven vermeliyiz. Orada yattığına bize güven duyması gerekiyor öncelikle. Çünkü hastanın her türlü işlemini biz yapıyoruz...” (Hemşire 7)

“Psikolojik bakım, hastaların kendilerini yani hastaneye yattıktan sonra kendilerini güvende hissedebilmeleri için aldıkları, bizler tarafından verilen destek diyebiliriz.... ‘Ben sizi her an görebiliyorum, bir şey olduğunda koşarak müdahale edebiliyoruz, biz hep buradayız’ ” (Hemşire 12)

Destek olma

Yapılan görüşmelerde yoğun bakımda psikolojik bakım; hastaların daha iyi hissetmesi için yapılan uygulamalar ve sözlü uyarın, yalnızlığa müdahale etme ve rahat hissetmesini sağlama şeklinde vurgu dikkat çekmiştir.

“Yoğun bakım hastasının psikolojik bakımı... mesela ziyaretçi saatleri arttırılabilir, mesela bizde 5 dakika. Bu çok kısa bir süre” (Hemşire 2)

“Öncelikle anksiyete, anksiyeteyi azaltabilir yani anksiyetenin azaltılması gerektiğini düşünüyorum. Çok fazla korkuları oluyor, korkularının azaltılması gerektiğini düşünüyorum. Başka... bazensuisid düşünceleri oluyor, bu yönlerde bir psikolojik bakım gereksinimi var bence.” (Hemşire 4)

“...yakınlarına elimizden geldiğince onları gösteriyoruz, diğer kameradan gördükleri günlerde de yardımcı olmaya çalışıyoruz. ‘Kameradan el salla, senin şuyun geldi, buyun geldi’ diye tek tek söylüyoruz. Kimlerin gelip onu beklediğini bilmesi açısından çünkü bunları istiyorlar, yakınları gelenle gelmeyen hasta çok farklı oluyor.” (Hemşire 7)

“Yani ilgiye ihtiyaç duyabilir ve yalnızlığın giderilmesi gerekiyor. İlgilendiğimizi ve orada yalnız olmadığını göstermeliyiz.” (Hemşire 14)

“Yoğun bakımda psikolojik bakım hastanın kendini iyi hissedebilmesi için yapılan şeydir, sözlü uyarılardır... Genellikle hastaları kaldırıp mobilize ediyoruz, dışarıya yakınlarına veriyoruz veya yakınlarını içeriye yemek yemeleri için alıyoruz. Onun dışında böyle onlarla güler yüzlü olmaya, onlarla şakalaşmaya çalışıyoruz. Birazda moralleri yüksek olsun diye, öyle şeyler yapıyoruz işte.” (Hemşire 5)

“Hastanın kendisini daha iyi hissetmesi yani için yaptığımız girişimler falan olabilir.” (Hemşire 1)

Bütüncül bakım

Yapılan görüşmelerde yoğun bakımda psikolojik bakımın; hastanın fizyolojik, emosyonel, sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarının karşılanarak bütüncül bakımın sağlanması olarak vurgulanmıştır.

“Psikolojik bakım, hastanın ruh sağlığı için ihtiyacı olan....bakım sağlanması, her türlü bakımın sağlanması. Fizyolojik ihtiyaçları da bunun içine dahil ediliyor, bence bunların hepsinin bir bütüncül olarak hastaya ele alınması.”(Hemşire 11)

“Psikolojik bakım, kişilerin ruhsal olarak en iyiye ulaşmasını sağladığımız bakımdır.”(Hemşire 14)

“Psikolojik bakım hastaların hastalar olarak düşünelim, hastaların emosyonelyada sosyal yönden ihtiyaçlarının karşılanması.” (Hemşire 8)

4.3.2. İletişim

15 katılımcıya YB hastasıyla nasıl iletişim kurdukları sorulduğunda; yanıtların 2 alt tema ve 5 kategoride toplandığı gözlenmiştir. Bunlar;

- İletişim biçimi
 - Sözlü
 - Sözsüz
- İletişimde yaşanan güçlükler.
 - Hastanın durumundan kaynaklanan güçlükler
 - Dilden kaynaklanan güçlükler
 - Çevresel faktörlerden kaynaklanan güçlükler

İletişim biçimi

Yapılan görüşmelerde hemşirelerin yoğun bakım hastalarıyla iletişim kurarken, sözlü ve sözsüz iletişim tekniklerini kullandıkları dikkat çekmiştir.

- Sözlü

Hemşirelerin yoğun bakım hastalarıyla iletişim kurarken; isimle hitap etme, kendini tanıtarak iletişimi başlatma, sohbet etme ve işlemler hakkında bilgi verme şeklinde iletişim kurduklarını ifade ettikleri saptanmıştır.

“... İletişim kurmak için özellikle bir şey yapmıyoruz sadece sohbet ederek hastayla sohbet tarzında o şekilde.” (Hemşire 1)

“Valla ben genellikle isim olarak diyorum mesela ya da daha yakın olmak için post perfüzeeye yakın deliryuma girmek üzereyse “amcacım nasılsın, teyzecim nasılsın”...”(Hemşire 5)

“Hastanın durumuna göre zaten hasta konuşabiliyorsa, tamamen bilinci açık bir hastaysa sözlü olarak iletişim kuruyoruz.” (Hemşire 7)

“Bilinci açık hastayla saat 8 de mesaiye başlarken, öncelikle kendimi tanıtıyorsun. ‘günaydın’ diyorsun en basiti ya da 4 de devir aldığında yine aynı şekilde hani nasıl olduğunu, bugün nasıl hissettiğini, tedavisiyle ilgili neler yaşadığını, kendisini nasıl hissettiğini, o anki sağlık durumuna göre hipertansif seyrediyorsa, kalp çarpıntısı varsa bunun işte normal olduğunu bu ilaçla azalacak, artacak gibi bu şekilde iletişim kuruyoruz.” (Hemşire 10)

“Bir önce kendimizi tanıtıyoruz, sabah geldiğimiz zaman. İkincisi, bugün ona yapılacak işlemleri kendisine anlatıyoruz, ekstradan onu dinliyoruz. Korkularına yönelik bir şey var mı yada sormak istediği, kafasına takılan bu süreçte bana ne olacak korkusu onlarda çok fazla... Yapılacak her türlü işlem mutlaka bilgilendiriliyor. İşlem öncesi, işlem sırasında ve sonrasında da.”(Hemşire 9)

“Bilinci açık hastada güzelce konuşuyoruz, hastaya açıklıyoruz neden burada olduğunu söylüyoruz. Yaptığımız uygulamaları anlatıyoruz.” (Hemşire 2)

“İsmiyle sonuçta ilk başta, atıyorum mesela ismi R..., ‘R... Bey nasılsın’, eğer tepki veriyorsa burası neresi, bilinci tam yerinde mi diye mesela tam olarak onları anlayabilmek adına bazı sorular soruyoruz. O şekilde eğer hani tam cevap veriyorsa, oryanteyse o şekilde anlayabileceği şekilde iletişim kuruyoruz. Eğer tam koopere değilse hani, çok fazla tam cevap veremiyorsa ona göre iletişim kurmaya çalışıyoruz.” (Hemşire 6)

“Bireysel olarak genelde ismiyle hitap ediyoruz. A... Bey, M... Bey şeklinde. Bu şekilde yani dediğim gibi işlem yaparken açıklamaya çalışıyorum.” (Hemşire 11)

“Normal bir şekilde kendimizi tanıtıyoruz. Hoşgeldiniz, ne istersiniz gibi normal iletişim kurmaya çalışıyoruz. Ve ben adımları söylüyorum, adımla seslenmelerini sağlıyorum. Bu daha onları yakın hissettiriyor bence.” (Hemşire 14)

“Hastaya ne işlem yapıldığını bilmesi hastayı rahatlatıyor... hastaya yapılan işlemleri söylemediğimiz sürece hastanın anksiyetesi artıyor, ne yapıldığını bilmiyor

“çünkü, bilinmeyene bir korku oluşuyor bilinmeyene karşı. Bence önemlidir.”
(Hemşire 4)

“İşlem öncesinde muhakkak açıklıyoruz... Birde kendisine yapılan işlemler hakkında hiçbir bilgisi yok. Normalde hani sokaktaki bir insan gider enjeksiyon yaptırır geri çıkar ama yoğun bakımdakiler zaten çok farklı bir işlem olarak geliyor öncesinde kan şekeri bakarken bile biz ona bilgi vermek zorundayız.” (Hemşire 8)

- Sözsüz

Yapılan görüşmelerde hemşirelerin yoğun bakım hastalarıyla iletişim kurarken; gülümseme, göz teması, beden hareketleri, dokunma, dudak okuma ve yazma şeklinde iletişim kurduklarını ifade ettikleri saptanmıştır.

“... hastalara mesela kağıt, kalem veriyoruz yazsın diye. Veya Gözüyle anlatabildiği şekilde, nörolojide de aynı şekildeydi, hani kullanabiliyorsa kağıt kalemle kullanamıyorsa göz, gözünü kullanarak, işte işaret ederek zaten en temel ihtiyaçlarını dile getiriyor... Hastalar yani mesela kalem tutamıyorsa, nasıl diyeyim yazamıyorsa bize, yazdığı zaman sorarak ama yazamıyorsa anlaşıyorlardık ve biz onlara alfabe yapıyorduk. Mesela A B C D E diye, hani buraya gel... gözünü kırp diyorduk oraya, hangi harfse o şekilde anlaşıyorduk, eğer çok gerekli olduğu zamanlarda. Onu yapabiliriz.” (Hemşire 13)

“Göz iletişimi kuruyoruz entübe hastalarla ya da ses çıkışı olmayan hastalarla göz teması, el hareketleri ile iletişim kuruyoruz. Dudak okuma, o şekilde.” (Hemşire 2)

“Beni duyuyor musun diye mutlaka bunu soruyoruz. Eğer beni duyuyorsa gözle temasını kurmasını istiyoruz. Gözünü açıp kapatmasını, elimizi sıkmasını istiyoruz. Herhangi bir yerinde ağrın varsa, elimi sıkabilir misin ya da gösterebiliyorsan gösterebilir misin diye mutlaka bu şekilde iletişime geçiyoruz kendileriyle.”
(Hemşire 9)

“Kağıdın üzerinde büyük A B C diye böyle harfler var. O anlamda mesela A ya dokunuyor, peşinden B ye dokunuyor, L ye dokunuyor A ya dokunuyor. ABLA kelimesi çıkıyor...” (Hemşire 5)

“İşaret dili kullanıyoruz yada hastanın eğer yazabiliyorsa o an onu yazmasını istiyoruz yada mesela bilinci kapalı yada uykuya meyilli hasta şu ekstremiteni oynat yada sağ ekstremiteni oynat diyerek o hastadan bize işaret vermesini bekliyoruz...”
(Hemşire 8)

“Göz hareketleriyle mesela, beni duyuyorsan gözünü kıpırdat işte, elimi sık, ayağını oynat o şekilde.” (Hemşire 7)

“Onlar zaten jest, mimiklerle. Onlar entübe olup da, göz hareketleri olsun, öyle konuşmaya çalışmalarıyla anlaşabiliyoruz. Hani biz kendimiz sözel ifade ediyoruz, onların jest mimiklerinden anlıyoruz Tabi bazen elimize yazıyorlar elle, bu şekilde parmaklarıyla elimize yazıyorlar ne istediklerini.”(Hemşire 4)

İletişimde yaşanan güçlükler

Yapılan görüşmelerde hemşireler, yoğun bakım hastalarıyla iletişim kurarken zorluk yaşadıklarını, bu zorlukların hastaların durumundan, dil sorunundan ve çevresel faktörlerden kaynaklandığına dikkat çekmiştir.

- Hastanın durumundan kaynaklanan güçlükler

Hemşirelerin yoğun bakım hastalarıyla, hastanın durumundan kaynaklanan iletişim güçlüğü yaşadıkları ve bu hastaların da agresif, aşırı istekli, ölüm korkusu olan, dezorganize, tedaviyi reddeden, bilinci kapalı ve entübe hasta olduğu dikkat çekmiştir.

“Çok ajite olan, kalmak istemeyen veya demansı olan, alzheimer olan hastalarda tabi ki zorluk yaşanıyor... çıkmak istiyor, kapılardan geri çekiyoruz hani çok bilmiyor, hani bizim kim olduğumuzu bilmiyor. Hem yere, zamana oryante olmayan hastalar için onlarla ilgili zorluk yaşıyoruz.” (Hemşire 13)

“Her insanın psikolojisi farklı oluyor. Yani olaylara bakış açısı, hastalığa bakış açısı herkesin bambaşka olduğu için agresif, bazen çok güzel bir şey soruyorsun mesela

gayet kibar onu bile ters anlayabiliyor hasta psikolojisine bağlı. Yani en sıkıntılı hasta sinirli hasta diyebiliriz.” (Hemşire 12)

“Bilinci açık olup, dezoryante olan hastalar var. Nerde olduğunu bilmeyen, anlatsan da pek fazla anlamayan hastalar var. Tabi ki bu hastalarda zorluk çekiyoruz...” (Hemşire 2)

“Entübe bilinci açıksa, o hastalarda genelde daha rahatsız oldukları için o rahatsız, entübe olmanın verdiği rahatsızlığı hissettikleri için, diğer hastalara göre daha bir ajite olabiliyorlar... daha bir rahatsız olabiliyorlar. O yüzden o anlamda zorluk yaşıyoruz bazen.” (Hemşire 6)

“Ağızlarında bir tüp, eller kollar bir şekilde bağlı. İster istemez bizi anlamıyorlar. Biz en çok onlarda zorlanıyoruz. Bilinci açık ama entübe olan hastalarla.” (Hemşire 9)

“Tedaviye de direnç gösterebiliyorlar mesela yoğun bakım içerisinde eğer bayansa erkek personel çalışmasını yada erkek hemşirenin çalışmasına direnç gösterebiliyorlar tedaviyi reddedebiliyorlar,o tedavinin gereksiz yere aldığıını söyleyenler de olabiliyor.” (Hemşire 8)

“Yanıdaki bir hasta ex de olabiliyor, bunu da anlayabiliyor. Bu durumlar kötü oluyor yani. En kötüsü bence onun karşısındaki hastanın kötüleştiğini görmesi oluyor. O açıdan iletişim zor, ona bunu anlatamazsın her zaman. Kendisine de kötüleşeceğini düşünüp bir paniğe giriyor, bazen fizyolojik belirtileri de bunun arkasından kötüleşebiliyor, hastanın.” (Hemşire 11)

“Onun düşünceleri anlayamıyoruz konuşamadığı için, Bilinci kapalı olduğu için. Neler hissettiklerini, neler düşündüklerini bilmiyoruz bence en büyük zorluk o.” (Hemşire 4)

“Yani iletişim tek yönlü oluyor sadece, anlatılmak istediğimiz anlaşılıyor mu ya da anlatmak istediğimiz şekilde anlaşılıyor mu bunu bilmiyoruz. Karşılığında tepkisini göremiyoruz ya da yani yaptığımız acı verici invaziv girişimler sırasında hastayla iletişim kuramıyorsak, bizi yanlış anlamasından korkuyoruz birazda.” (Hemşire 14)

“Her şeyi soruyor, bana ne yapıyorsun işte ne olacak, iyileşicek miyim. Yani şu gibi sorunlar, istekleri bitmiyor, genelde öyleler işte sürekli yanında istiyor çünkü

yanında olmadığına sanki ölse kimse gitmeyecekmiş gibi bir korkusu var, hepsinde var bu. O da gereksiz isteklere sebep oluyor. Gidiyorsun yatağımı kaldır, gidiyorsun yatağımı indir, gidiyorsun su getir.” (Hemşire 15)

- Dilden kaynaklanan güçlükler

Yapılan görüşmelerde hemşirelerin, yoğun bakım hastalarıyla, hastanın *dilini bilmemekten* kaynaklanan iletişim güçlüğü yaşadıkları dikkat çekmiştir.

“Bazen kürtçe, arapça bilen hastalarımız var. Beden dilini göstererek anlatmaya çalışıyoruz. Sorunlar çıkabiliyor, dil sorunu çıkabiliyor ya da anlatılmak istenen gerçekten yanlış anlaşılabilir. Böyle sorunlar olabiliyor.” (Hemşire 14)

- Çevresel faktörlerden kaynaklanan güçlükler

Yapılan görüşmelerde hemşirelerin, yoğun bakım hastalarıyla yoğun iş temposu ve yoğun bakım ortamından kaynaklanan iletişim güçlüğü yaşadıkları dikkat çekmiştir.

“Bazen bir şeyler konuşmak istiyorlar hastalığıyla. Ama gerçekten vaktin olmuyor. O an başka bir hasta gelmiş oluyor, telefon çalıyor ya da bakım yapacak oluyorsun. Bence yeterince vakit ayıramıyoruz, bu da onları mutsuz kılıyordur. Mesela diyorum şu an işim var, sizi daha sonra dinlesem diye, ama dinleyemediğim zamanlarda oluyor. Bu da onları eminim ki sonra psikolojilerini dönüp de ben seni dinleyemedim ya da az önce bir şey anlatmak istiyordunuz diye sorma imkanımız olmayabiliyor.” (Hemşire 12)

“Yoğun bakım ortamı soğuk, ısı olarak da oda ısısı soğuk oluyor.....kapalı ortam oluyor penceresi olmuyor ve hani uyaran sayısı az oluyor, personel sayısı az oluyor, giriş çıkış olmuyor, kimseyi görmüyorlar. O an klinikte 10 hasta varsa onu belki de görebiliyorlar ve o hastaların.....o gün durumlarının kötüye gitmesi ya da klinikteki herhangi bir tehdit ortamı bu tehdit dediğim sağlık tehditi. Birinin işte durumunun kötüleşmesi onları olumsuz etkiliyor.”(Hemşire 10)

4.3.3. Hasta Tepkileri

15 katılımcıya YB hastasında gözlemledikleri tepkiler sorulduğunda, yanıtlarının 3 alt kategoride toplandığı dikkat çekmiştir. Bunlar;

- Psikolojik tepkiler
- Fizyolojik tepkiler
- Duyarsız (nötr)

Psikolojik tepkiler

Hemşirelerin yoğun bakım hastalarında karşılaştıkları psikolojik tepkilerin, *korku, kızgınlık, minnettarlık, mahremiyet ve rahatsızlık* üzerine yoğunlaştığı dikkat çekmiştir.

“Bizde her hastaya serum gitmiyor genelde. O yüzden onu gördükleri zaman farklı düşünüyorlar. Ya korkuyorlar ya da rahatsız oluyorlar çok açık oldukları için.”
(Hemşire 13)

“Tedavi yaparken şöyle, kocaman kocaman iğnelerle gittiğimiz oluyor. Bana ne verecekler diye düşünüyorlar, korkuyorlar...” (Hemşire 11)

“Mesela bu hastadan hastaya göre değişiyor. Biri en küçük yaranın bakımını yaparken çılgınlık atabiliyor, biri çok büyük yaraların bakımını yaparken ses çıkartmıyor, yani bazıları bir şeylerden dolayı kızgınlık duyuyor, bazıları böyle minnettarlar. Çok zıt şeyler var.” (Hemşire 4)

“İşte ona dokunduğumuzda ya da canı yanmayacak şekilde diyeyim yada onun psikolojisini bozmayacak şekilde işte nasıl diyebiliriz ona, yani gizliliğine önem verecek şekilde dikkat etmeye çalışıyoruz bakım esnasında.” (Hemşire 12)

Fizyolojik tepkiler

Hemşirelerin yoğun bakım hastalarında karşılaştıkları fizyolojik tepkilerin; pozisyon verirken *dispne* ve *ağrı* üzerine yoğunlaştığı dikkat çekmiştir.

“Mesela döndürükten, yüz ifadesine bakarız. Acı çekiyorsa zaten o hastanın yüz ifade değişir öncelikle. Ona göre hareketlerimize dikkat ediyoruz çevirirken falan, tedavi yaparken de keza bir ilacı hızlıca vermek bir yavaşça. Bazı ilaçlar yakabiliyor, içeriğindeki maddelerden dolayı, onlara dikkat ederek yapıyoruz.”(Hemşire 7)

“Herhangi bir tarafının sağa sola çeviriyoruz falan. Herhangi bir tarafının rahatsız duymaması için ona göre dikkat ediyoruz, ya da pozisyonlarımızı aksatmıyoruz.”
(Hemşire 6)

“Mesela bakımlarda, hastanın yatağın başında filan indiriyoruz o anda rahatsız olabilir, edebilir. Hastanın eğer sözel söyleyebilirse direk biz başını kaldırıyoruz zaten, en çok hasta kendisini tanıyor solunum sıkıntısı olduğunda mesela bildiriyor.”
(Hemşire 8)

Duyarsız (nötr)

Yapılan görüşmelerde bazı hemşirelerin, yoğun bakım hastalarının tepkilerine iş yoğunluğundan dolayı dikkat edemedikleri dikkat çekmiştir.

“Mesela santral kateterden bir şey veriyorum o ah, uh yapıyor. Ne var bunda teyze ah, uh diyecek, santral kateterden veriyorsun...belki geçekten acıdığı için diyor, belki hassas korkuyor bir şey olacak diye ah uh diyor ama sen orada otomatiğe bağlıyorsun. Kolunu aç kan alıcam...” (Hemşire 15)

4.3.4. Psikolojik Sorunlara Yaklaşım

Görüşmelerde, 15 hemşirenin psikolojik sorunlara yaklaşımı 3 alt kategoride değerlendirdikleri dikkat çekmiştir. Bunlar;

- Psikolojik semptomlar
- Psikolojik sorun çözme
- Psikolojik bakım vericilerin niteliği

Psikolojik semptomlar

Hemşireler, yoğun bakım hastalarında deliryum, oryantasyon bozukluğu, ajitasyon, kendisine ve çevresine zarar verme, anksiyete, huzursuzluk, korku, ümitsizlik, çaresizlik ve depresyon gibi psikolojik semptomlar gözlemledikleri dikkat çekmiştir.

“Depresyon... ajitasyon, deliryum, duygusal yoksunluk.” (Hemşire 2)

“Deliryum oluyor mesela hastalarda, uzun süre yattıktan sonra.... Şimdi bir tane hastamız var mesela. Sürekli hani demin su isteyen diye bahsettim, hani sürekli su istiyor, niye vermiyorsunuz kaç paraysa vereyim diyor, ama onun su içmediğini anlatıyoruz sürekli.” (Hemşire 6)

“Yıpranmışlık sayarsak eğer ümitsizlik. Hele de 2-3 gün sonra kalıp da beraber geldikleri, beraber ameliyata girdiği arkadaşı 2 gün sonra çıkıp kendisi hala yoğun bakımda oluşunu görmesi. Beraber geldik ama o gitti, ben kaldım deyip ümitsizliğe kapılması ve kendilerini bırakması.” (Hemşire 9)

“Oryantasyonu bozulabiliyor, ama genellikle oryantasyon bozukluğu deliryuma giren hasta sayısı çok uzun süre kalmıyorlar çünkü bizde. Bide deliryum genellikle oksijen düşüklüğünde oluyor...” (Hemşire 5)

“Bazen içine kapanıyor hastalar, iletişim kurmakta zorlanabiliyorlar, depresyona benzer şeyler olabiliyor.” (Hemşire 11)

“Anksiyete başta. Böyle durup dururken bağırma, bazılarında dezoryantasyon oluyor, ne söylediğini bilmiyor. Bazılarında suisid girişim demeyeyim de düşünceleri oluyor. Keşke ölseydim, ben ne yaptım da allah bana bunu verdi. İnkâr süreçleri, yas süreçleri oluyor. Başka kızgınlıkları oluyor.” (Hemşire 4)

“Uzun süre yatan hastalarda genellikle ölme korkusu çok fazla var. Özellikle yanında birde hasta ex olduysa o an.” (Hemşire 8)

Psikolojik sorun çözüme

Yapılan görüşmelerde hemşirelerin, yoğun bakım hastalarında psikolojik sorunları çözümlenmek için *iletişim kurma, uzman desteği alma, farmakolojik destek alma ve bilgi verme/açıklama* gibi yöntemler kullandıkları dikkat çekmiştir.

“Norodol, norodol damla yapıyoruz, genelde sakinleşmiyorlar.” (Hemşire 15)

“Genelde konuşmaya çalışıyoruz. Eğer gerçekten yapabileceğimiz bir şey varsa yapmaya çalışıyoruz, eğer yapamayacağımız bir durumdaysa doktoruna söylüyoruz, psikiyatri konsültasyonu isteniyor.” (Hemşire 4)

“Elimizden geldiğince konuşmaya çabalıyoruz. Konuşmayla çözüp halledemediklerimizi, ilaç desteği, ilaç yardımı almak istiyoruz doktorlarla konuşarak ilaç başlayıp.” (Hemşire 7)

“İletişim kurmaya çalışıyoruz. Sözlü, sözsüz gerekirse uzmanlardan destek alıyoruz. İletişim konuşarak, anlatarak, empati yaparak” (Hemşire 3)

“Onlarla iletişim kurmaya çalışıyorum bir şekilde konuşmaya çalışıyorum, ihtiyaçları nelerse onları belirlemeye çalışıyorum. Tabi dediğim gibi her zaman mümkün olmuyor ama müdahale edemeyeceğimiz bir durum hani, gerçekten yardıma ihtiyacı olduğunu düşündüğümde hekime bilgi veriyorum. Konsültasyon yoluyla psikiyatri hekimine ulaşmaya çalışıyoruz.” (Hemşire 11)

“Görüşmeler yapıyorum hastalarla, o görüşmelerde örneğin hasta dediğim gibi çok fazla psikoza giriyor ya da deliryuma giriyor. Deliryuma girdiğinde... nerede olduğunu bilmiyor. Burasının hastane olduğunu saati, yeri, zamanı, kim olduğunu, tedavi sürecini anlatarak hastayı sakinleştirmek için girişimlerde bulunuyorum.” (Hemşire 10)

“İşte konuşuyoruz, yakınlarını alıyoruz, doktorlardan bilgi verdiriyoruz, yaptığımız işlemi açıklıyoruz, güven duygusu olsun diye. Onun dışında yakınlarının yanına çıkarıyoruz böyle şeyler veya şeydir psikiyatriye ihtiyacı olanlara psikiyatri çağırıyoruz, kons atıyoruz, geliyorlar konuşuyorlar, ona göre ilaç başlıyorlar.” (Hemşire 5)

“İletişime geçebiliyorsak, iletişime geçip de çözmeye çalışıyoruz. Eğer ben kendim şey yapamıyorsak, sürekli doktorumuzda başımızda. Onunla iletişime geçiyoruz. Herhangi bir ilaç tedavisi ya da psikiyatri uzmanına danışılıp da yol izlenmesi gerekiyorsa, o şekilde konsültasyonlarla ona yardımcı olmaya çalışıyoruz.” (Hemşire 6)

“Şöyle hastanın durumuna göre iletişimimizi iyi bir şekilde kurup ona psikolojik olarak destek olmaya çalışıyoruz sosyal yönden. Hem fiziksel bakım yada sosyal yönden de destek olmaya çalışıyoruz ama yetemediğimiz durumlarda da tabi ki farmakolojik tedaviyi uyguluyoruz doktor istemiyle.” (Hemşire 2)

“Yani dediğim gibi çok yüksek derecede değilse anksiyetesi, bilgi vererek rahatlatmaya çalışıyoruz öncelikle. Ama gerçekten çok sıkıntılı bir durum var hani hastanın vital takibini bile etkiliyorsa o anksiyetesi, o zaman hekime haber veriyorum bazen destek olarak psikiyatrik konsu falan istenebiliyor.” (Hemşire 13)

Psikolojik bakım vericilerin niteliği

Yapılan görüşmelerde hemşirelerin, yoğun bakım hastalarına psikolojik bakımı psikiyatrist, psikolog, yoğun bakım hekimi, uzman psikiyatri hemşiresi, hasta yakınları ve KLP hemşiresi tarafından verilmesini savundukları dikkat çekmiştir.

“Belki şey olabilir bu bası yarası hemşireleri gibi böyle bir birim olsa hastanede, nasıl onlar geziyorlar hastanede tespit edip onlara, bize aslında daha çok bilgi veriyorlar nasıl bakım yapılacağını ama bu şekilde olup, gerçi etkili olur mu bilmiyorum ama hiç olmamasından iyidir herhalde. Bu böyle hastaları tespit edip anksiyetesi veya herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olan, zaten psikiyatrik boyutta olanlara bazen konslar geliyor doktorlar ama bu şekilde belki belli bir ekip kurulabilir.” (Hemşire 13)

“Yoğun bakımlarda bir psikiyatrist verilebilir, her yoğun bakıma.” (Hemşire 2)

“Psikoloji doktorları öncelikle görmeli, onlar karar vermeli. İlaç tedavisine mi gerekli yani ne tedavisi yapılması gerekli, nasıl bir yol izlenmesi gerekiyor. Sonuçta

teşhisini onlar koyacak, yani biz koyamadığımız için onların yönlendirdiği şekilde bir tedavi izlenebilir diye düşünüyorum.”(Hemşire 6)

“Bana kalsa hasta yakınlarını onları bire bir, insanın kendini iyi hissettiği insanlar vardır. onların daha sıklıkla yoğun bakıma alınmasını tercih ederim...” (Hemşire 9)

“Biz psikiyatrilerden çözüm istiyoruz. Onlar yardım etmeli mesela konuşuyor genellikle. Belli bir noktadan sonra bizim konuşmamız yeterli olmuyor. Onlarda geliyorlar 5 dakika konuşup genellikle ilaç veriyorlar. Sakinleştirici ilaç veriyorlar.” (Hemşire 5)

“Kesinlikle KLP hemşireliği ya da KLP hizmeti verilmesi gerekiyor. Hem sağlık personeli açısından hem hastamız açısından yani kesinlikle ciddi bir yardımı olacak ve bu ihtiyacı hissediyoruz.” (Hemşire 10)

“Bu eğitimi almış birisi olmalı, vermeli bence çünkü sadece yoğun bakım deneyimi de buna yetmez sadece. Yoğun bakımda uzun süre çalışmış olması da yetmez. Psikolog olabilir belki yada bilmiyorum bu konularda deneyimli yada eğitimini almış bir insan olabilir.... Sadece doktor olması yeterli değil. Bence yani psikiyatri hemşiresi de olabilir mesela onlar daha farklı hastalarla daha çok görüşüyorlar daha birebir vaka görüyor olabilirler.” (Hemşire 8)

“Aslına bakarsanız bence hemşire vermeli. KLP hemşiresi olmalı, hemşireye biz danışabilmeliyiz bu hastaya biz ne yapabiliriz, nasıl müdahale edebiliriz diye. Hemşire de gerek duyduğunda bir hekime, psikiyatri hekimine danışabilmeli, o şekilde sürdürmeliyiz.” (Hemşire 11)

“Psikolog olmalı. Ha doktor arkadaşlar da verebilir belki bizim kendi kliniğimiz doktorları verebileceğini ben çok şey yapamıyorum. Tabi onların da psikolojik desteği çok önemli.”(Hemşire 3)

“Valla psikolog gelip yardımcı olabilir. Çünkü sonuçta hastane ortamı, psikoloğa ya da psikiyatriste ulaşamayacak yerde değiliz. Onlardan yardım alabiliriz.” (Hemşire 7)

“Kesinlikle KLP hemşireleri olmalı. Çünkü gerek yoğun bakımlar, gerek cerrahi servisleri yani, için biçilmiş kaftan.” (Hemşire 4)

“Ya keşke olsa da uzman hemşirelik kadrosu gibi bir şey, bu konuda işin ehli insanlar bunu yapsa ama yok. Belki yeni yatan hastalarda... düzenli aralıklarla gelip, konuşabilir korkularınız, deneyimleriniz, düşünceleriniz falan. Yani bunu yapabilecek birileri olabilir, bu da hemşireler olabilir. Çünkü doktor belki hemşirenin girişimini anlayamayabilir ama bir uzman hemşire, hemşireler size bunları yapıyor, bunun amacı bu diye anlatabilir.” (Hemşire 15)

“Bence bunlar için keşke bir doktor, hemşire olsa yani. Doktor desteğiyle en azından bunun için özel klinik hemşireleri olsa. Nasıl yara bakımı için tek tek geliyorsa, yoğun bakıma hemşire hanımlar görevli kişiler. Bence olabilir dediğim gibi bizim iş yoğunluğundan, hastaların tedavileri. Yetemediğimiz anlar oluyor. Ama bunun için böyle kişiler görevlendirilirse bire bir ilgilenilebilir. Ya da bizlerde onlardan destek alabiliriz diye düşünüyorum.” (Hemşire 12)

Tablo 9: Temaların psikolojik bakım düzeylerinde karşılığı

Ana temalar	Alt temalar	Psikolojik bakım düzeyi
Yoğun bakımda psikolojik bakım	Empati Daha çok ilgilenme Güven verme Destek olma Bütüncül bakım	I. Düzey I. Düzey II. Düzey II. Düzey II. Düzey
İletişim	İletişim biçimi <ul style="list-style-type: none">• Sözlü• Sözsüz İletişimde yaşanan güçlükler <ul style="list-style-type: none">• Hastadan kaynaklı• Dilden kaynaklı• Çevresel	I. Düzey I. Düzey I. Düzey I. Düzey I. Düzey
Hasta tepkileri	Fizyolojik tepkiler Psikolojik tepkiler Duyarsız (Nötr) tepkiler	I. Düzey I. Düzey I. Düzey
Psikolojik sorunlara yaklaşım	Psikolojik semptomlar Psikolojik sorun çözme Psikolojik bakım vericilerin niteliği	I. Düzey II. Düzey I. Düzey

Tablo 9’da temaların psikolojik bakım düzeylerinde karşılığına bakıldığında; yoğun bakımda psikolojik bakımın alt teması olan “*empati*” ve “*daha çok ilgilenme*” I. düzey, “*güven verme*”, “*destek olma*” ve “*bütüncül bakım*” II. düzey psikolojik bakım becerilerinde yer almaktadır. İletişim alt temalarında yer alan “*iletişim biçimi*” ve “*iletişimde yaşanan güçlükler*” I. düzey psikolojik bakım becerilerinde, hasta tepkilerinin alt teması olan “*fizyolojik tepkiler*”, “*psikolojik tepkiler*” ve “*duyarsız (nötr)*” I. düzey psikolojik bakım becerilerinde ve psikolojik sorunlara yaklaşımın alt teması olan “*psikolojik semptomlar*” ve “*psikolojik bakım vericilerin niteliği*” I. düzey, “*psikolojik sorun çözme*” II. düzey psikolojik bakım becerilerinde yer almaktadır. Tabloya karşılık H₁ hipotezi (yoğun bakım hemşireleri, hastaların psikolojik bakım gereksinimlerinin farkındadır) doğrulanmaktadır.

BÖLÜM V

TARTIŞMA

Yoğun bakım hemşirelerinin hastaların psikolojik bakım gereksinimlerine ilişkin farkındalıklarını değerlendirmek ve bu konuda profesyonel bir desteğe gereksinim duyup duymadıklarını belirlemek amacıyla bulgular tartışılmaktadır.

Araştırmada veriler iki aşamada toplanmıştır. Birinci aşamada yoğun bakımlarda çalışan 112 hemşireye sosyodemografik özelliklerini ve psikolojik bakım ile ilgili bilgi alma durumlarını yansıtan *Tanıttıcı Bilgi Formu* doldurulmuştur. Bu bölümde anket ile elde edilen sonuçlar tartışılacaktır.

Araştırmaya katılan 112 hemşirenin yaş ortalamasının $26,80 \pm 4,73$ olması yoğun bakımlarda daha sıklıkla genç hemşirelerin, başka bir ifade ile çoğunlukla yeni mezun, yeterli deneyimi olmayan hemşirelerin çalıştığını göstermektedir. Yazılı bir dayanak olmamakla birlikte, daha genç ve dinamik iş gücü olarak, yeni mezun genç hemşirelerin yoğun bakımlarda çalıştırılmasına yönelik yürütülen kurum politikasının bir sonucu olarak bu bulgu beklendik bir sonuçtur. Ancak, yoğun bakım gibi acil müdahale gerektiren birimlerde daha deneyimli ve/veya alanda uzman hemşirelerin çalışması gerektiği göz önünde bulundurulduğunda, dikkate değer bir bulgudur. Eğitim durumlarına bakıldığında; hemşirelerin yarısından fazlası (%61,6) lisans mezunudur. Lisans mezunu sayısının çoğunlukta olmasının, Sağlık Bakanlığının 05.08.2009 tarihli genelgesi ile ön lisans programlarından mezun hemşirelere lisans tamamlama hakkının verilmesi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (87). Aiken et al. (2003) yaptığı çalışmada, lisans ve lisansüstü mezunu hemşirelerin daha fazla olduğu hastanelerde hasta ölüm ve ameliyat sonrası komplikasyonların daha az olduğu saptanmıştır. Lisans ve lisansüstü eğitim alan hemşire oranındaki her %10'luk artışın hasta ölüm riskini %5 azalttığı belirtilmiştir (88). Bu bağlamda araştırmamızın yürütüldüğü hastanenin yoğun bakım ünitelerindeki hemşirelerin çoğunluğunun lisans mezunu olması hemşirelik bakım hizmetlerinin kalitesi/niteliği açısından olumlu bir bulgudur.

Hemşirelerin mesaide bakmakla yükümlü oldukları hasta sayıları incelendiğinde; ortalama hasta sayısının $2,86 \pm 0,88$ olduğu görülmektedir. Ancak bütünü değerlendirdiğimizde, hemşirelerin yarısından fazlası (%73.2) üç veya daha fazla hasta bakmakla sorumlu olduğunu belirtmiştir. Sağlık Bakanlığının 03.04.2008 tarihli ve 11395 (2008/25) sayılı genelgesine göre, I. basamak yoğun bakım ünitesinde her mesaide üniteye bir hemşire, II. basamak yoğun bakım ünitesinde her mesaide, dört yatak için en az bir hemşire, III. basamak yoğun bakım ünitesinde her mesaide, üç yatak için en az bir hemşire gerektiği belirtilmektedir (89). Çalışmanın yürütüldüğü altı yoğun bakımdan üçünün III. basamak yoğun bakım ünitesi olduğu göz önünde bulundurulduğunda, hemşirelerin ortalama yaklaşık üç hasta bakımından sorumlu olması genelge ile uyumlu görünse de; hemşirelerin %18,7'sinin 4 ve üzeri hasta baktığı dikkatten kaçmamalıdır. Çünkü hasta sayısının fazla olması, uzun çalışma saatleri ve yoğun bakım ortamı gibi birçok faktör, hemşirelerin dikkat ve konsantrasyonunu azalmakta, yorgun düşmesine sebep olmaktadır. Buna bağlı olarak da, hemşireler sadece fizyolojik bakıma odaklanmakta, psikolojik bakımı göz ardı edebilmektedir. Böyle bir durum ise, hastanın bütüncül bakım alamamasına ve aldığı bakımın kalitesinin düşmesine neden olmaktadır.

Hemşirelerin haftalık çalışma saat dağılımları incelendiğinde; tamamının haftalık 40 saat ve/veya üzeri süre çalıştığı saptanmıştır. 1977 yılında, Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından, hemşirelik personelinin istihdamı ile çalışma ve yaşam koşullarına ilişkin tavsiye kararına göre, “*normal çalışma saatinin günlük 8, haftalık 40 saati, aşmaması gerektiği*” belirtilmiştir (madde 32, 33). Ayrıca, “*Normal haftalık çalışma süresinin ülkedeki diğer çalışanlar için belirlenen çalışma saatlerinden fazla olmaması (madde 33)*”, “*fazla mesai de dahil bir çalışma günününün 12 saati aşmaması gerektiği, sadece özel aciliyet durumlarında bunun ihlal edilebileceği; hemşire personele yeterli yemek molaları, normal çalışma saatleri içinde yeterli dinlenme molaları süresi verilmesi gerektiği (madde 34)*” vurgulamıştır (90). Bunların yanısıra, “*Hemşirelik personelinin haftalık dinlenme süresinin hiçbir şekilde kesintisiz 36 saatin altında olmaması gerektiği (madde 36)*” vurgulanmakta; *bununla birlikte “fazla mesai, uygunsuz saatlerde çalışma ve nöbet uygulamalarına mümkün olduğunca az başvurulması gerektiği belirtilmektedir (madde 37)*”. Ülkemizde hemşirelerin çalışma saatlerinin ILO'ya

göre değil, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun yan ısıra birçok yasal düzenlemeye (4857 sayılı İş Kanunu, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun) göre ayarlandığı görülmektedir (91). 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nda (93); Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'ne göre nöbet; saat 08.00' den ertesi gün 08.00'e kadar devam eder. Nöbetçi olanlar hiçbir surette kurumdan ayrılamaz (m.41a-b). Yine 657 sayılı devlet memurları kanununa göre, memurların haftalık çalışma süresi 40 saat olarak belirlenmiş olmasına rağmen (93), 2368 Sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun uyarınca hemşirelerin çalışma süresi haftada 45 saattir. Ayrıca, yönetmelikte "*Hastane başhekimleri kesintisiz hizmetin devamı açısından personel sayısını dikkate alarak fazla çalışma ve nöbet gibi hizmetlerde farklı çalışma saatleri belirleyebilir*" maddesi (m.38/2) de bulunmaktadır (94). 4857 Sayılı İş Kanunu'na göre haftalık çalışma süresi 45 saattir. Fazla çalışma süreleri günde 11 saati aşamaz. Fazla çalışma için hemşirenin onayı gerekir ibaresi bulunmaktadır (92). Tüm bu bilgiler bütüncül olarak değerlendirildiğinde çalışmamızda haftalık çalışma saati ortalamasının $50,41 \pm 8,10$ saat çıkması şaşırtıcı olmamıştır. Çeşitli yasal düzenlemeler, hemşirelerin haftalık mesailerinin uluslararası standartların çok üstünde olmasına sebep olmaktadır. Oysa, yoğun bakım birimleri dikkat gerektiren, beden gücü kullanılan, stresli ve yoğun birimler olduğundan, bu kadar uzun saatler çalışmak, hemşirelerin sadece iş merkezli çalışmasına, hastaların fizyolojik ihtiyaçlarını karşılarken psikolojik ihtiyaçlarını göz ardı etmesine, psikolojik bakım verme konusunda isteksiz olmasına ya da zaman ayıramamasına/ yaratamamasına neden olmaktadır. Nitekim hemşireler çalışmamızda da bunları belirtmişlerdir. Hemşireler stresli, yoğun ortamda çalıştıklarından ve uzun mesai saatlerinden dolayı hastaların sadece, Maslow'un gereksinimler hiyerarşisinin en alt basamağında yer alan, temel fizyolojik ihtiyaçları karşılayabilmekte, daha üst basamakta yer alan psikolojik ihtiyaçları karşılayamamaktadır. Bu kadar stresli ve yoğun ortamda hemşirelerin psikolojik bakım verememelerinin sebeplerinden biri de uzun mesai saatleri olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda yoğun bakımda çalışan hemşirelerin mesai saatlerinin düşürülmesinin gerekli olduğu söylenebilir.

Hemşirelerin meslekteki ortalama çalışma süresi $4,95 \pm 3,78$ yıl ve yoğun bakımda ortalama çalışma süresi $3,19 \pm 2,44$ yıldır. Hemşirelerin meslekte ve yoğun bakımda çalışma sürelerinin ortalama 5 yıldan az olması, yoğun bakım birimlerinde daha çok yeni mezun genç hemşirelerin çalıştığını göstermektedir.

Hemşirelerin yarısından fazlası (%65.2) yoğun bakım hastasına psikolojik bakım ile ilgili eğitim almadığını belirtmiştir. Eğitim aldığını belirten (%34.8) hemşirelerin %33,9'u bu eğitimi öğrenim sırası derslerden ve %17'si hizmet içi eğitim programlarından aldığını belirtmiştir. Bu bulgular, yoğun bakım hastasına psikolojik bakım ile ilgili hemşirelere mezuniyet öncesi ve sonrası özellikle hizmet içi eğitimlerde yeterli düzeyde yer verilmediğini göstermektedir.

Hemşirelerin %39'u yoğun bakım hastasına psikolojik bakım konusunda eğitim aldığını belirtmiş olsa da, %83,9'u böyle bir bakımı vermek için kendisini kısmen yeterli veya yetersiz bulduğunu ifade etmiştir. Bu konuda eğitim almak isteyip istemedikleri sorulduğunda, hemşirelerin yarısından fazlası (%61,6) eğitim almak istediğini belirtmiş ve "*özel durumu olan hasta ve/veya yakınlarına yaklaşım*", "*hasta ve ailelerine psikolojik bakım*", "*hasta/hasta yakını ile iletişim*", "*YB ortamına uyum gösterme/adaptasyon*" ve "*YB ile ilgili spesifik konuları*" eğitim almak istedikleri başlıklar olarak belirtmişlerdir. Bu bağlamda hemşirelere verilen hizmet içi eğitim programlarının içerik olarak tekrar gözden geçirilmesi ve bu başlıklar doğrultusunda düzenlenmesi önerilebilir.

Yoğun bakım hastasına psikolojik bakım kim tarafından verilmeli diye sorulduğunda, hemşirelerin yarısı böyle bir bakımın hemşire tarafından verilmesi gerektiğini, özellikle %17,9'u bu hemşirenin uzman psikiyatri hemşiresi ve düşük bir oran da olsa %2,7'si bu hemşirenin KLP hemşiresi olması gerektiğini belirtmiştir. Hemşirelerin çok küçük bir oranının KLP hemşiresi demesi, yapılan görüşmelerde gözlemlendiği üzere, hemşirelerin böyle bir alanın varlığıyla ilgili bilgi sahibi olmamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu bölümde ikinci aşamada, seçilen 15 hemşire ile yarı yapılandırılmış görüşme formu doğrultusunda yapılan bireysel görüşmelerden elde edilen sonuçlar tartışılacaktır.

5.1. Yoğun bakımda psikolojik bakım

Yapılan görüşmelerde hemşireler yoğun bakımda psikolojik bakımı, “empati”, “daha çok ilgilenme”, “güven verme”, “destek olma” ve “bütüncül bakım” olarak tanımlamışlardır.

- Empati

Yapılan görüşmelerde hemşireler yoğun bakımda psikolojik bakımın empati kurma olduğunu ifade etmişlerdir.

Literatürde de psikolojik bakımın, hastanın psikolojik gereksinimlerine dinleme, gözlem, empati kurma olduğu saptanmıştır (95). Dizer ve İyigün (96), 2009’da yoğun bakım hemşirelerinde empatik düzey dağılımlarını incelemiş ve empatik davranmanın hemşirelik bakım kalitesini arttırdığını saptamıştır. Moghaddasian ve ark (97), 2013’de hemşirelerin empatik iletişim yoluyla hastaları ve aileleri bakıma teşvik edeceklerini saptamıştır. Wilkin ve Slevin (98) ise, yoğun bakım hemşireleriyle yarı yapılandırılmış görüşme sonucunda, hemşirelerin hastalara pozisyon verirken ve bakım sırasında empati yaptıklarını ifade etmiştir. Bizim çalışmamızda da hemşireler literatürle benzer şekilde psikolojik bakımda empati kurmanın gerekliliğinden söz etmişlerdir.

- Daha çok ilgilenme

Yapılan görüşmelerde hemşireler yoğun bakımda psikolojik bakımın hastalarla daha çok ilgilenme, daha özenli, daha fazla iletişim, daha şefkatli, daha insancıl ve daha sıcak olması gerektiği şeklinde olarak ifade etmişlerdir. Aytar ve Yeşildal (99), 2004’de yaptığı yatan hasta memnuniyetiyle ilgili çalışmada hastaların %57,6’sının sağlık çalışanlarının davranışlarından memnun olduğunu, bunlardan da %1,8’sinin sağlık çalışanlarının davranışlarına özen gösterdiği, değer verdiği ve güler yüzlü oldukları belirtilmiştir. Hastanede her birimde yatan hastaların ilgiye, şefkate, güler yüze, değer verilmeye ve sağlık çalışanları tarafından daha ilgili davranmalarına ihtiyaçları vardır. Yoğun bakım gibi özellikli birimlerde yatan

hastaların tüm ihtiyaçlarını sağlık personeli tarafından karşılanması, otonomilerinin olmaması ve sağlık personeline bağımlı olduklarından dolayı daha çok ilgiye, şefkate ve daha iyi iletişim kurmaya gereksinimleri vardır. Bizim çalışmamızda da yoğun bakım hemşireleri, bunun farkında ve psikolojik bakım olarak onlarla daha çok ilgilenme, daha insancıl, daha sıcak davranmaları gerektiğine inanmaktadır.

- **Güven verme**

Yapılan görüşmelerde hemşireler yoğun bakımda psikolojik bakımın hastalara güven vermenin, sakin yaklaşmanın, güvende hissetmeleri için destek vermenin ve hastanın ekibe güven duyması şeklinde ifade etmiştir. Literatürde de sedatize, bilinci kapalı ya da entübe hastaların bulunduğu yoğun bakımlarda hastaların duygusal güvenceye ihtiyacı olduğu saptanmıştır (100). Wilkin ve Slevin'in (98) 2004'de yaptığı çalışmada yoğun bakım hemşireleri, hastaların daha rahat olmaları için güven vermenin gerekliliğinden ve hastanın ekibe güven duymasının öneminden bahsedilmiştir. Pattison ve Dolan (101), hastaların yoğun bakım personelinden güvenceler almasının gelecek hakkında olumlu düşüncelerine neden olduğunu saptamıştır. Hofhuis et al. (102), 11 yoğun bakım hastasıyla görüşme yapmış ventilasyon sırasında açıklama yapmanın güven verdiğini, daha az korktuklarını saptamıştır. Yoğun bakım gibi yabancı kişi ve cihazların bulunduğu ortamlarda, yapılan invaziv girişimler, hastanın alışkanlıklarında değişiklik, stres ve belirsizlik duyguları hastaların güven ihtiyacını doğurur. Literatürde ve bizim çalışmamızdaki sonuçlara göre değerlendirildiğinde, hemşireler hastalara güven vermenin önemini farkındadır.

- **Destek olma**

Yapılan görüşmelerde yoğun bakımda psikolojik bakım hastaların daha iyi hissetmesi için yapılan uygulamalar ve sözlü uyarın, yalnızlığa müdahale etme ve rahat hissetmesini sağlama gibi destek olma şeklinde vurgu dikkat çekmiştir. Rotondi et al. (103), yoğun bakımda yatan entübe hastaların %39,6'sı yalnızlık hissettiğini saptamıştır. Hofhuis et al. (102) 11 yoğun bakım hastasıyla görüşme sonucunda,

hastalar tarafından deneyimlenen en iyi bakımının hemşire desteği olduğunu bulmuştur. Çalışmalarda da görüldüğü gibi yoğun bakım hastalarının desteğe ihtiyacı olduğu, en çok da hemşirelerden bu desteği bekledikleri saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da hemşireler, yoğun bakım sürecinde psikolojik bakımı, destek olma şeklinde tanımlamışlardır.

- **Bütüncül bakım**

Yapılan görüşmelerde hemşireler yoğun bakımda psikolojik bakımı fizyolojik, emosyonel, sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarının karşılanarak bütüncül bakım sağlanması şeklinde ifade etmişlerdir. Chivukula et al. (104) 2013'de kalp damar cerrahi yoğun bakım hastalarına verilen sosyal desteğin anksiyete ve depresyonu azalttığını saptamıştır. Wilkin ve Slevin (98) yoğun bakım hemşireleriyle yaptığı görüşmelerde, hastaların fiziksel, psikolojik, sosyal, manevi ve kültürel ihtiyaçları olduğunu ve buna yönelik bütüncül bakım verdiklerini ifade etmiştir. Yoğun bakım birimlerinde iş yükü fazla, stresli ve yoğun ortamlar olduğundan, hastaların psikolojik ve sosyal yönleri unutulmuş sadece fizyolojik gereksinimlerine odaklanılmaktadır. Oysa insan biyopsikososyal bir varlıktır ve bütüncül bakıma gereksinimi bulunmaktadır. Yapılan araştırmalarda ve bizim çalışmamızda da, hemşireler hastaların biyopsikososyal ihtiyaçlarını belirleyerek, bütüncül bakım vermektedir.

5.2. İletişim

Yapılan görüşmelerde iletişim teması altında iletişim biçimi ve iletişimde yaşanan zorluklar olmak üzere 2 alt temaya ulaşılmıştır.

5.2.1. İletişim biçimi

Yapılan görüşmelerde yoğun bakım hemşireleri hastalarla iletişim kurarken sözlü ve sözsüz iletişim yöntemlerini kullanmaktadır.

- Sözlü iletişim

Yapılan görüşmelerde hemşireler yoğun bakım hastalarıyla iletişim kurarken isimle hitap etme, kendini tanıtarak iletişime başlatma, sohbet şeklinde ve işlemler hakkında bilgi verme şeklinde iletişim kurdukları dikkat çekmiştir. Yapılan bir dizi çalışmada, bilinci açılan bazı hastalarla görüşülmüş ve hastaların bilinci kapalı iken gerçekleşen çeşitli konuşmaları duydukları ifade edilmiştir (74). Bu nedenle hastaların işittikleri unutulmamalı ve bilinçsiz hasta yoktur varsayımı benimsenmeli, hastaya ismiyle hitap edilmeli; basit ve somut terimler, kısa ve net cümleler kullanılarak sözel iletişim kurulmalıdır (22, 30, 33).

Baker ve Malby (105), yoğun bakım hemşireleriyle yaptığı görüşmelerde hemşirelerin ortalama %5'inin bilinci kapalı hasta ile sözlü iletişim kurduğunu saptamıştır. Harrison ve Nixon (106), yoğun bakım hemşireleri zamanlarının %85'ini doğrudan hastaya bakım vererek geçirdiklerini ve bu zamanın sadece %3'ünde hastalarla sözel iletişim kurduklarını bulmuşlardır. Bu kadar az bir oranla sözel iletişime geçebildikleri, hemşirelerin iletişim için zaman ayıramadığını, zamanlarının büyük bir kısmını hastaların fizyolojik gereksinimlerini karşılayarak geçirdiğini göstermektedir. Oysa iletişim, yoğun bakım hastalarının yaşadığı tüm olumsuzluklarla baş etmeyi sağlar ve iyileşme sürecini hızlandırır.

Literatüre bakıldığında ise hastanın oryantasyonunu sağlamak için isimle hitap etme ve sağlık çalışanının kendisini tanıtmaya gerektiği vurgulanmaktadır (107, 108, 109). Bizim çalışmamızda da hemşireler iletişimi başlatırken kendilerini tanıttıkları ve hastaya ismiyle hitap ettikleri saptanmıştır. Çalışmamızın sonuçları ile literatür uyumludur.

- Sözsüz iletişim

Yapılan görüşmelerde hemşireler yoğun bakım hastalarıyla iletişim kurarken gülümseme, göz teması, beden hareketleri, dokunma, dudak okuma ve yazma şeklinde iletişim kurdukları dikkat çekmiştir. Radtkea et al. (110), yoğun bakım hemşirelerinin iletişim kurarken sözsüz iletişim yöntemlerinden daha çok göz teması,

dudak okuma ve beden hareketlerini kullandıklarını saptamıştır. Magnus ve Turkington (111) yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının yoğun bakım hastalarıyla göz teması, yazı yazma, dokunma, resimli iletişim kartları, dudak okuma, alfabe kartları, yüz ifadesi ve beden hareketleri yöntemlerini kullanarak iletişime geçtiklerini saptamıştır. Happ et al. (112), yoğun bakımda hemşire hasta etkileşimlerini incelediği çalışmada; kafa sallama, beden hareketlerinin daha çok kullanıldığını, iletişim panoları, alfabe panoları veya resim panolarının daha az kullanıldığını saptamıştır.

Johansson ve Wojnicki (8), entübe hastaların %32'si kalem ve kağıdı tercih ederken, %54'ü beden dili ve dokunmayı tercih ettiklerini bulmuştur. Happ ve arkadaşlarının (113), 2004 yılında mekanik ventilasyondaki hastalarla yaptığı çalışmada ise, hastaların %57,67'si baş sallama, %24,95 dudak okuma, %12,98 jestler ve %4,38 yazma ile iletişim kurduklarını bildirmiştir. Hofhuis ve arkadaşları (102), yoğun bakım hastalarının deneyimlerini incelediğinde, mekanik ventilasyon sırasında hemşirelerin iletişim kurmaması hastaların korkularını arttırdığını, hastalar bu sırada yazılı iletişim kullanarak daha güvenli ve destekleyici hissedeceklerini belirtmişlerdir.

Bizim çalışmamızda bazı hemşireler dokunma ile iletişim kurarken omzuna ya da üst koluna dokunmanın hastaya daha çok güven verdiğini ifade etmişlerdir. Wilkin ve Slevin (98), dokunmanın, hemen hemen tüm hemşirelik durumlarında hemşire-hasta etkileşimi ayrılmaz bir parçası olduğu ve hemşireler tarafından rahatlatıcı ve sakinleştirici olarak görüldüğünü saptamıştır. Ayrıca bir hemşire de ağırlı işlem sırasında bir hastanın elini tuttuğunu, hastanın işlem sonrası hemşireye *“işlem sırasında elimi tutmanız, işlem hakkında bilgi vermekten daha destekleyiciydi”* şeklinde geri bildirim vermesi, hemşirenin dokunmaya daha fazla önem vermesine neden olduğunu dile getirmiştir.

5.2.2. İletişimde yaşanan zorluklar

Yapılan görüşmelerde hemşirelerin, yoğun bakım hastalarıyla iletişim kurarken zorluk yaşadıkları, bu zorlukların hastaların durumundan, dil sorunundan ve çevresel faktörlerden kaynaklandığı dikkat çekmiştir.

- **Hastaların durumundan kaynaklanan iletişim güçlükleri**

Yapılan görüşmelerde hemşireler, yoğun bakım hastalarıyla hastanın durumundan kaynaklanan iletişim güçlüğü yaşadıklarını, bu hastaların da *agresif, aşırı istekli, ölüm korkusu olan, dezorganize olan, tedaviyi reddeden, bilinci kapalı ve entübe hasta* olduğu dikkat çekmiştir.

Yava ve Koyuncu (71), yaptığı çalışmada entübe hastalarda sözel iletişimin engellenmesi hastanın kendisini ifade etmekte zorlanmasına ve sağlık personeli ile iletişim kurmaya çalışması endişelerinin daha fazla artmasına yol açtığını belirtmiştir. Patak ve arkadaşları (114) mekanik ventilatöre bağlı olan hastaların %62'sinin ihtiyaçlarını iletmede büyük zorluk yaşadıklarını ve hemşirelerin entübe hastaların mesajlarının ancak %5'ini açıklığa kavuşturabildiklerini belirlemişlerdir. Bizim çalışmamızda da hemşireler entübe, mekanik ventilatöre bağlı hastalarla iletişimde zorluk yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Fesci ve arkadaşlarının (115) 2008'de yaptığı çalışmada hemşireler, sıklıkla sorun yaşadıkları hasta gruplarını %73.8 ile "*agresif tutum gösteren hastalar*", %61.3 ile "*aşırı istekte bulunan hastalar*", %57.5 ile "*terminal dönemde olan hastalar*" şeklinde ifade etmişlerdir. Bizim çalışmamızda da hemşireler aşırı istekleri olan hastaların, kendilerini sürekli yanlarında istediğini belirtmiştir. Yine hemşireler hastaların aşırı istekli olma sebebi olarak yalnızlıktan ve durumunun kötüleşeceğinden korkmayı göstermiştir.

Akgün Çıtak ve arkadaşlarının (116) 2011'de yaptığı çalışmada hemşirelerin; %84'ü söylenen, kızan ve bağırان hastaları; %81.6'sı tedaviyi reddeden hastaları; %87.2'si çok ağrısı olan, sürekli bağırان hastaları; %84'ü sürekli bir şeyler isteyen hastalarla iletişimde güçlük yaşadıklarını belirtmiştir. Magnus ve Turkington (111) yoğun bakımda iletişim engellerini; aşırı istekli hasta, entübe hasta ve bilinci kapalı hasta olarak belirtmiştir. Bizim çalışmamızda da hemşireler, bilinci kapalı hasta ile iletişim kurmada, hastadan cevap alamadıkları, tek yönlü iletişim kurdukları için zorlandıklarını belirtmişlerdir.

Dilden kaynaklanan güçlükler

Yapılan görüşmelerde hemşirelerin, yoğun bakım hastalarıyla, hastanın dilini bilmemekten kaynaklanan iletişim güçlüğü yaşadıkları dikkat çekmiştir. Akgün Çıtak ve arkadaşlarının(116) 2011'de yaptığı çalışmada hemşirelerin % 5.8'i hastaların farklı dil konuşmasından dolayı iletişim güçlüğü çektiklerini bildirmişlerdir. Magnus ve arkadaşları da (111) yoğun bakım hastalarıyla iletişim engellerinden birinin dil sorunu olduğunu belirtmiştir. Suriye iç savaşı nedeniyle ülkemize yapılan göçlerin sayısı her geçen gün artmakta ve göçmen sayısının artmasına bağlı olarak hastanelere daha fazla yabancı hasta başvuru yapılmaktadır. Bu hastalar iç savaş nedeniyle gönülsüz göç ettikleri bir ülkede zaten travma yaşamakta iken, aynı zamanda yoğun bakım gibi hayati bir üniteye bulunmaları da onları ayrı bir psikolojik sıkıntıya itmektedir. Yoğun bakım gibi kritik birimlerde dili bilinmeyen hastaların olması, iletişim kurmada hasta ve ekip açısından son derece zor bir süreç olmaktadır. Hasta açısından yabancı ülkede ve aynı zamanda otonomisinin olmadığı, sağlık personeline bağımlı bir ortamda olması, yoğun bakımın korkutucu ve güvensiz bir ortam olarak algılanmasına neden olur. Yoğun bakım ekibi olarak da, sıkıntılarını ifade edemeyen ve iş birliği yapılamayan hastaya bakım verme, tedavi ve iyileşme açısından gecikmelere neden olabilir. Böyle hastalar için, sağlık bakanlığı 7 gün 24 saat Almanca, İngilizce, Arapça, Rusça, Farsça ve Fransızca dillerinde tercümanlık desteği vermektedir. Ancak çoğu sağlık çalışanı bu tercümanlık hakkında ya haberdar değil ya da böyle bir uygulamaya gereksinim duymamaktadır. Sağlık çalışanlarına bu konuyla ilgili eğitimler verilmeli ve hastalarla daha iyi iletişim kurabilmek adına tercüman hattını aramalarına teşvik edilmelidir.

- Çevresel faktörlerden kaynaklanan güçlükler

Yapılan görüşmelerde hemşirelerin, yoğun bakım hastalarıyla yoğun iş temposu ve yoğun bakım ortamından kaynaklanan iletişim güçlüğü yaşadıkları dikkat çekmiştir. Wilkin ve Slevin (98), hemşirelerin personel yetersizliği, stres gibi yoğun bakım ortamından kaynaklı bakım engellerinin olduğunu, bunların da iletişim güçlüğüne neden olduğunu bildirmiştir. Magnus ve Turkington (111), yoğun bakımın gürültülü olmasını iletişim engeli olarak ifade etmişlerdir. Bizim çalışmamızda da

hemşireler, gürültü ve iş yoğunluğundan dolayı hastalarla iletişim kuramadıklarını belirtmişlerdir. Çalışmamızın sonuçları ile literatür uyumludur.

5.3.Hasta Tepkileri

Yapılan görüşmelerde hemşirelerin, yoğun bakım hastalarının fiziksel ve psikolojik tepkilerini dikkate aldığı, bazılarının ise bu tepkilere dikkat etmediği duyarsız kaldığı saptanmıştır.

- Psikolojik tepkiler

Yapılan görüşmelerde hemşirelerin, yoğun bakım hastalarının korku, kızgınlık, minnettarlık, mahremiyet ve rahatsızlık gibi psikolojik tepkilere yoğunlaştığı dikkat çekmiştir. Zaybak ve Çevik (117) yoğun bakım stresörlerinin hemşire ve hastalar tarafından algılanmasını incelediği çalışmasında, hastalar için mahremiyetin 2. sırada, hemşireler tarafından ise 7. sırada stresör olarak algılandığını bildirmiştir. Samuelsen (118) mekanik ventilasyon uygulanan hastaların yaşadığı deneyimleri araştırdığı çalışmada, hastaların korku, anksiyete, rahatsızlık, kızgınlık, panik gibi deneyimler yaşadığını saptamıştır. Çalışmamızın sonuçları ile literatür uyumludur.

- Fizyolojik tepkiler

Yapılan görüşmelerde hemşirelerin, yoğun bakım hastalarının pozisyon verirken dispne ve ağrı gibi fizyolojik tepkilere yoğunlaştığı dikkat çekmiştir. Esen ve arkadaşları (119), entübe ve sedatize hastaları ağrılı işlemlerde gözlemleyip, en fazla ağrının intratrakeal aspirasyon ve daha sonra pozisyon verme işlemi olarak saptamışlardır. Yoğun bakımlarda en sık görülen komplikasyonlardan biri olan pozisyon sırasında dispne ve ağrı, bu alanlarda çalışan hemşirelerin her zaman dikkat ettiği bir durumdur. Çalışmamızda da hemşireler, fizyolojik tepki olarak pozisyon sırasında ağrı ve dispneye dikkat ettiklerini dile getirmişlerdir.

- **Duyarsız (nötr)**

Yapılan görüşmelerde bazı hemşirelerin, yoğun bakım hastalarının tepkilerine iş yoğunluğundan odaklanamadıkları dikkat çekmiştir. Literatürde de yoğun bakımda çalışan hemşirelerin iş yükünden dolayı tükendiği ve duyarsızlaştığı saptanmıştır (120, 121). Bizim çalışmamızda da hemşireler hastaların tepkilerine dikkat edemediklerini, sadece fizyolojik ihtiyaçlarını karşılayabildiklerini ifade etmişlerdir. Bunun sebebinin de uzun ve fazla mesai saatleri, yoğun bakım ortamlarının stresli ve yoğun olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.4. Psikolojik Sorunlara Yaklaşım

- **Psikolojik semptomlar**

Yapılan görüşmelerde hemşirelerin, yoğun bakım hastalarında deliryum, oryantasyon bozukluğu, ajitasyon, kendisine ve çevresine zarar verme, anksiyete, huzursuzluk, korku, ümitsizlik, çaresizlik ve depresyon gibi psikolojik semptomlar gözlemledikleri dikkat çekmiştir. Wade ve arkadaşları (122) yoğun bakımda taburcu olan hastaların %27'sinde posttravmatik stres bozukluğu belirtileri, %46'sında depresyon ve %44'ünde anksiyete olduğunu saptamıştır. Literatüre bakıldığında da, yoğun bakım hastalarında depresyon, anksiyete, korku, uyku bozuklukları, güçsüzlük, çaresizlik, deliryum, oryantasyon bozukluğu ve duysal yoksunluk/yüklenme görüldüğü saptanmıştır (9, 15, 24, 36, 69). Anderson ve arkadaşları (27), yoğun bakımda yatan hastaların %42'sinde anksiyete gözlemlendiğini belirtmiştir. Rincon ve arkadaşlarının (37) 2001 yılında yaptığı çalışmada, yoğun bakımda yatan hastaların %13,7'sinde depresyon görüldüğünü belirtmiştir.

Yoğun bakımlarda alışık olunmayan tıbbi araç gereçler, sık ağırlı invaziv işlemler, gürültülü ortam, uzun süre hareketsizlik, bağımlı olma, ziyaretlerin kısıtlı ya da hiç olmaması, hastalarda birçok psikososyal sorunlara neden olmaktadır. Bizim çalışmamızda hemşireler, görülen bu psikososyal sorunları tanımlayabilmektedir.

Psikolojik sorun çözüme

Yapılan görüşmelerde hemşirelerin, yoğun bakım hastalarında psikolojik sorunları çözümlenmek için iletişim kurma, uzman desteği alma, farmakolojik destek alma ve bilgi verme/açıklama gibi yöntemler kullandıkları dikkat çekmiştir. Literatüre bakıldığında psikolojik bakımın 4 düzeyi görülmektedir. Birinci düzeyinde; bilgi verme, görüşme, dinleme ve empati becerisi, psikolojik gereksinimleri tanımlayabilme, sunabilme, aktarılan problem hakkında bilgili olma gibi *temel iletişim ve tanılama becerileri*, ikinci düzeyinde; hasta/ailesinin stresle başetme yeteneği, terapötik ilişki kurabilme, duyguların ifade edilmesini kolaylaştırma, aktarılan problem hakkında bilgili olma gibi *koruyucu psikolojik bakım*, üçüncü düzeyinde; kurumsal modeller ve beceri eğitimlerine dayalı çeşitli psikolojik girişimler gibi *özelleşmiş psikolojik girişimler* ve dördüncü düzeyinde; bilişsel terapi, davranışı değiştirme gibi *psikoterapi uygulamaları* yer almaktadır (52, 55, 56). Bizim çalışmamızda genel olarak hemşireler, birinci düzey psikolojik bakım gereksinimlerini karşılayabildikleri, ikinci düzey psikolojik bakım gereksinimlerinin de bir kısmını karşıladıkları, görülmektedir. Bu bulgu literatürle karşılaştırıldığında, hemşirelerin birinci ve ikinci düzey psikolojik bakım gereksinimlerini karşılarken ikinci düzeyde yer alan “*hasta ailesinin stresle baş etme*” konusunda yetersiz kaldıkları, üçüncü ve dördüncü düzey gereksinimleri ise karşılayamadıkları görülmektedir. Üçüncü ve dördüncü düzey psikolojik bakım, bu konuda özelleşmiş bilgi ve beceriye sahip uzman tarafından yürütülmesi gereken bir bakım olmasından dolayı, hemşirelerin bu düzeydeki psikolojik bakım gereksinimleri karşılayamadığı düşünülmektedir.

Psikolojik bakım vericilerin niteliği

Yapılan görüşmelerde hemşirelerin, yoğun bakım hastalarına psikolojik bakımı psikiyatrist, psikolog, yoğun bakım hekimi, uzman psikiyatri hemşiresi, hasta yakınları ve KLP hemşiresi tarafından verilmesini savundukları dikkat çekmiştir. Alaca 2011’de yaptığı çalışmada (55) hemşirelerin %92,4’ü, psikiyatri hemşireliği alanında uzmanlık eğitimi almış bir meslektaşından konsültasyon almayı ve birlikte çalışmayı istediğini belirtmiştir. Bizim çalışmamızda da yoğun bakım hastasına psikolojik bakımı 15 hemşireden 10’u hemşirenin yapması gerektiğini

düşünmektedir. Bu bakımı hemşirenin vermesi gereken 10 kişiden 2'si bu konuda eğitimli hemşireler olması gerektiğini, 4'ü KLP hemşiresi olması gerektiğini kalan 4'ü ise direk doğrudan KLP hemşiresi diyemese de, KLP hemşiresinin tanımını yapmıştır. Hemşirelerin yarısından fazlasının psikolojik bakımı KLP hemşiresinin vermesi gerektiğini dile getirmeleri, böyle bir hizmet alanına ihtiyaç duyduklarını göstermesi açısından dikkat çekicidir. Bu bakımdan H₂ hipotezi (yoğun bakım hemşireleri KLP hemşireliğine gereksinim duymaktadır) doğrulanmaktadır.

BÖLÜM VI

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Araştırma iki aşamada gerçekleştirilmiştir. İlk aşamada 112 hemşireden toplanan niceliksel verilerin sonuçları şöyledir;

Hemşirelerin yaş ortalaması $26,80 \pm 4,73$ olup, %88,4'ünün kadın ve %70,5'inin bekadır.

Hemşirelerin mesleki özelliklerine bakıldığında; yarısından fazlası (%61,6) lisans mezunudur. Hemşirelerin ortalama mesleki hizmet süresi $4,95 \pm 3,78$, kurumdaki ortalama çalışma süresi $3,20 \pm 2,33$ ve yoğun bakımda ortalama çalışma süresi $3,19 \pm 2,44$ 'tür. Hemşirelerin %28,6'sı anestezi yoğun bakım, %18,8'i nöroloji yoğun bakım, %16,1'i dahiliye yoğun bakım, %14,3'ü kalp ve damar cerrahi servisi, %11,5'i koroner yoğun bakım ve %10,7'si beyin cerrahi yoğun bakımda çalışmakta olup, %96,4'ü klinik hemşiresi olarak görev yapmaktadır.

Hemşirelerin çalışma şekilleri incelendiğinde; %76,8'i gündüz-gece biçiminde çalışan hemşirelerin haftalık ortalama çalışma süresi $50,41 \pm 8,10$ saattir.

Mesaide bakmakla yükümlü oldukları ortalama hasta sayısı $2,86 \pm 0,88$ olan hemşirelerin sadece %39'u yoğun bakım hastasına psikolojik bakım ile ilgili daha önce eğitim aldığını belirtmiştir. Bu konuda eğitim alan hemşirelerin %33,9'u bu eğitimi öğrenimi stajı sırasında derslerden, %17'si hizmet içi eğitim programlarından, aldığını belirtmiştir.

Hemşirelere yoğun bakım hastasına psikolojik bakım konusunda eğitim almak isteyip istemedikleri sorulduğunda %61,6'sı eğitim almak istediğini belirtmiş ve *özel durumu olan hasta ve/veya yakınlarına yaklaşım, hasta ve ailelerine psikolojik bakım, hasta/hasta yakını ile iletişim, YB ortamına uyum gösterme/adaptasyon ve YB ile ilgili spesifik konuları* eğitim almak istedikleri konu başlıkları olarak belirtmişlerdir.

Yoğun bakım hastasına psikolojik bakımın, hemşirelerin %50'si hemşire tarafından, %17,9'u uzman hemşire tarafından ve %2,7'sinin KLP hemşiresi tarafından verilmesi gerektiğini düşünmektedir.

Araştırmanın ikinci aşamasında, maksimum çeşitlilik örneklem yöntemiyle seçilen 15 hemşireyle yapılan yarı yapılandırılmış görüşme sonuçları ise şöyledir;

Yoğun bakım hemşirelerinin hastaların psikolojik bakım gereksinimleri ve uygulamaya yönelik görüşleri “*yoğun bakımda psikolojik bakım*”, “*iletişim*”, “*hasta tepkileri*” ve “*psikolojik sorunlara yaklaşım*” olmak üzere 4 ana tema altında incelenmiştir.

Hemşireler, yoğun bakımda psikolojik bakımı; “*empati kurarak*”, “*hastayla daha çok ilgilenerek*”, “*hastalara güven vererek*”, “*destek olarak*” ve “*bütüncül bakımla*” yaptıklarını belirtmişlerdir.

Hemşireler yoğun bakım hastalarıyla; *isimle hitap etme, kendini tanıtarak iletişimi başlatma, sohbet etme, işlemler hakkında bilgi verme* gibi sözlü ve *gülümseme, göz teması, beden hareketleri, dokunma, dudak okuma ve yazma* gibi sözsüz iletişim yöntemlerini kullanmaktadır.

Hemşireler yoğun bakım hastalarıyla iletişim kurarken güçlük çektiklerini, bunların; agresif, aşırı istekli, ölüm korkusu olan, dezorganize, tedaviyi reddeden, bilinci kapalı ve entübe hasta gibi hastanın durumundan kaynaklanan güçlükler olabildiği gibi; yoğun bakım ortamı, yoğun iş temposu ve hastanın dilini bilmemekten kaynaklanan güçlükler olabildiğini belirtmişlerdir.

Hemşireler, yoğun bakımda hastalarında korku, kızgınlık, minnettarlık, mahremiyet ve rahatsızlık gibi psikolojik tepkilerine ve hastaya pozisyon sırasında dispne ve ağrı gibi fizyolojik tepkilerine dikkat ederken, bazen de bu tepkilere iş yoğunluğundan dolayı dikkat edemediklerini, zaman ayıramadıklarını ifade etmişlerdir.

Hemşireler yoğun bakım hastalarında, deliryum, oryantasyon bozukluğu, ajitasyon, kendisine ve çevresine zarar verme, anksiyete, huzursuzluk, korku, ümitsizlik, çaresizlik ve depresyon gibi psikolojik semptomları gözlemleyip, tanımlayabilmektedir.

Yoğun bakım hastalarında psikolojik sorunu çözümlmek için hemşireler, hastalarla iletişim kurduklarını, sağlık çalışanından uzman desteği almaya gereksinim

duydıklarını, hastalara yapılan işlem ve hastanın durumu hakkında bilgi verdiklerini ve ilaç yönetimi konusunda destek aldıklarını belirtmişlerdir.

Hemşirelerin %66,7'si yoğun bakım hastalarına psikolojik bakımın hemşire tarafından verilmesi gerektiğini; bunların %53,3'ü KLP hemşiresi ve %13'ü ise uzman psikiyatri hemşiresi tarafından verilmesi gerektiğini düşünmektedir. Buna karşın, hemşirelerin %33,3'ü ise böyle bir bakımı psikiyatrist, psikolog, yoğun bakım hekimi ve hasta yakınlarının vermesi gerektiğini düşünmektedir.

Çalışmanın tüm bulguları bütüncül olarak değerlendirildiğinde; hemşirelerin psikolojik bakım gereksinimlerini tanıdıkları, farkında oldukları ve çalışmanın ilk aşamasında da belirtildiği üzere; bu konudaki bilgilerinin kısmen yeterli ya da yetersiz bulduklarından dolayı uygulamaya aktaramadıkları görülmektedir. Hemşirelerin iş temposunun yoğun olması, uzun mesai saatleri, yoğun bakım ortamının stresli olması psikolojik bakımın nasıl yapacaklarını bilemediklerinden ve olanaklarının, zamanlarının olmamasından dolayı uygulayamadıkları düşünülmektedir. Bu bağlamda, bu tür bakımın yürütülmesi için yoğun bakım birimlerinde bu konuda bilgi, beceri ve deneyimi olan ve sadece enerjisini psikolojik bakım üzerine odaklayan özelleşmiş uzman bireylerin çalıştırılması önerilebilir. Literatürde bu anlamda özelleşen hemşirelerin KLP hemşiresi olduğu belirtilmektedir. Yoğun bakım ortamları hastaların sadece fizyolojik ihtiyaçlarının karşılandığı birimler olmamalıdır. Çünkü, bakım, fizyolojik, psikolojik ve sosyal olarak bir bütündür. Bu noktada hemşirelerden gelen geri bildirimler dikkate alındığında, yoğun bakım ortamlarındaki yoğun ve stresli iş temposunda hastaların psikolojik bakım gereksinimlerini karşılayamadıkları ve bu nedenle bütüncül nitelikli bir bakım için bu tür birimlerde alanda uzman, bilgi, beceri ve donanıma sahip uzman kişilerin (*KLP Hemşiresinin*) istihdam edilmesinin önemli ve anlamlı olduğu sonucu ortaya çıkmıştır.

6.2. Öneriler

Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Yoğun bakım gibi stresli ve yoğun birimlerde çalışan hemşirelerin, mesai saatlerinin ve bakım verdikleri hasta sayılarının düzenlenmesi,
- Hizmet içi eğitim program içerikleri gözden geçirilip; özel durumu olan hasta ve/veya yakınlarına yaklaşım, hasta ve ailelerine psikolojik bakım, hasta/hasta yakını ile iletişim ve YB ortamına uyum gösterme/adaptasyon bakım konularının eklenmesi ve hemşirelerin bu konularda bilgilendirilmesi,
- Yoğun bakım hastalarına bütüncül bakım verebilmek için yeterli düzenlemelerin yapılması,
- Yoğun bakım ünitelerinde hastaların psikolojik bakımını karşılamak üzere alanda uzman kişilerin bulunması ve KLP hemşirelerinin istihdam edilmesi,
- Yoğun bakım hastalarıyla iletişim konusunda güçlük çekilen sebepler doğrultusunda, hemşirelerin danışacağı bir KLP hemşiresinin olması önerilir.

ÖZET

Bu çalışma, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yoğun Bakımlarda çalışan hemşirelerin, hastaların psikolojik bakım gereksinimlerine ilişkin farkındalıklarını değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Araştırma Durum-Bütüncül Tek Durum deseni olarak tasarlanmıştır. Araştırmada veriler nicel ve nitel olmak üzere iki aşamada toplanmıştır. Nicel veriler, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yoğun Bakım Üniteleri'nde çalışan 112 hemşireden tanıtıcı bilgi formu ile toplanmıştır. Nitel verilerin elde edilmesi için, nicel araştırma yöntemiyle elde edilen bulgulardan yararlanılmıştır. Bu bağlamda, amaçlı örneklem yönteminden maksimum çeşitlilik örneklem yöntemine göre 15 hemşire seçilerek, yarı yapılandırılmış görüşme formu ile derinlemesine görüşme yapılmıştır. Görüşmelerde yazılı ve sözlü onam alınarak, ses kayıt cihazı kullanılmıştır. Araştırmada elde edilen veriler içerik analiz yöntemiyle analiz edilmiştir. Analizler sonucunda, yoğun bakım hemşirelerinin hastaların psikolojik bakım gereksinimleri ve uygulamaya yönelik görüşleri “*yoğun bakımda psikolojik bakım*”, “*iletişim*”, “*hasta tepkileri*” ve “*psikolojik sorunlara yaklaşım*” olmak üzere 4 ana tema olarak belirlenmiştir. Hemşireler yoğun bakım hastalarında, deliryum, oryantasyon bozukluğu, ajitasyon, kendisine-çevresine zarar verme, anksiyete, huzursuzluk, korku, ümitsizlik, çaresizlik ve depresyon gibi psikolojik semptomları gözlemleyip, tanımlayabilmektedir. Psikolojik sorunu çözmek için de, hastalarla iletişim kurduklarını, sağlık çalışanından uzman desteği almaya gereksinim duyduklarını, hastayı bilgilendirme ve ilaç yönetimi konusunda destek aldıklarını belirtmişlerdir. Yoğun bakım hastalarına psikolojik bakımı hemşirelerin %66,7'si hemşire tarafından ve bunların %53,3'ü KLP hemşiresi ve %13'ü ise uzman psikiyatri hemşiresi tarafından verilmesi gerektiğini belirtmiştir. Hemşirelerin psikolojik bakım gereksinimlerini, tanıdıkları ve farkında oldukları ancak bunları uygulamaya aktaramadıkları görülmektedir. Bunun sebebinin bu konuda bilgilerinin yetersiz olması, yoğun iş temposu, uzun mesai saatleri, ortamının stresli olmasından dolayı olduğu düşünülmektedir. Bu noktada bu birimlerde psikolojik bakım verme konusunda uzman KLP hemşirelerinin istihdam edilmesi önerilmektedir.

Anahtar sözcükler : yoğun bakım, yoğun bakım hastası, psikolojik bakım,

ABSTRACT

This study is planned to evaluate psychological care requirements of nurses and patients in intensive care unit of İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi. The research is designed as Case-Integrated Single Case. Research data are collected in two stages include quantitative and qualitative. Quantitative data are provided by information form from 112 nurses who work in intensive care unit of İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi. To obtain qualitative data, it take advantage of findings of the quantitative research methods. In this context, 15 nurses were selected with reference to maximum variation sampling method from purposeful sampling method and in-depth interviews were handed with semi-structured interview form. During interview, a voice recorder was used within the frame of written and verbal consent. The data obtained from the study has been analyzed using content analysis method. As results of interviews, opinions of intensive care nurses, about psychological care needs and practical requirements of patients, have been determined as 4 main theme which are “psychological care in intensive care units” “communication” “patient response” and “approach to psychological problems”. The nurses have ability to observe and define psychological symptoms such as delirium, disorientstion, agitation, damaging himself-around, anxiety, restlessness, fear, hopelessness, helplessness, depression. Also to analyze psychological problems, they state that they communicate with patients, need to take support from an expert, take support for drug management and to inform patients. 66,7% of nurses state that psychological care should be provided by nurses. While 53,3 of them think they should be KLP nurses, 13,% think they should be specialist psychiatric nurses. It is understood that nurses, recognize and are aware of psychological care requirements however cannot bring to bear. The reason of this is estimated as dense workload, inadequate information in this topic, long hours of work and stressful atmosphere. At this point, employment of KLP nurses are recommended to give psychological care in these units.

Key words: *intensive care unit, intensive care patient, psychological care.*

KAYNAKLAR

1. Çam O, Engin E. Ruh Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı (1. baskı) İstanbul Tıp Kitapevi, İstanbul, 2014: 625-637.
2. Boztaş M. H, Arısöy Ö. Tıbbi hastalıklarda depresyon: tanısal sorunlar, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2010; 2(3): 318-332.
3. Göktaş K, Yılmaz E, Kaya N, Akman C. Bir eğitim hastanesinde istenen psikiyatri konsültasyonlarının değerlendirilmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2011; 7: 27-32.
4. Köroğlu E, Güleç C. Psikiyatri Temel Kitabı, Nobel Tıp Kitabevi, Ankara 2006.
5. Alaca Ç, Yiğit R, Özcan A. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların hastalık sürecinde yaşadığı deneyimler konusunda hasta ve hemşire görüşlerinin karşılaştırılması. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2011;2(2):69-74.
6. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the interheart study): case-control study. *Lancet* 2004;141:711-21.
7. Özkan S. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi. Roche İlaç Sanayi A.S, İstanbul 1993.
8. JohanssonWojnicki G. Communication between nurse and patient during ventilator treatment: patient reports and reevaluations. *Intensive and Critical CareNursing* 2001; 17:29-39.
9. Dedeli Ö, Durmaz-Akyol A. Yoğun bakım hastalarında psikososyal sorunlar. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2008; 12(1-2):26-32.
10. Karadakovan A, Eti Aslan F. Dahili-Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Nobel Kitabevi İzmir 2009: 105-120.
11. Yalamoğlu M. Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Yakınlarının Farklı Kişilerce Bilgilendirilmesinin ve Bilgilendirme Sıklığının Aile Memnuniyeti Üzerine Etkisi, Uzmanlık Tezi, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Mersin 2012: 54.
12. Önsöz S. B. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölümüne Karşı Tutumları ile Ruhsal Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 2013: 167.

13. Hintistan S, Nural N, Öztürk H. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların deneyimleri. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2009; 13(1):40-46.
14. Gürkan A. Bütüncül yaklaşım: yoğun bakımda hastası olan aile üyeleri, Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2009;13(1):1-5.
15. Kaçmaz N. Yoğun bakım hastalarının psikolojik sorunları ve hemşirelik yaklaşımları. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2002;6(2):75-81
16. World Health Organization (WHO), Prevention of Mental Disorders, Effective Interventions and Policy Options, 2004.
17. Terakye G., Kanserli hasta yakınlarıyla etkileşim.DEUHYO ED 2011; 4 (2), 78-82
18. Hatipoğlu S. Cerrahi yoğun bakım hemşireliği ilkeleri. Gülhane Tıp Dergisi 2002; 44 (4): :475-479.
19. Akdemir N.B. Hastaların Yoğun Bakım Deneyimleri Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2013: 159.
20. Özdemir D. Yoğun Bakımda Yatan Hasta Yakınlarının Memnuniyeti,Uzmanlık Tezi İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Anabilim Dalı, İstanbul 2012: 48.
21. Gündöndü D. Ameliyat Sonrası Yoğun Bakıma Alınan Hastalarda Ağrı Yönetimiyle Anksiyete Düzeyi Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2014: 73.
22. Toktemir Tükel H. Hemşirelerin Bilinci Kapalı Hasta ile İletişime İlişkin Algıları ve Deneyimleri, Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli 2006: 68
23. Kutlu L. Yoğun Bakım Ünitelerinde Sağlık Ekibi Üyeleri, Hasta ve Yakınları ile İletişim,http://www.cayd.org.tr/tr/images/UserFiles/Documents/Gallery/Yogun_Bakim_Unitelerinde_Saglik_Ekibi_Uyeleri 2010 (28/03/2015).
24. Hewitt J. Psycho-affectivedisorder in intensivcareunits: a review. Journal of ClinicalNursing 2002; 11: 575–584.
25. Tatlılıoğlu K, Karaca M. Öfke olgusu hakkında sosyal psikolojik bir değerlendirme. International Journal of SocialScience. 2013; 6(6): 1101-1123.

26. McKinley S, Stein-Parbury J, Chehelabi A, Lovas J. Assessment of anxiety in intensive care patients by using the faces anxiety scale. *American Journal Of Critical Care* 2004; 13(2): 146-152.
27. Anderson W. G, Arnold R. M, Angus D. C. 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.
28. Wong H. L. C, GradDip, Lopez-Nahas V, Molassiotis A. Effects of music therapy on anxiety in ventilator-dependen tpatients. *Heart&Lung*2001; 30(5): 376-387.
29. Arslan S, Özer N. Yoğun bakım hastalarının duyuşal girdi sorunlarında tamamlayıcı tedaviler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2010; 13: (2):68-75.
30. Çınar-Yücel Ş. Bilinci kapalı hastanın psikosoyal gereksinimlerini karşılamada hemşirenin rolü. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2011; 4 (1): 174-181.
31. Kutlu, L. Yıldırım, A. Hastalarda duyuşal yoksunluk. *Yoğun Bakım Hemşireliğı Dergisi*2001; 5(2): 83-86.
32. Criner G, Barnette R, D'Alonzo G. *Critical Care Study Guide: Text and Review* (2nd ed), Springer Science Media, London, 2010.
33. Uzelli D, Akın Korhan E. Yoğun bakım hastalarında duyuşal girdi sorunları ve hemşirelik yaklaşımı. *F.N. Hemşirelik Dergisi* 2014; 22(2): 120-128.
34. Davidson J, Harvey M. A, Schuller J, Black G. Post-intensiveway syndrome: what it is and how to help prevent it. *American Nurse Today* 2013; 8(5): 32-37.
35. Arslan H, Konuk Şener D. Stigma, spiritüalite ve konfor kavramlarının Meleis'in kavram geliştirme sürecine göre irdelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2009; 2(1): 51-58.
36. Kulaksızoğılu I. B. Yoğun bakım şartlarında deliryum ve psikiyatrik sorunlar. *Yoğun Bakım Derneğı Dergisi* 2006; 4 (1): 77-82.
37. Rincon H. G, Granados M, Unutzer J. Prevalence, detection and treatment of anxiety, depression, and delirium in the adult critical care unit. *Psychosomatics*2001; 42(5): 391–396.

38. Özdemir L. Yoğun bakım hastasında deliryumun yönetimi ve hemşirenin sorumlulukları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2014; 90–98.
39. Chahraoui K, Laurent A, Bioy A, Quenot J. P. Psychological experience of patients 3 months after a stay in the intensive care unit: a descriptive and qualitative study. Journal of Critical Care 2015; <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.02.016> (02.04.2015)
40. Fumis R. R. L, Ranzani O. T, Faria P. P. Anxiety, depression, and satisfaction in close relatives of patients in an open visiting policy intensive care unit in Brazil. Journal of Critical Care 2015; 30(2): 440.e1–440.e6.
41. Güner P, Geenen O. Atlanması kolay bir bozukluk: deliryum. C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007; 11(1). 37-46.
42. Elliot S. R. ICU delirium: a survey into nursing and medical staff knowledge of current practices and perceived barriers towards icu delirium in the intensive care unit. Intensive and Critical Care Nursing 2014; 30(6): 333–338.
43. Gaspardo P, Peressoni L, Comisso I. Delirium among critically ill adults: evaluation of the psychometric properties of the Italian confusion assessment method for the intensive care unit. Intensive and Critical Care Nursing 2014; 30(5): 283–291.
44. Uğurlu T. Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan ve Serviste Takip Edilen Hastaların Uyku Kalitesi ve Sorunlarının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2012: 72.
45. Tembo A, Parker V, Higgins I. The experience of sleep deprivation in intensive care patients: findings from a larger hermeneutic phenomenological study. Intensive and Critical Care Nursing. 2013; 29(6): 310–316.
46. Erol Ö, Enç N. Yoğun bakım alan hastaların uyku sorunları ve hemşirelik girişimleri. Türkiye Klinikleri J Nurs. Sci 2009; 1(1): 24-31.
47. Eliassen K. M, Hopstock L. A. Sleep promotion in the intensive care unit - a survey of nurses' interventions. Intensive and Critical Care Nursing 2011; 27(3): 138–142.
48. Kesgin C, Topuzoğlu A. Sağlığın tanımı ve başa çıkma. Journal of İstanbul Kültür University 2006; 3: 47-49.

49. Birol L. Hemşirelik Süreci(Genişletilmiş 6 baskı),Etki Matbaacılık, İzmir, 2004: 30-34.
50. Gültekin B. K. Ruhsal bozuklukların önlenmesi: kavramsal çerçeve ve sınıflandırma.Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar2010; 2(4):583-594.
51. Kayahan M, Sertbaş G. Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete-depresyon düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. AnatolianJournal of Psychiatry2007; 8: 52-61.
52. Kocaman N. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği ve rolü nedir?. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2005; 8(3): 107-118.
53. Bahar A. Kanser hastalarına psikososyal yaklaşım. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007; 10(1): 105-111.
54. Tunmore R. The consultation liaison nurse. Nursing, 1990; 4(3): 31-34.
55. Alaca Ç. Konsültasyon Liyezon PsikiyatrisiHemşireliğine Duyulan Gereksinmenin İncelenmesi,Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin 2008: 128.
56. Pehlivan T. Onkoloji Hemşirelerinin Hastaların Psikososyal Gereksinimlerini Tanılama Becerileri. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2013: 101.
57. Üstün B. Akgün E, Partlak N. Hemşirelikte İletişim Becerileri Öğretimi, Okullar Yayınevi, İzmir2005.
58. Işık M. Genel ve Teknik İletişim, Eğitim Akademi Yayınevi,Konya 2008: 45-49.
59. Özçakır A. Aile Doktorları için Kurs Notları, Ata Ofset Tanıtım ve Matbaacılık,Ankara 2004.
60. Otuzoğlu M. Bir Yoğun Bakım Ünitesinde Entübe Hastalarla İletişimde Resimli İletişim Materyalinin Etkinliğinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Ankara2010: 85.
61. Çınar Ş, Khorshid L. Yoğun bakım hastasında terapötik dokunma. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2003; 7(1):15-18.
62. Creed F. The Psychological Care of Medical Patients (2nd ed),A practical guide. RoyalCollage of Physicians of London and Royal College of Psychiatrists, London, 2003.

63. Ekinci M, Okanlı A. Konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliği. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2001; 4(2): 75-80.
64. Kaçmaz N. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği: tarihsel bakış. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 9(1): 75-85.
65. Kaçmaz N. Fiziksel Hastalığa Uyum Güçlüğü Yaşayan Hastalarda Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği Modeli Geliştirme Çalışması. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2003: 177.
66. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Feryal Matbaası, Ankara 2004: 1-13
67. Yıldız M. Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Ağız Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi. *Yüksek Lisans Tez, Haliç Üniv Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul 2011: 119.
68. Özkan S. IV Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kongresi Uluslararası Katılımlı Kongre Kitabı, 1996, İstanbul.
69. Akıncı S. B, Kanbak B, Güler A, Canbay Ö, Aypar Ü. Mekanik ventilasyondaki hastalarda stres yaratan deneyimler. Türk Anestezi Reanimasyon Derneği Dergisi 2007; 35(5): 320-328.
70. Khalaila R, Zbidat W, Anwar K, Bayya A, Linton D. M, Svirı S. Communication difficulties and psycho emotional distress in patients receiving mechanical ventilation. *American Journal Critical Care* 2011;20:470-479.
71. Yava A, Koyuncu A. Entübe hastalar ile iletişim deneyimlerimiz: olgu sunumları. *Gülhane Tıp Dergisi* 2006; 48: 175-179.
72. Grossbach I, Stranberg S, Chlan L. Promoting effective communication for patients receiving mechanical ventilation. *Critical Care Nurse* 2011; 31(3): 46-63.
73. Wurz J, Rothen H. U, Blok G, Kiss A. Communication; Professionalism, *European Society of Intensive Care Medicine*, Switzerland 2010.
74. Leigh K. Communicating with unconscious patients. *Nursing Times* 2001; 97(48):35-40.
75. Jesus L. M. T, Simoes J. F. F. L, Voegeli D. Verbal communication with unconscious patients. *Escola Paulista de Enfermagem* 2013; 26(5):506-513.

76. Özçetin Y. S. Ü, Hiçdurmaz, D. (2012). Yoğun bakım hastası ve psikososyal bakım. II. Uluslararası VI. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı, p 248-249, 4-7 Ekim 2012, Erzurum.
77. Kocaman N. Yoğun bakım ünitesinde liyezon hemşireliği.Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2007; 11(1): 42-47.
78. Robinson L. Konsültasyon liyezon psikiyatri hemşiresinin rolü. III. Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kongresi ve Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu,p 73-80, 2-5 Kasım 1994, İstanbul.
79. Özkan S. Psikiyatrik tıp: konsültasyon-liyazon psikiyatri. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 1990; 1(1):10-17.
80. Kumbasar H. Hematolojide konsültasyonliyezon psikiyatrisi yaklaşımları 2007. http://www.thd.org.tr/thdData/userfiles/file/HEM_DES_2007_9.pdf(16.10.2015)
81. Özkan S, Özkan M. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Psikosomatik Tıp Psikiyatri Kitabı, İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi, İstanbul 2009: 254-289.
82. Nebhinani N, Gupta R. Consultation-liaison psychiatrist: roles and approach. Journal of Mental Health and Human Behaviour2012; 17(3):25-31.
83. Sethi S. Models of consultation-liaisonpsychiatry. Journal of MentalHealthand Human Behaviour2002; 17(3):14-18.
84. Strain J.J, Blumenfield M. Challenges for consultation–liaison psychiatry in the 21st century. Psychosomatics2008; 49(2): 93-96.
85. Sauvaget A, Guitteny M. The consultation-liaison psychiatry, an effective process between heart and sexuality. Sexologies 2012; 21: 109-112.
86. Yıldırım A, Şimşek H. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri (9. Baskı) Seçkin Yayıncılık, Ankara 2013.
87. Sağlık Bakanlığı 05.08.2009 tarihli genelgesi http://turkegitimsen.org.tr/1mevzuatpdf/saglik_bakanligi_2009_48_genege.pdf. Erişim tarihi: 01/03/2016.
88. Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, Silber JH. Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. JAMA 2003; 290(12):1617-239.

89. Sağlık Bakanlığı 03.04.2008, 11395 (2008/25) sayılı genelgesi.
<http://www.saglik.gov.tr/HM/dosya/1-38222/h/yogunbakimgenelgesi200853.doc>. Erişim tarihi: 01.03.2016.
90. https://www.google.com.tr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwighdLtrNXLAhVrEpoKHRUCALgQFgggMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.saglikcalisanisagligi.org%2Fbrosurler%2Fhemsir-elerincalismakosullari.doc&usq=AFQjCNFsjuDre4egvhSEreFgeRi9oJ0v7Q&sig2=dT3cp5dxCrjDOJ_ACbS6AA. Erişim tarihi: 01.03.2016.
91. Resmi Gazete (1983) 13 Ocak 1983 Tarihli Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği,
https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=311:yatakli-tedavikurumlari-letme-yetmel&catid=2:ymelik&Itemid=49 Erişim tarihi: 01.03.2016
92. Resmi Gazete (2003) 22 Mayıs 2003 Tarihli 4857 Sayılı İş kanunu
<http://iskanunu.com/images/dokuman/4857-sayili-is-kanunu-tam-metin-2015.pdf> Erişim tarihi: 01.03.2016
93. Resmi gazete (1965) 14 Temmuz 1965 Tarihli 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu, <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.657.pdf>. Erişim tarihi: 01.03.2016
94. Resmi gazete (1980) 31 Aralık 1980 Tarihli 2368 Sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun
<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-465/sayisi2368--rg-tarihi31121980--rg-sayisi17207--saglik-p-.html>
95. Bekar M. Hemşirelik eğitim ve uygulamasında psikolojik bakım, tanımlama ve boyutları hakkında bir araştırma. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2001; 4(1): 79-85.
96. Dizer B. İyigün E. Yoğun bakım hemşirelerinde empatik eğilim düzeyleri ve etkileyen faktörler. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009; 12(1): 9-19.
97. Moghaddasian S, Lak Dizaji S, Mahmoudi M, Nurses empathy and family needs in the intensive care units. J Caring Sci. 2013; 2(3): 197-201.

98. Wilkin K, Slevin E. The meaning of caring to nurses: an investigation into the nature of caring work in an intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing* 2004; 13(1): 50-59.
99. Aytar G, Yeşildal N. Yatan hasta memnuniyeti. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi* 2004; 3: 10-14.
100. Balas MC, Vasilevskis EE, Burke WJ, Boehm L, Pun BT, Olsen KM, Peitz GJ, Ely EW. Critical care nurses' role in implementing the "ABCDE bundle" into practice. *Critical Care Nurse* 2012; 32(2): 35-48.
101. Pattison N, Dolan S. Exploring patients' experiences of a nurse-led follow-up service after critical care. *Nurs Times*. 2009; 105(19): 19-25.
102. Hofhuis J. G, Spronk P. E, van Stel, H. F, Schrijvers A. J, Rommes, J. H., & Bakker, J. Experiences of critically ill patients in the ICU. *Intensive and Critical Care Nursing* 2008; 24(5): 300-313.
103. Rotondi A. J, Chelluri L, Sirio C, Mendelsohn A, Schulz R, Belle S, ... & Pinsky, M. R. Patients' recollections of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit. *Critical care medicine*. 2002; 30(4): 746-752.
104. Chivukula U, Swain S, Rana S, Hariharan M. Perceived social support and type of cardiac procedures as modifiers of hospital anxiety and depression. *Psychol Stud*. 2013; 58: 242-249.
105. Baker C, Melby V. An investigation into the attitudes and practices of intensive care nurses to wards verbal communication with unconscious patients. *J Clin Nurs* 1996; 5(3): 185-192.
106. Harrison L, Nixon G. Nursing activity in general intensive care. *J Clin Nurs* 2002; 11: 158-67.
107. Bahçivan G, Sütçüçiçek H, Tangül Özcan C. Yoğun bakımda yatan hasta ve yakınlarıyla iletişim. *İç Hastalıkları Dergisi* 2011; 18: 117-122.
108. Akıncı S, Şahin A. Yoğun bakımda deliryum. *Yoğun Bakım Dergisi* 2005; 5(1): 26-35.
109. Akyar İ. Demanslı hasta bakımı ve bakım modelleri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2011: 79-88.

- 110.Radtke J. V, Tatea J. A, BethHappa M. Nurses' perceptions of communication training in the ICU. *Intensive and Critical Care Nursing* 2012; 28: 16-25.
- 111.Magnus V. S, Turkington L. Communication interaction in ICU- Patient and staff experiences and perceptions. *Intensive and Critical Care Nursing* 2006; 22: 167-180.
- 112.Happ B. M, Garrett K, Thomas D. D, Tate J, George E. Nurse-patient communication interactions in the intensive care unit. *Am J CritCare* 2011; 20(2): e28-e40.
- 113.Happ M. B, Tuite P, Dobbin K, Divirgilio Thomas D, Kititu J. Communication ability, method, and content among nonspeaking on surviving patients treated with mechanical ventilation in the intensive care unit. *American Journal of Critical Care* 2004; 13(3): 210-220.
- 114.Patak L, Gawlinski A, Fung I, Doering L, Berg J. Patients' reports of health care practitioner interventions that are related to communication during mechanical ventilation. *Applied Nursing Research* 2004; 19: 182-190.
- 115.Fesci H, Doğan N, Pınar G. İç hastalıkları kliniklerinde çalışan hemşirelerin hasta bakımında karşılaştıkları güçlükler ve çözüm önerilerinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008; 11(3): 40-50.
- 116.Akgün Çıtak E, Avcı S, Basmacı Ö, Durukan İ. Bir üniversite hastanesinde hemşirelerin "zor hasta" olarak tanımladıkları hastalarla iletişim davranışlarının incelenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2011; 1: 35-44.
- 117.Zaybak A, Çevik B. Yoğun bakım ünitesindeki stresörlerin hasta ve hemşireler tarafından algılanması. *Yoğun Bakım Dergisi* 2015; 6: 4-9.
- 118.Samuelsen K. A. M, Unpleasant and pleasant memories of intensive care in adult mechanically ventilated patients – findings from 250 interviews. *Intensive and Critical Care Nursing* 2011; 27: 76-84.
- 119.Esen H, Kan Öntürk Z, Badır A, Eti Aslan F. Entübe ve sedatize yoğun bakım hastalarının pozisyon verme ve aspirasyon sırasındaki ağrı davranışları. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2010; 1(2): 89-93.
- 120.Barutçu E, Serinkan C. Günümüzün önemli sorunlarından biri olarak tükenmişlik sendromu ve Denizli'de yapılan bir araştırma. *Ege AcademicReviewm* 2008; 8(2): 541-561.

121. Başak T, Uzun Ş, Arslan F. Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılıklarının incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2010; 52 (2): 76-81.
122. Wade, D. M, Howell, D. C, Weinman, J. A, Hardy, R. J, Mythen, M. G, Brewin, C. R., ... & Raine, R. A. Investigating risk factors for psychological morbidity three months after intensive care: a prospective cohort study. *Crit Care*, 2012; 16(5): 192-208.

EKLER

Ek 1

TANITICI BİLGİ FORMU

Bu çalışma, yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin hastaların psikolojik bakım gereksinimlerini belirleme ve uygulamaya yönelik görüşlerini incelemek amacıyla planlanmıştır. Lütfen her bir soruyu boş bırakmadan yanıtlayınız. Sorulara vereceğiniz yanıtlar, araştırmacılar dışında hiç kimse tarafından okunmayacak ve farklı bir amaçla kullanılmayacaktır. Araştırma bilgi toplama amacıyla yapıldığından, adınızı ve soyadınızı yazmanıza veya kimliğinizi belirtecek herhangi bir işaret koymanıza gerek yoktur. Her bir soruya içtenlikle vereceğiniz yanıtlar, araştırma sonuçları açısından oldukça önemlidir.

Yeliz AKTAŞ
Araştırmacı

1. Yaşınız:.....
2. Cinsiyetiniz:
 - a. Kadın
 - b. Erkek
3. Medeni Durumunuz
 - a. Evli
 - b. Bekar
4. En son mezun olduğunuz okul
 - a. Sağlık Meslek Lisesi
 - b. Ön Lisans
 - c. Lisans
 - d. Lisans tamamlama
 - e. Lisans üstü (doktora, master)
 - f. Diğer:
5. Çalıştığınız Birim:
6. Mesleki çalışma süreniz:
7. Kurumda çalışma süreniz:
8. Yoğun bakımda çalışma süreniz:
9. Çalıştığınız birimde göreviniz
 - a. Sorumlu hemşire
 - b. Klinik hemşiresi
 - c. Diğer:
10. Çalışma şekliniz
 - a. Sadece Gündüz
 - b. Sadece Gece
 - c. Gündüz – Gece
 - d. Diğer:

11. Haftalık çalışma saatiniz:

12. Mesainizde bakmakla sorumlu olduğunuz ortalama hasta sayısı:

.....

13. Yoğun bakım hastasına psikolojik bakım konusunda daha önceden eğitim aldınız mı?

a. Evet

b. Hayır

14. Eğitimi nereden aldınız?

a. Öğrenim sırasındaki derslerden

b. Hizmet içi eğitim programlarından

c. İnternet, kitap, dergi vb.

d. Diğer(Belirtiniz).....

15. Yoğun bakım hastasına psikolojik bakım konusunda kendinizi yeterli buluyor musunuz?

a. Evet

b. Kısmen

c. Hayır

16. Yoğun bakım hastasına psikolojik bakım konusunda eğitim almak ister misiniz?

a. Evet

b. Hayır

17. Hangi konularda eğitim/bilgi almak istersiniz?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

18. Sizce yoğun bakım hastasına psikolojik bakım kim tarafından yapılmalı?

.....

Ek II

BİREYSEL GÖRÜŞME FORMU

Açılış;

Geldiğiniz ve araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz için teşekkür ederim. Burada yoğun bakımda yatan hastaların psikolojik bakım gereksinimleri ve uygulamalarınız ile ilgili düşünce ve görüşlerinizi konuşacağız. Burada konuşmalarımız doğru ya da yanlış olarak değerlendirilmeyecek. Aklınıza gelen tüm düşünce ve fikir paylaşımınız benim için önemli. Burada konuşulanları unutmamam için ses kayıt cihazı kullanılacaktır. Söyleyeceğiniz her şey gizli tutulacak ve sadece araştırma amacıyla kullanılacaktır. Artık konuya geçebilir miyiz? Söylemek istediğiniz bir şey varsa lütfen ekleyin.

1. Sizce psikolojik bakım nedir?
 - a. Daha önce bu kavramı duydunuz mu? Nereden duydunuz?
2. Yoğun bakım hastasının psikolojik bakımı nasıl olur?
3. Yoğun bakımdaki hastaların psikolojik bakım gereksinimleri nelerdir?
 - a. Yoğun bakımda hastaların psikolojik bakım gereksinimleri için yaptığınız uygulamalar nelerdir?
 - b. Sizce psikolojik bakıma en çok hangi hasta profilinin ihtiyacı olduğunu düşünüyorsunuz? (*bilinci açık, bilinci kapalı, iletişim kurabilen, iletişim kuramayan hasta...*) Neden?
4. Yoğun bakımda hastalarınızla nasıl iletişim kuruyorsunuz?
 - a. Hastalarınızla iletişimde hangi yöntemleri kullanırsınız?(*sözlü iletişim, dokunma, göz teması, beden hareketleri, mimik, jestler, dudak okuma gibi*)
 - b. Bilinci açık hasta ile nasıl iletişim kuruyorsunuz?
 - * Böyle bir hasta ile iletişim kurarken yaşadığımız zorluk/güçlükler nelerdir?
 - c. Bilinci kapalı bir hasta ile nasıl iletişim kuruyorsunuz?
 - * Böyle bir hasta ile iletişim kurarken yaşadığımız zorluk/güçlükler nelerdir?
 - d. Entübe bir hasta ile nasıl iletişim kuruyorsunuz?

- * Böyle bir hasta ile iletişim kurarken yaşadığınız zorluk/güçlükler nelerdir?
- e. Yoğun bakımda iletişime açık/iletişim kurabilen hastalarınızın duygularını ifade etmesine izin verir misiniz?
 - * Hastalarınızın duygularını nasıl ifade etmelerini sağlarsınız? Örnek verebilir misiniz?
- 5. Yoğun bakımda tedavi/bakım yaparken hastanızın tepkilerine dikkat eder misiniz?
 - a. Nelere dikkat edersiniz? Nasıl davranırsınız?
 - * *Örneğin;* hastanız ağrısı olduğunu söylüyor. Kan almaya/enjeksiyona devam eder misiniz yoksa bir süre rahatlattıktan sonra mı yaparsınız?
 - * Hastalarınıza yaptığınız herhangi bir uygulamada (*bakım, invaziv işlemler vb.*) güven vermek, yanında olduğunuzu hissettirmek amacıyla hastaya dokunur musunuz?
- 6. Yoğun bakımda tedavi ve bakım öncesinde yapacağınız uygulamayı hastanıza açıklar mısınız/ anlatır mısınız?
 - a. Sizce bu açıklama gerekli midir/önemli midir? Neden? Açıklar mısınız?
- 7. Bakım yaparken hastanızın ailesini bakıma dahil eder misiniz?
 - a. Hastanızın yakınlarını ne sıklıkla birime alıyorsunuz?
 - b. Hastanızın yakınlarının hastalarıyla temas etmelerine izin veriyor musunuz? Ne düzeyde temasa izin veriyorsunuz?
 - c. Hasta yakınları ile iş birliği yaptığınızda hasta açısından bir fark gözlemliyor musunuz?(*tedaviye, yoğun bakıma uyum...*)
- 8. Yoğun bakımda bakım verdiğiniz hastalarınızda gözlemlediğiniz psikolojik semptomlar nelerdir?
 - a. Hastalarınızın yaşadığı psikolojik sorunları çözmek için neler yapıyorsunuz?
 - b. Hastalarınızın yaşadığı psikolojik problemleri çözmede/başetmede kendinizi ne kadar yeterli hissediyorsunuz?

9. Hastanızın psikolojik sorunlarını çözümlerken profesyonel birinin yardımına gereksinim duyuyor musunuz?
10. Sizce böyle profesyonel bir yardımı kim vermeli? Neden?

Kapanış;

Bitirmeden önce bir kez daha sormak istiyorum. Burada konuştuğumuz şekliyle, yoğun bakımda yatan hastaların psikolojik bakımıyla ilgili eklemek istediğiniz, aklınıza gelen her hangi bir şey var mı?

Buraya geldiğiniz, zaman ayırdığınız ve düşüncelerinizi paylaştığınız için tekrar teşekkür ederim.

Ek III

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

[LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!...]

Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrasında özgür iradenizle vermeniz gerekmektedir.

1.ARAŞTIRMAYLA İLGİLİ BİLGİLER:

Araştırmanın Adı: Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hastaların Psikolojik Bakım Gereksinimlerini Belirlemeye ve Uygulamaya Yönelik Görüşlerinin İncelenmesi

Araştırmanın İçeriği: Yoğun bakım ortamında tedavi gören hastaların fiziksel bakım gereksinimleri başarılı olarak karşılanırsa da sosyal gereksinimleri göz ardı edilebilmektedir. Oysa, Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık tanımına göre tam bir iyilik için, hastaların sadece fiziksel değil, ruhsal ve sosyal gereksinimlerinin de karşılanması gerekmektedir. Öyle ki; yoğun bakımlarda yatan hastalar, yaşamının tehdit altında olması, hareket kısıtlılığı, yatağa bağımlı olma, ağrılı invaziv işlemler, yabancı kişiler ve çevre, aile ve yakınları görememe, hastalık, tedavi ve uygulamalar hakkında yeterli bilgilendirilmeme gibi nedenlerle güçsüzlük, ümitsizlik, anksiyete, öfke, depresyon, uyku yoksunluğu, duyusal yüklenme, duyusal yoksunluk, ajitasyon, deliryum, uyum güçlüğü gibi birçok psikolojik semptomu deneyimleyebilmektedir. Bu psikolojik semptomların önlenmesi, bu gereksinimleri tanımlayabilme konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip, alanında uzman hemşirelerin hastaları desteklemesi ve gerekli psikolojik ve sosyal bakım hizmetini sunması ile mümkündür

Araştırmanın Amacı: Yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin hastaların psikolojik gereksinimlerine ilişkin farkındalıklarını değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Ayrıca yoğun bakımda çalışan hemşirelerin psikolojik bakım uygulamaları incelenerek, destek ve eğitim gereksinimleri saptanacak ve profesyonel

bir desteğe (*Konsültasyon-Liyazon Psikiyatri (KLP) hemşireliği uygulamasına*) gereksinim duyup duymadıkları belirlenecektir.

Araştırmanın Öngörülen Süresi: 45-90 dk

Araştırmaya Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 15-25

Araştırmada İzlenecek Uygulamalar: Bu araştırmanın amacına uygun veri toplama yöntemi olarak sizlerle bire bir görüşme (derinlemesine) yöntemi kullanılacaktır. Sizlerin yoğun bakımda yatan hastaların psikolojik gereksinimlerine ve uygulamalarına ilişkin farkındalıklarını değerlendirmek için bire bir (derinlemesine) görüşmelere yol gösterecek yarı yapılandırılmış bir görüşme formu kullanılacaktır. Bu görüşmenin yaklaşık 45-90 dakika sürmesi planlanmaktadır. Görüşme veri kaydının yapılmasında ses kayıt cihazı, gözlem notları kullanılacaktır.

2.ARAŞTIRMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR(LAR):

Bu çalışma sonucunda elde edilecek bulguların, yoğun bakım hastalarının psikolojik bakım gereksinimlerini belirlemeye, buna yönelik yapılacak çalışmalara rehberlik etmeye katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca, yoğun bakım hastalarının psikososyal gereksinimlerini karşılamaya yönelik yapılacak yeni düzenlemelere (*KLP hemşireliği hizmeti gibi*) yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

3.GÖNÜLLÜNÜN UYGULAMA SIRASINDA KARŞILAŞABİLECEĞİ RİSKLER VE RAHATSIZLIKLAR:

Yukarıda açıklanan araştırma sırasında herhangi bir riskle karşılaşmayacaksınız.

4.GÖNÜLLÜLER İÇİN ARAŞTIRMADAN BEKLENEN TIBBİ YARAR:Bu araştırmada sonucunda herhangi bir tıbbi yarar sağlamayacaksınız.

5.GEBELİK

6.ARAŞTIRMAYA SEÇENEK OLAN GİRİŞİMLER YA DA TEDAVİLER KONUSUNDA BİLGİLENDİRİLME

Araştırmada uygulanacak herhangi bir tetkik veya tedaviye yönelik girişimler bulunmamaktadır.

7.ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILMA DURUMLARI

Örnekleme seçim kriterlerine uymadığınız takdirde araştırma dışı bırakılacaksınız.

8.ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ GİDERLERİN KARŞILANMASI

Araştırma kapsamında oluşacak giderler, araştırmacı tarafından karşılanacaktır.

9.ARAŞTIRMAYA KATILMA DURUMUNDA HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

10.ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN İRTİBAT

Uygulama süresi boyunca araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun olduğunda irtibat kurabileceğiniz kişi;

Araştırmacı: Yeliz AKTAŞ Tel: 0541 532 00 56

11.ZARARLARIN KARŞILANMASI:

Bu araştırmaya katılım ile herhangi bir zararla karşılaşmayacaksınız.

12.GÖNÜLLÜLÜK, ARAŞTIRMAYI REDDETME VE ARAŞTIRMADAN ÇEKİLME HAKKI, ARAŞTIRMADAN ÇIKARILMA:

- a. Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.
- b. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.
- c. Sorumlu araştırmacı haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmediğimi biliyorum.
- d. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle benim onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

13.GİZLİLİK:

Çalışma süresince tutulan bütün kayıtlar ve çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

14.ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren **Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunu** kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma yeterli cevaplar aldım.

Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verildi.

Gönüllünün Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....
.....

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacı

Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Ek IV

İÇERİK ANALİZ SONUCU ORTAYA ÇIKAN KAVRAM VE TEMALAR

Ana Tema 1: Yoğun Bakımda Psikolojik Bakım

Alt temalar	Kavramlar
Empati	Empati kurarak psikolojilerini anlamak
	Ruhsal açıdan empati kurma
	Empati
Daha çok ilgilenme	Daha iyi ilgilenme
	Daha iyi ilgi
	Ruhsal açıdan en iyiye ulaşmasını sağlama
	Daha özenli
	Daha çok üzerinde durulmalı
	Daha fazla ilgi
	Daha çok iletişim
	Daha şevkatli, daha sıcak, daha insancıl
Güven verme	Güven verme,
	Sakin yaklaşma,
	Güvende hissetmeleri için destek verme
	Hastanın ekibe güven duyması
Destek olma	Daha iyi hissetmesi için yapılan uygulamalar
	İyi hissetmesi için sözlü uyarın
	Yalnızlığa müdahale etme
	Rahat hissetmesini sağlama
	Konuşmaya cesaretlendirme
Bütüncül bakım	Fizyolojik ihtiyaçların giderilmesi
	Psikolojik ihtiyaçların giderilmesi
	Emosyonel ihtiyaçların giderilmesi
	Sosyal ihtiyaçlarının giderilmesi

Ana Tema 2: İletişim

Alt temalar	Kategoriler	Kavramlar
İletişim biçimi	Sözlü	İsimle hitap etme
		Kendini tanıtarak iletişime başlatma
		Sohbet şeklinde
		İşlemler hakkında bilgi verme
	Sözsüz	Gülümseme,
		Göz teması,
		Beden hareketleri,
		Dokunma,
		Dudak okuma
		Yazma
	İletişimde yaşanan güçlükler	Hastanın durumundan kaynaklanan güçlükler
Aşırı istekleri olan hasta		
Ölüm korkusu olan hasta		
Dezorganize hasta		
Tedaviyi reddeden hasta		
Bilinci kapalı hasta		
Entübe hasta		
Dilden kaynaklanan güçlükler		Hastanın dilini bilmeme
		Yabancı hasta
Çevresel faktörlerden kaynaklanan güçlükler		Yoğun iş temposu
		Yoğun bakım ortamı

Ana Tema 3: Hasta Tepkileri

Alt temalar	Kavramlar
Psikolojik tepkiler	Korku
	Kızgınlık
	Minnettarlık
	Mahremiyet
	Rahatsızlık
Fizyolojik tepkiler	Pozisyon verirken dispne
	Ağrı
Duyarsız (Nötr)	İş yoğunluğu

Ana Tema 4: Psikolojik Sorunlara Yaklaşım

Alt temalar	Kavramlar
Psikolojik semptomlar	Deliryum
	Oryantasyon bozukluğu
	Ajitasyon
	Kendisine ve çevresine zarar verme
	Anksiyete
	Huzursuzluk
	Korku
	Ümitsizlik
	Çaresizlik
	Depresyon
Psikolojik sorun çözme	İletişim kurma
	Uzman desteği alma
	Farmakolojik destek alma
	Bilgi verme/açıklama
Psikolojik bakım vericilerin niteliği	Hemşire
	Psikiyatrist
	KLP hemşiresi
	Psikolog,
	Yoğun bakım hekimi,
	Uzman psikiyatri hemşiresi,
	Hasta yakınları

Ek V



İZMİR KÂTİP ÇELEBİ
ÜNİVERSİTESİ

İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU
(İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 35360 Karabağlar / İZMİR
Tel:0 232 245 04 38 --- 0 232 244 44 44 / 1234 Fax: 0 232 245 04 38 E-posta ikcetik2@gmail.com)

Yrd. Doç. Dr. Leyla BAYSAN ARABACI
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Karar No: 117
Tarih : 28.05.2015

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nden Yrd. Doç. Dr. Leyla BAYSAN ARABACI sorumluluğunda yapılması planlanan "Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hastaların Psikolojik Bakım Gereksinimlerini Belirlemeye ve Uygulamaya Yönelik Görüşlerinin İncelenmesi" adlı araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Recep SÜTÇÜ
İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı



(İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 35360 Karabağlar / İZMİR / TÜRKİYE
Tel:0 232 245 04 38 - 0 232 244 44 44 / 1234 Fax: 0 232 245 04 38 E-posta ikcetik2@gmail.com)

**İZMİR KÂTİP ÇELEBİ UNIVERSITY
NON-INTERVENTIONAL CLINICAL STUDIES
INSTITUTIONEL REVIEW BOARD**

To _____ : Leyla BAYSAN ARABACI, PhD

From _____ : Prof. Recep SÜTÇÜ, MD, Chair

Date _____ : 28.05.2015

IRB # _____ : 117

Study Title: Examination of Intensive Care Nurse's Wiews About to Determine and to İmplement the Patient's Needs of Psychological Care

At its board meeting on **28.05.2015** your submission for the above referenced research study has received review and approval from İzmir Kâtip Celebi Non-Interventional Clinical Studies Institutional Review Board.

Prof. Recep SÜTÇÜ, MD,
Chair

Ek VI



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İzmir İli Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

İZMİR İLİ GÜNEY BÖLGESİ KAMU HASTANE
BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ - İZMİR İLİ
GÜNEY BÖLGESİ KHGBS EĞİTİM
KOORDİNATÖRLÜĞÜ BİRİMİ
06/07/2015 14:26 / 23592379 / 044 / 1752



Sayı : 23592379/044
Konu : Yeliz AKTAŞ'ın Araştırma İzni

DAĞITIM YERLERİNE

Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Yeliz AKTAŞ'ın " Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hastaların Psikolojik Bakım Gereksinimlerini Belirlemeye ve Uygulamaya Yönelik Görüşlerinin İncelenmesi" konulu araştırmasıyla ilgili evrakları incelenmiş olup, çalışmanın hizmeti aksatmayacak şekilde ve araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayalı olması koşuluyla, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütülmesi Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Murat TÜRKİYILMAZ
Genel Sekreter a.
Tıbbi Hizmetler Başkanı

DAĞITIM:

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Rektörlüğüne (Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Hemşirelik
Fakültesi)
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Poligon Mah. 123/11 Sk. No:6 Karabağlar/İZMİR
Münevver BOYLU (0232 232 32 32/2239) khb35g.egitim@saglik.gov.tr

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden ce184e1f-0c2c-4b42-9570-bad7c172367d kodu ile erişebilirsiniz.

ÖZGEÇMİŞ

1987 yılında İzmir’de doğdu. İlk, orta ve lise eğitimini İzmir’de tamamlayıp, 2004 yılında Ege Üniversitesi (EÜ) Hemşirelik Yüksekokulu’na girdi. 2004-2005 yıllarında, EÜ. Yabancı Diller Bölümü İngilizce Hazırlık Programına tamamladı. 2009’da EÜ. Hemşirelik Yüksekokulu’ndan mezun olup, aynı yıl İzmir Özel Kocaman Hastanesi Ameliyathane Birimi’nde hemşire olarak göreve başladı. 2010 Ocak - 2013 Nisan ayları arasında İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp Damar Cerrahi ve Nöroloji Servisi’nde görev yaptı. 2013 Nisan ayında eş durumundan İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ne atandı. Beyin Cerrahi Yoğun Bakım Birimi’nde göreve başlayan araştırmacı 2014 Şubat ayında, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans (*Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği*) programında lisansüstü öğrenimine başladı. 2015 Nisan ayında aynı hastanede Kapalı Psikiyatri Servisi’nde görevlendirilen araştırmacı, halen bu serviste hemşire olarak çalışmaya devam etmektedir. Araştırmacı 2015 yılından itibaren lisans eğitimi yapan hemşirelik öğrencilerine mentörlük yapmaktadır.