

FATMA TEZCAN KARADENİZ

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SAĞ. BİL. ENST.

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL-2018

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

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

**REANİMASYON YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN
HASTALARIN ÇEVRESEL STRESÖRLERDEN
ETKİLENME DURUMLARI**

FATMA TEZCAN KARADENİZ

**DANIŞMAN
PROF. DR. NEVİN KANAN**

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM
DALI
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

İSTANBUL-2018

TEZ ONAYI**YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAYI**

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programında Yüksek Lisans öğrencisi Fatma Tezcan Karadeniz tarafından Prof.Dr.Nevin Kanan danışmanlığında hazırlanan "Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Çevresel Stresörlerden Etkilenme Durumları" başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 30/05/2018 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavında başarılı bulunmuş ve Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

**Jüri**

Doç.Dr.Yazile Sayın
Bezmialcm Vakıf Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

**Jüri-Danışman**

Prof.Dr.Nevin Kanan
İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

**Jüri**

Dr.Öğr.Üyesi Tuluha Ayoğlu
İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

BEYAN

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

Fatma TEZCAN KARADENİZ



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tezimin her aşamasında yardımları ve desteğinden dolayı tez danışman hocam Sayın Prof. Dr. Nevin KANAN'a, eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nın değerli öğretim üyelerine, reanimasyon yoğun bakım ünitesi çalışanlarına, manevi desteğinden ve sabrından dolayı anneme, her türlü fedakârlığı ile bana her zaman destek olan sevgili eşime ve biricik kızıma teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	İİİ
TEŞEKKÜR.....	İV
İÇİNDEKİLER	V
TABLolar LİSTESİ.....	Vİİİ
ŞEKİLLER LİSTESİ	İX
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	X
ÖZET	Xİ
ABSTRACT.....	Xİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Yoğun Bakım	4
2.2. Yoğun Bakım Ünitesi	4
2.3. Yoğun Bakımın Amaçları	5
2.4. Yoğun Bakım Ekibi	5
2.5. Yoğun Bakım Hemşiresi.....	5
2.6. Dünyada Yoğun Bakım Ünitelerinin ve Yoğun Bakım Hemşireliğinin Gelişimi ...	6
2.7. Türkiye’de Yoğun Bakım Ünitelerinin ve Yoğun Bakım Hemşireliğinin Gelişimi	9
2.8. Yoğun Bakım Ünitelerinin Planlanması	11
2.8.1. Yoğun Bakım Ünitesi Yeri ve Alanının Planlaması-Kat Planlaması	11
2.8.2. Merkezi Hemşire Bölümü (Hemşire Deski Ünitesi).....	11
2.8.3. Hasta Bakım Alanı	11
2.8.4. Yoğun bakım ünitesi yatak sayısı ve planlaması	12
2.8.5. Kapılar pencereler, duvarlar ve yer döşemeleri	12
2.8.6. Işıklandırma ve Elektrik Sistemi.....	13
2.8.7. Oksijen, Basınçlı Hava ve Vakum Sistemi	13
2.8.8. Su Sistemi	13
2.9. Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Profili	14
2.9.1. Birinci Derece Öncelikli	15
2.9.2. İkinci Derece Öncelikli	15

2.9.3. Üçüncü Derece Öncelikli	16
2.9.4. Dördüncü Derece Öncelikli	16
2.10. Yoğun Bakım Türleri	16
2.11. Yoğun Bakım Ünite Sınıflandırması	16
2.11.1. 1.Basamak Yoğun Bakım Ünitesi	17
2.11.2. 2.Basamak Yoğun Bakım Ünitesi	17
2.11.3. 3.Basamak Yoğun Bakım Ünitesi	18
2.12. Yoğun Bakımda Hasta Konforu	19
2.13. Hemşirelik Kuramcılarının Çevre Kavramındaki Görüşleri	20
2.13.1. Florence Nightingale:	20
2.13.2. Virginia Henderson:	21
2.13.3. Sister Callistra Roy:	22
2.13.4. Martha Rogers:	22
2.13.5. Fay Abdellah:	22
2.13.6. Hildegard Peplau:	22
2.14. Yoğun Bakım Hastalarında Strese Neden Olan Çevresel Faktörler	22
2.14.1. Mekanik Ventilatore ve Entübasyon Tüpüne Bağlı olmak	24
2.14.2. Oksijen Maskesi Kullanmak	24
2.14.3. Ağız Kuruluğu ve Susuzluk	25
2.14.4. Yorgunluk	25
2.14.5. Uyku Problemleri	27
2.14.6. Ziyaretin Kısıtlı Olması	28
2.14.7. Gürültü ve Işık	30
2.14.8. Dokunma	31
2.14.9. İletişim Sorunları	32
2.14.10. Mahremiyetin Olmaması	34
2.14.11. Ağrı	37
2.14.12. Isı, Nem Klimatizasyon ve Havalandırma Sistemi	39
2.14.13. Bireyselliğin Kaybolması / Dehumanizasyon	40
2.14.14. Hasta ve Ailesinin Eğitim ve Bilgi Gereksinimi	41
2.15. Yoğun Bakım Hastalarında Stres ve Etkileri	42
2.15.1. Anksiyete	44
2.15.2. Deliryum	45

2.15.3. Duyusal Yükleme –Duyusal Yoksunluk.....	46
2.15.4. Spiritüel Distres.....	46
2.15.4.1. Spiritüel Distresin Yedi Belirtisi.....	47
2.15.5. Bağımlılık, Otorite Kaybı ve Öfke Duygusu;.....	47
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	48
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	48
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	48
3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme.....	48
3.4. Veri Toplama Araçları.....	48
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi.....	49
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	50
4. BULGULAR.....	51
5. TARTIŞMA.....	62
KAYNAKLAR.....	82
HAM VERİLER.....	90
FORMLAR.....	92
EK-5 ETİK KURUL KARARI.....	97
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	101
ÖZGEÇMİŞ.....	102

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Demografik Özelliklerin Dağılımları.....	53
Tablo 2: Kronik Hastalık Özelliklerine İlişkin Dağılımlar.....	54
Tablo 3: Olguların Yoğun Bakımda Yatış Sebebine Göre Dağılımları.....	55
Tablo 4: Soru Bazlı Ortalama, SD ve Rank Sıralaması.....	57
Tablo 5: Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği (YBÜÇSÖ) Puanlarının Dağılımları.....	58
Tablo 6: Demografik Özelliklere Göre Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği Toplam Puanlarının Değerlendirmesi.....	59
Tablo 7: Kronik Hastalıklar ve Yoğun Bakımda Yatış Sebeplerine Göre Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği Toplam Puanlarının Değerlendirmesi...61	
Tablo 8: Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği (YBÜÇSÖ) Cevaplarına İlişkin Dağılımlar.....	90

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Cinsiyet dağılımı.....	51
Şekil 2: Yaş dağılımı.....	52
Şekil 3: Eğitim düzeyi dağılımı.....	52
Şekil 4: Medeni durum dağılımı.....	53
Şekil 5: Kronik hastalıklara ilişkin dağılımlar.....	54
Şekil 6: Yoğun Bakımda Yatış Sebeplerinin Dağılımları.....	55
Şekil 7: Cinsiyete göre YBÜÇSÖ toplam puanlarının dağılımları.....	60
Şekil 8: Yoğun bakımda yatış sebebine göre YBÜÇSÖ toplam puanlarının dağılımları.....	61

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

YB: Yoğun Bakım

YBÜ: Yoğun Bakım Ünitesi

YBÜÇSÖ: Yoğun Bakım Ünitesi Çevresel Stresörler Ölçeği

HHY: Hasta Hakları Yönetmeliği

HKS: Hastane Kalite Standartları

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

SANERC: Semahat Arsel Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Merkezi

AACN: Amerikan Yoğun Bakım Hemşireleri Birliği

TCK: Türk Ceza Kanunu

TDK: Türk Dil Kurumu

TV: Televizyon

EKG: Elektrokardiyografi

ARDS: Akut Respiratuar Distres Sendromu (Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu)

HELLP: Hemolysis Elevated Liver Enzyme Levels, a Low Platelet Count
(Alyuvar erimesi, yüksek karaciğer enzimleri, düşük trombosit)

ark: Arkadaşları

mm: Milimetre

m: Metre

s: Sayfa

ÖZET

TEZCAN KARADENİZ, F. (2018). Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Çevresel Stresörlerden Etkilenme Durumları. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu çalışma bir üniversite hastanesinin reanimasyon yoğun bakım ünitesinde yatmakta olan hastaların çevresel stresörlerden etkilenme durumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte planlandı ve yapıldı.

Veriler, reanimasyon yoğun bakım ünitesinde 28.08.2017-01.02.2018 tarihleri arasında yatmakta olan, araştırmaya katılmayı kabul eden, 18 yaş üzeri, bilinci açık, sedasyon almayan, işbirliği yapabilen, iletişim problemi olmayan, en az bir gece yoğun bakım ünitesinde tedavi gören 142 hastadan toplandı.

Veriler 1981 yılında Ballard tarafından geliştirilen, 1989 yılında Cochran ve Ganong tarafından revize edilen, 2010 yılında Funda Aslan tarafından Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan, 42 maddeden oluşan ‘‘Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği’’ ve araştırmacının literatür incelemesi sonucu hazırlamış olduğu sosyodemografik özellikler ve hastalığa ilişkin bilgilere ait sorulardan oluşan ‘‘Hasta Tanıtım Formu’’ nu bireysel olarak cevaplaması ile toplandı (Aslan 2010).

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum, maksimum) yanı sıra nicel verilerin karşılaştırılmasında, normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis testi kullanıldı. Değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde de Spearman’s Korelasyon Analizi kullanıldı. Anlamlılık en az $p<0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

Çalışma sonucunda, reanimasyon yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların algıladıkları en önemli stresörler sırasıyla; ağrı olması ($M=2,58$, $SD=1,11$), su içememek ($M=2,42$, $SD=1,27$), aile ve arkadaşları günde birkaç dakika görmek ($M=2,32$, $SD=1,22$), mahremiyetin olmaması (gizliliğin olmaması) ($M=2,29$, $SD=1,33$), tüplere bağlanmış olmak ($M=2,25$, $SD=1,31$) ve eşini özlemek ($M=2,15$, $SD=1,26$) olarak saptandı.

En düşük stresörler; hemşirelerin, yatağın etrafında sürekli bir şeyler yapmaları ($M=1,08$, $SD=0,34$), hemşirelerin makineleri, hastaları izlediklerinden daha yakın izlemeleri ($M=1,11$, $SD=0,48$), sık sık tansiyon (kan basıncı) ölçülmesi ($M=1,17$, $SD=0,57$), doktor ve hemşireler tarafından sık aralıklarla fiziksel muayene yapılması ($M=1,18$, $SD=0,63$) olarak saptandı.

Anahtar Kelimeler: Reanimasyon, yoğun bakım, stres, kritik bakım.

ABSTRACT

TEZCAN KARADENİZ, F. (2018). The Effects of Environmental Stressors on Patients in Reanimation Intensive Care Unit. Department of Surgical Nursing of Medical Sciences Institute of Istanbul University, Master Thesis. Istanbul.

This study was planned and conducted as a descriptive study to determine the effects of environmental stressors on patients in a reanimation intensive care unit of a university hospital.

The data were collected from 142 patients in the reanimation intensive care unit between the dates of 28.08.2017 and 02.02.18, who agreed to participate in the study, over 18 years old, conscious open, non-sedated, able to cooperate, no communication problem, at least one night in intensive care unit.

Data were collected " Environmental Stressors Scale in the Intensive Care Unit " consisting of 42 items, developed by Ballard in 1981, revised by Ganong and Cochran in 1989, made the validity and reliability study of Turkey by Funda Aslan in 2010, and researchers of the literature review which was prepared as a result sociodemographic characteristics and information related to the disease were gathered with an individual response to the "Patient Presentation Form" (Aslan 2010).

NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) program was used for statistical analysis. Mann Whitney U test was used in comparison of descriptive statistical methods (mean, standard deviation, median, frequency, ratio, minimum, maximum) as well as quantitative data and two group comparisons of non-normal distributions. Kruskal Wallis test was used in the comparison of three groups with no normal distribution and over groups. Spearman's Correlation Analysis was used to evaluate inter-variable relationships. Significance was at least $p < 0.05$.

As a result of the study, the most important stressors perceived by the patients in reanimation intensive care unit were; being in pain (M=2,58, SD=1,11), being thirsty (M=2,42, SD=1,27), only seeing family and friends for a few minutes each day (M=2,32, SD=1,22), having no privacy (M=2,29, SD=1,33), being tied down by tubes (M=2,25, SD=1,31), missing husband or wife (M=2,15, SD=1,26).

Lowest stressors; Having nurses constantly doing things around your bed (M=1,08, SD=0,34), feeling nurses are watching the machines closer than watching you (M=1,11, SD=0,48), having your blood pressure taken often (M=1,17, SD=0,57), frequent physical exams by doctors and nurses (M=1,18, SD=0,63).

Key words: Reanimation, intensive care, stress, critical care.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık Bakanlığı'nın 2008 tarihli 28223 sayılı Genelgesi' ne göre yoğun bakım; Bir ya da birden fazla organ veya organ sistemlerinde oluşan, ciddi işlev bozuklukları veya yetmezliklerinin ve altta yatan nedenlerin izlem, tanı ve tedavisi ile bu işlevlerin sürdürülmesi için uygulanan yöntemlerin tümüdür (Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi 2008).

Akut hastalık, cerrahi girişim veya diğer bir yoğun tedavi nedeniyle sürekli monitörle izlemi gerektiren hastalar ile kardiovasküler, serebral, solunumsal, renal, metabolik gibi nedenler ile yaşam fonksiyonlarından herhangi birinin işlev yetersizliği olan hastalar ve tedavisi mümkün olmayan hastalıkların son safhasında bulunup normal servislere kabul edilmeyen hastalar yoğun bakım hastalarını oluştururlar (Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi 2008; Efil, Kurucu ve Eser 2011; Aktaş 2016; Aydın ve Gürsoy 2017).

Kelime anlamı olarak ruhsal gerilim, zorlanma, baskı, gerilme olarak tanımlanmakta olan stres; en genel tanımıyla kişinin maruz kaldığı durum, olay ve eylemler sonucu organizmanın fiziksel ve psikolojik sınırlarının tehdit edilmesiyle ortaya çıkan bir uyum tepkisini, kişide tehdit yaratan faktörleri, uyaranları veya bu faktörlerle ortaya çıkan cevabı açıklayan kavramdır (Karaman 2011; Arslan Yaşar 2014; Durmaz Akyol 2017; <http://www.tdk.gov.tr/>). Başlangıç fizik bilimine dayanan, sonrasında psikoloji alanına geçen stres kavramı; gelişimsel, fizyolojik, sosyal, ruhsal yanı sıra oldukça genel içerikli bir olgudur. İnsanlık tarihinden beri süregelen bir olgu olup, ilk çağlarda yaşam savaşından, günümüzde yerini teknolojik gelişmelere paralel toplumsal değişimlere uyum sağlama gayretine bırakmıştır. Bireyin maruz kaldığı durumla başa çıkma yeteneği arasında uyumsuzluk algılandığında stres kavramı görülür. Bireyin kişilik özellikleri, psikolojik durumu, ruh hali ve fiziksel dayanıklılığı stres karşısındaki tutumunu etkilemektedir (Karaman 2011; Arslan Yaşar 2014; Durmaz Akyol 2017; <http://www.tdk.gov.tr/>).

Yoğun bakım ünitelerinin, fiziksel durumu ağır olan hastaların yaşam fonksiyonlarının desteklendiği, ileri teknoloji uygulamaları nedeniyle karmaşık biyomedikal cihazların bulunduğu, özel tedavi yöntemlerinin uygulandığı birimler olması nedeniyle hastalar, fiziksel, çevresel ve psikososyal açıdan birçok stresöre maruz

kalmaktadır. Bu stresörler; monitorizasyon, mekanik ventilatöre/tüplere bağlı olmak, araçlara veya yoğun bakım ünitesine bağımlılık duygusu, aspirasyon, enjeksiyon, infüzyon setleri, idrar sondasından dolayı hareket kısıtlılığı, sık muayene ve dokunulma, bilinç bulanıklığı, temporal ritmin kaybedilmesi, iletişim güçlüğü, yeterli bilgi ve danışmanlık alamama, beden imajında bozulma, korku, anksiyete, ağrı, uykusuzluk, bulantı- kusma, ısı, ışık, gürültü, alarm sesleri, kokular, konforsuz yatak ve yastıklar, hoş olmayan görüntüler, diğer hastaların seslerine tanık olmak, aile, eş ve arkadaşlardan uzak olmak, su içememek, oksijen maskesi takmak, saati/ zamanı bilememek, gece-gündüz ayrımının olmaması, alışık olunmayan çevre ve kişiler, alışık olmadıkları teknoloji, mahremiyet yoksunluğu, tedavi ve uygulamalar hakkında yeterince bilgilendirilmeme olarak sayılabilir. Tüm bu stresörler hastalarda fiziksel ve duygusal uyum güçlükleri, anksiyete, depresyon, oryantasyon bozukluğu, deliryum gibi çeşitli psikolojik semptomların ortaya çıkmasına neden olmakta ve hastalar yaygın olarak ölüm korkusu ya da yetersizlik korkusu yaşayabilmektedir (Karaman 2011; Arslan Yaşar 2014; Durmaz Akyol 2017; <http://www.tdk.gov.tr/>).

Bu stresörlere hastanın yanıtı tıbbi tanı, prognoz, kültür, sosyal destek, aile ilişkileri, yaş, cinsiyet, gelişim düzeyi, mental durum, baş etme mekanizmaları, spiritüel değerleri gibi bireysel farklılıklara bağlıdır.

Yoğun bakımda yatan hastalar bu stresörlere yanıt olarak yaşam bulgularında değişimler, boşaltım biçimlerinde değişimler, temporal ritimde değişiklikler, terleme, bulantı, güçsüzlük, ümitsizlik, anksiyete, öfke, ağrı, depresyon, uyku yoksunluğu, duysal yüklenme, duysal yoksunluk, ajitasyon, deliryum, uyum güçlüğü, spiritüel distress gibi birçok fizyolojik ve psikolojik semptomu deneyimleyebilmektedir (Dedeli ve Durmaz Akyol 2008; İlçe, Çam ve Yavuz 2009; Zengin 2010; Zaybak ve Çevik 2015; Adsay ve Dedeli 2015).

YBÜ'nde hastaların yaşadığı stres nedeniyle ortaya çıkan sorunlar, hastaların sağlığını olumsuz yönde etkileyerek, iyileşme süresini ve hastanede yatış süresini uzatmaktadır. Bu sorunlar, hasta YBÜ'nde tedavi olurken ortaya çıktığı gibi diğer servise transport edildikten ya da taburcu edildikten sonra da ortaya çıkabilmektedir (Üzar Özçetin 2013).

Bu bilgiler doğrultusunda bu çalışma; bir niversite hastanesinin reanimasyon yoğun bakım ünitesinde yatmakta olan hastaların çevresel stresörlerden etkilenme durumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte bir çalışma olarak yapıldı.

Araştırmanın amacı doğrultusunda yanıt aranan sorular şunlardır;

1. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların en fazla algıladıkları çevresel stresörler hangileridir?
2. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların en az algıladıkları çevresel stresörler hangileridir?
3. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve medeni durum hastaların çevresel stresörleri algılama durumunu etkiler mi?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yoğun Bakım

Sağlık Bakanlığı'nın 2008 tarihli 28223 sayılı Genelgesi' ne göre yoğun bakım; Bir ya da birden fazla organ veya organ sistemlerinde oluşan, ciddi işlev bozuklukları veya yetmezliklerinin ve altta yatan nedenlerin izlem, tanı ve tedavisi ile bu işlevlerin sürdürülmesi için uygulanan yöntemlerin tümüdür (Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi 2008).

2.2. Yoğun Bakım Ünitesi

Bir ya da daha fazla organ veya organ sistemlerinde oluşan ciddi işlev bozuklukları veya yetmezlikleri nedeniyle yaşamı tehdit altında olan hastaların iyileştirilmesini amaçlayan, yerleşim biçimi ve hasta bakımı açısından ayrıcalık taşıyan, yüksek dikkat, konsantrasyon gerektiren, ileri teknolojiye sahip cihazların bulunduğu, 24 saat yaşamsal göstergelerin gözlemi ve hasta tedavisinin yapıldığı, disiplinler arası bir ekip yaklaşımının zorunlu olduğu bakım merkezleridir (Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi 2008; Terzi ve Kaya 2011; Aktaş 2016).

Yoğun bakımda temel prensip, hasta yaşamını korumaktır ve bu prensip "CARE" kelimesi ile açıklanır:

- Clinical (Klinik): Klinikte/ yoğun bakımda hastalık için gerekli tedavi ve bakımın uygulanmasıdır.
- Administrative (Yönetim): Hastanın tedavi ve bakımının yönetimi, acil durumda hastaya uygulanacak müdahalelerin yönetilmesidir.
- Research (Araştırma): Uygulanan tedavi ve bakımın kanıta dayalı olmasını sağlamak için tedavi ve bakım yöntemlerinin araştırılmasıdır.
- Education (Eğitim): Hemşirelerin eğitilmesi, hastaları ve yakınlarını, hastalık ve yoğun bakım hakkında bilgilendirmektir (Hatipoğlu 2002; Aktaş 2016).

2.3. Yoğun Bakımın Amaçları

Yoğun bakım her tür hastalığı olabilen, bu hastalıkların ağır seyrettiği ve komplikasyonlarının geliştiği hastalara konsantre olması nedeniyle tıbbın uzmanlık alanları arasında özel bir yere sahiptir. Buna göre yoğun bakımların dört temel amacı vardır. Bunlar;

- 1) Kesin fizyolojik hedefleri gerçekleştirmek,
- 2) Yaşam kalitesini arttırmak,
- 3) Bağımsız yaşama geri dönmek,
- 4) Belirli bir süre boyunca yaşamı uzatmaktır (Çizmeci 2013; Zengin 2017).

2.4. Yoğun Bakım Ekibi

Yoğun bakım multidisipliner yaklaşım gerektiren özel bir klinikdir. Bu klinikte alanında uzman ve asistan hekim, yoğun bakım eğitimi almış hemşire, konsültan doktorlar, fizyoterapist, diyetisyen, teknisyen, hasta bakım personeli ve temizlik personelleri çalışmaktadır (Aktaş 2016).

2.5. Yoğun Bakım Hemşiresi

Amerikan Yoğun Bakım Hemşireleri Birliği (AACN) yoğun bakım hemşiresini; tüm yoğun bakım hastalarına en uygun hemşirelik bakımı sunmaktan sorumlu olan lisanslı bir profesyonel olarak tanımlamakta, akut ve kritik hasta bakım standartları ile etik ilkelerin yoğun bakım hemşireliği uygulamalarına yol göstereceğini ileri sürmektedir.

Yoğun bakım hemşireleri hasta izleme ve daha ileri teknoloji uygulanması konusunda eğitim almış, değişiklikleri değerlendirebilme yeteneği olan, bilimsel bilgilere dayanan gelişmiş hemşirelik becerileri ile hastanın iyileşme sürecinde önemli kararlar alan, acil durumlarda gerekli müdahaleleri yapabilecek, eğitime ve gelişime açık, hastaların fiziksel, psikolojik, emosyonel ve sosyal gereksinimlerini karşılayabilecek, yaşamına doğrudan etki eden bireysel bakımı ve konforu sağlayabilecek, ekip çalışmasına uyumlu, kritik düşünebilen, kriz yönetimi yapabilen ve terminal dönemdeki hastaları huzurlu ölüme hazırlayan sağlık profesyonelleridir. En uygun dinamik dengeyi sağlamada, istenilen hedef ve neticelere ulaşmada, hastanın yaşam süresini ve kalitesini arttırmada iyi planlanmış bakım önemlidir.

Yoğun bakım hemşireliğinin amacı; hastanın fizyolojik, psikolojik, sosyal ve duygusal dengesini optimize etmek ve hastanın gerçekleştiremediği bireysel bakımı sağlamak, hasta birey ve ailesinin kaynaklarını harekete geçirmek, birey ve çevre arasındaki ilişkiyi güçlendirmeye yardım etmektir (İlçe Özcan, Çam ve Yavuz 2009; Akansel 2004; Zengin 2010; Tuna 2014; Aktaş 2016; Akbal Ergün 2017; <http://www.ybhd.org.tr> (Erişim tarihi 03.01.2018)).

2.6. Dünyada Yoğun Bakım Ünitelerinin ve Yoğun Bakım Hemşireliğinin Gelişimi

Tarihsel süreçte, savaşlar ve savaş sonrası gelişen toplumsal olaylar (işsizlik, kötü çalışma şartları, çocuk ve kadın iş gücü), tıp ve teknolojiadaki gelişmeler gibi çeşitli etkenler; yoğun bakım hizmetlerine, yoğun bakım hemşireliğinin başlangıcına ve geliştirilmesine ciddi katkılarda bulunmuştur. Sağlık profesyonelleri arasında görev ve yetki devri; yoğun bakım hemşireliğinin özel uzmanlık alanı olarak gelişmesine katkıda bulunmuştur (Zengin 2017).

Tarihte yoğun bakım ünitelerinin başlangıcında ilk adımı atan kişi, profesyonel hemşireliği başlatan, İngiliz asıllı hemşire Florence Nightingale olarak kabul edilmektedir. Florence Nightingale 1854-1856 yıllarında Kırım Savaşı'nda yaralanan ya da majör operasyon geçiren kritik hastalarda değişiklikleri hemen fark etmek, acil durumlarda daha hızlı müdahale edebilmek, tecrübeli hemşirelerin dikkatli ve yakın izlemi altında tedavi edilerek daha iyi bir hemşirelik bakımından yararlanmalarını sağlamak amacıyla bu hastaları ayrı bir bölümde aynı koşuğa, hemşire istasyonuna en yakın yerde toplayarak yerleştirmiştir. Böylelikle yoğun bakım ünitesine benzer koşulları oluşturarak ilk adımı atmıştır (Aykin 2013; Zengin 2017).

Yoğun bakım ünitelerinin gelişmesinde Florence Nightingale'in gözleminden sonra en önemli etken ameliyat sonrası gözlem/uyanma odalarına ihtiyaç duyulmasıdır. Florence Nightingale' den yaklaşık 70 sene sonra; 1927 yılında, Dr. Walter Dandy ve öğrencisi Harvey Cushing, John Hopkins Hastanesinde kendi çalışmaları ile beyin cerrahisi hastalarına ameliyat sonrası bakım sağlamak ve hastaları yakından gözlemek için üç yataklı özel bir derlenme odası düzenlemiştir. Basit bir yoğun bakım ünitesi olarak düşünülen bu birim, yoğun bakım kavramının gelişmesinde bir sonraki adım olmuş ve II. Dünya Savaşı sırasında yaralı askerlerin acil bakımına yönelik birimlerin oluşmasına da örnek olmuştur (Aykin 2013; Zengin 2017).

II. Dünya Savaşı sırasında, sağlık sektörü için ayrılan kısıtlı olanaklar ve ilerleyen teknoloji ile ağır yaralanan ve ameliyat edilen hastaların gözlem ve tedavisi için şok odaları ve farklı üniteler oluşturulmuştur. Bu üniteler, 1950-1960'larda yüksek riskli hastaların bakımında özel ünite kavramının gelişimine katkıda bulunmuştur. Çoğunlukla ameliyathanenin yanında bulunan, günün belli saatlerinde personel bulunan bu odalar, majör cerrahi girişim geçiren hastaların sonraki bakımlarına geçişini sağlamıştır. Ameliyat sürelerinin zamanla uzaması ve cerrahi ameliyatlarda girişimsel uygulamalardaki artış, bu ünitelerin oluşumunu desteklemiştir. 1950'li yıllarda cerrahi girişim sonrası gözlem üniteleri hastaların gözlem ve tedavisinde büyük gelişmeler sağlamıştır (Aykin 2013; Zengin 2017)

Bu merkezler, kardiyak ve radikal kanser operasyonlarını içeren daha iyi girişimsel cerrahi prosedürleri ve erken post operatif hasta yönetimini geliştirmiştir (Zengin 2017).

Bilimsel ve teknolojik gelişmeler, hastane ortamındaki fiziksel değişimler, hastaların ve ailelerinin bakım verenlerden beklentisinin artması, ameliyat sonrası gözlem/ derlenme odalarına duyulan ihtiyacın artmasında etkili olmuştur. II. Dünya Savaşı'ndan sonra, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki hastaların kendilerini evinde hissedebileceği, mahremiyetin sağlandığı bir ortamda ileri düzeyde tedavi almak istemesi sonucu hastaneler koğuş tipi düzenden ayrılıp özel ya da yarı özel odalara geçmişlerdir. Özel odalara geçiş hemşirelerin hastaları sürekli gözlemleyememesi ve hastaları kaybetme korkusu yaşamalarına, kısıtlı zamanlarını koridorlarda kaybetmelerine sebep olmuştur. Acil durum butonu kullanılmasına, hasta odalarının koridorlara bakan duvarlarında cam gözlem bölmelerinin yerleştirilmesine rağmen, hemşirelerin hastalarını gözlemleyememe sorunu yaşanmıştır. Fakat özel odalar hastalar tarafından daha çok tercih edilmeye başlanmış, hastane gelirlerinin bunu karşılayabilmesi sonucu da koğuş sisteminden ayrılma engellenememiştir. Bu sebeple kritik hastaların aynı ortamda olduğu gözlem odalarına ihtiyaç artmıştır (Zengin 2017).

Ameliyat sonrası gözlem/ derlenme odalarından sonra yoğun terapi üniteleri gelişmiştir. Medikal teknolojideki yaşam kurtarıcı gelişmeler bu ünitelerin gelişmesinde etkili olmuştur. Trakeostomi uygulaması, respiratuvar gaz değişimi ve hava yolu güvenliğini sağlayan metotlar ve mekanik araçlar tekli organ yetmezliklerinin tedavisinde kullanılmıştır (Aykin 2013; Zengin 2017).

Danimarka’da 1952 yılında ortaya çıkan polio salgını hem Avrupa hem de ABD’de yoğun bakım adına büyük gelişmelerin olmasına neden olmuştur. Bjorn Ibsen tarafından solunum paralizi olan bazı hastalara birkaç hafta boyunca manuel olarak yapay solunum uygulanması hayat kurtarıcı olmuştur. Hastalara trakeostomi açılarak, tıp ve diş hekimliği öğrencileri tarafından manuel olarak pozitif basınçlı ventilasyon uygulanmış ve sonrasında hasta sonuçlarında iyileşmeler gözlenmiştir. Bu sonuç, hastalıkların belirli dönemlerinde başvuru, yapay tedavi yöntemlerinin hayat kurtarabildiğini, yapay solunum cihazlarının tıpta yararlı olabileceğini, ameliyathane dışında kullanılabilirliğini ve mortaliteyi azalttığını göstermiştir. Bjorn Ibsen’in bu önemli deneyimi, cihazlarla donatılmış servislerin gerekli olduğunu; solunum cihazına bağlı hasta izlemi konusunda yetkin hemşirelere duyulan ihtiyacın arttığını; yoğun bakımın önemini fark edildiğini ve yoğun bakım hizmetlerinin organizasyonun başlatıldığını ortaya koymuştur (Akpır ve Tuğrul 2009; Aykin 2013; Gündöndü 2014; Zengin 2010; 2017).

Uzun süreli mekanik ventilasyon için demir akciğer veya negatif basınçlı tank veya zırhlar 1952 yılına kadar kullanılmaktaydı. Bjorn İbsen Kopenhag Kummerehospital’ de 1953 yılında manuel olarak kullanılan bir yapay solunum cihazını entübasyon tüpüne bağlayarak hastayı ventile etmeye başladı. Bir anestezi uzmanı olan Bjorn Ibsen’ in gözlemi ve deneyimi ile Avrupa’da hekim ve fizyologların bir arada çalıştığı, deneyimli hemşirelerin bakımı altında hemodinamik destek tedavilerinin uygulandığı ilk modern yoğun bakım ünitesi kurulmuş oldu.

Solunum üniteleri şeklinde 1950-1960 yıllarında kurulmaya başlayan bu servislerin, solunum yetmezliğinin yanı sıra farklı sorunların tedavisinde de yararlı olduğu bulunmuş ve 1960 sonrasında çoklu travması olan hastaların, majör ameliyat geçiren hastaların ve ağır hastaların bakımı için multidisipliner yoğun bakım üniteleri kurulmuştur. YBÜ’ leri 1970’li yıllarda mevcut halini almıştır.

Kronik hastalıkların akut atakları sonucu hastaneye kabul edilen hastaların büyük çoğunluğunu akut medikal ve cerrahi sorunları olan hastalar oluşturmuştur. Tıp ve teknolojiye paralel olarak kalp hastalıklarının tedavisinde kullanılan yöntemlerin gelişmesiyle, 1960’ların başında özel bir hasta grubu olan miyokard infarktüsünden ölümleri azaltmak amacıyla ile koroner yoğun bakım üniteleri kurulmuş ve

başarılı sonuçların elde edilmesi ile sayıları hızla artmıştır. Bu ünitelerde özel eğitilmiş doktor ve hemşireler istihdam edilmiştir.

Bu gelişmeler neticesinde hekimler, kendilerinin yokluğunda hastadaki önemli değişiklikleri gözleyebilecek ve gerektiğinde acil müdahale başlatabilecek hemşirelere ihtiyaç duymuştur. Hekimlere ait olan birçok görev ve sorumluluğu üstlenmek zorunda kalan yoğun bakım hemşireleri, özel bir hasta grubunun bakımı konusunda uzman olmuşlardır. Böylelikle yoğun bakım hemşireliği genel hastane sistemi içerisinde ayrıcalıklı bir yer haline gelmiş ve hemşirelerin rol ve sorumlulukları hekimlerin devrettiği bazı sorumluluklar da eklenerek genişlemiştir (Akpir ve Tuğrul 2009; Aykin 2013; Gündöndü 2014; Zengin 2010; 2017).

2.7. Türkiye’de Yoğun Bakım Ünitelerinin ve Yoğun Bakım Hemşireliğinin Gelişimi

Türkiye’de yoğun bakım çalışmalarının Avrupa ile eş zamanlı olarak, birçok batı ülkesinden önce başlamış olduğu görülmektedir. Büyük cerrahi girişimlerden sonra anestezi ve reanimasyon desteğine 1949-1950 yıllarında ihtiyaç duyulmuş; birimlerde oluşturulan ağır hasta bakım odasında cerrahın gözetiminde baş asistan, asistan ya da hemşireler görevlendirilmiş; reanimasyon yapılmıştır. Böylece, Türkiye’de yoğun bakım hemşireliğinin gelişimi ameliyat sonrası hasta bakım birimleri ile başlamıştır. Hemşireler doktor kontrolünde kritik hastaları kritik hasta bakım odasında takip etmişlerdir.

Yurt dışında yoğun bakımı yakından izleyen, yoğun bakım eğitimi alan ve anesteziye çalışan hekimler, 1949-1954 yıllarında Türkiye’ye dönerek anestezi uygulamasında çalışmaya başlamışlardır. Türkiye’de ilk anestezi hekimleri Sadi Sun ve Cemalettin Öner’dir. Sadi Sun anestezi, Cemalettin Öner reanimasyon konularındaki çalışmaları ile yoğun bakım ünitelerinin kurulmasına büyük katkı sağlamıştır (Akpir ve Tuğrul 2009; Aykin 2013; Gündöndü 2014; Zengin 2010; 2017).

Cemalettin Öner, Vakıf Gureba Hastanesinde 1953 yılında ameliyathanelerin yanında anestezi hazırlığı, indüksiyon ve cerrahi girişim sonrası dönemde hastayı yakından gözleyebilmek için bir derlenme odası kurmuştur. Cemalettin Öner’in bu uygulaması, 1959 yılında Haydarpaşa Numune Hastanesinde, ilk reanimasyon ünitesini kurmasında ona öncülük etmiştir. Daha sonra 1970 yılında İstanbul Tıp Fakültesinde ilk reanimasyon ünitesini kurmak için çalışmalarda bulunmuştur. Cerrahpaşa Tıp

Fakültesi'nde Prof. Dr Sadi Sun tarafından ilk reanimasyon ünitesi, Dr. Şevket Kaya'nın İstanbul İlk Yardım Hastanesi'ne kurulan reanimasyon üniteleri diğer sağlık kurumlarına örnek teşkil etmiştir. Farklı üniversite ve bölgelerde yoğun bakım üniteleri kurulmuş, zamanla Türkiye'de yoğun bakım ünitelerinin sayıları artmıştır. 1976 yılında özel hastanelerde koroner yoğun bakım üniteleri, 1978' de Ege Üniversitesi'nde solunum yoğun bakım ünitesi ve 1987'de Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde ilk dahili yoğun bakım ünitesi kurulmuştur (Akpir ve Tuğrul 2009; Aykin 2013; Gündöndü 2014; Zengin 2010; 2017).

1953'lerde Cemalettin Öner'in tek odada derlenme odası olarak başlattığı çalışmalar, 1959 yılında Haydarpaşa Numune Hastanesi'nde dört yataklı bir servise, yoğun bakımlara olan ihtiyacın artması üzerine 1969 yılında 30 yataklı ve 30 hemşiresi olan bir yoğun bakım ünitesine dönüşmüştür.

Türkiye' de Anesteziyoloji bir uzmanlık dalı olarak 1955 yılında kabul edilmiş ve ilk uzmanlık diplomaları fakültede Sadi Sun' a, 1956' da bakanlık teşkilatında Cemalettin Öner'e verilmiştir.

Türkiye'de 1978'de Türk Yoğun Bakım Derneği ve 2004 yılında Türk Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Derneği kurulmuş olup; 2012 yılında yoğun bakım uzmanlığı kanuna göre yan dal uzmanlığı olarak kabul edilmiştir (Akpir ve Tuğrul 2009; Aykin 2013; Gündöndü 2014; Zengin 2010; 2017).

Vehbi Koç Vakfı 1979 yılında, Amiral Bristol Hastanesi ve Houston-Methodist Hastanesi işbirliği ile yoğun bakım hemşireliği eğitim programları düzenlenmiş, ilk Yoğun Bakım Hemşireliği Kursu düzenlenmiştir. Semahat Arsel Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Merkezi (SANERC), 1 Aralık 1992'de Amerikan Hastanesi bünyesinde kurulmuştur. Türkiye'de ilk resmi yoğun bakım hemşireliği eğitim programları SANERC tarafından başlatılmıştır. 2002 yılından itibaren resmi programlar Sağlık Bakanlığı'nın "Yoğun Bakım Ünitelerinde Görev Yapan Sağlık Personelinin Eğitimine ve Sertifikalandırılmasına Dair Yönerge" kapsamında yürütülmüştür (Akpir ve Tuğrul 2009; Aykin 2013; Gündöndü 2014; Zengin 2010; 2017).

2.8. Yoğun Bakım Ünitelerinin Planlanması

2.8.1. Yoğun Bakım Ünitesi Yeri ve Alanının Planlaması-Kat Planlaması

Tüm yoğun bakım üniteleri hastane içinde yapısal olarak farklı alanlarda konumlandırılmalı, giriş-çıkışlar kontrollü yapılmalıdır. Acil servis, acil bakım ünitesi, radyoloji, ameliyathaneye yakın ya da doğrudan gidiş gelişi sağlayan asansörler bulunmalı, 24 saat ulaşılabilir konumda olmalıdır (Durmaz Akyol 2017, s:51-66).

Giriş çıkışlar, personel odaları, merkezi hasta izleme odaları, hasta odaları, hasta yatakları ve cihazları acil müdahale için uygun şekilde ve konumda tasarlanmalı ve düzenlenmelidir. Steril malzeme desteği sağlanmalı, enfeksiyon kontrolü yapılmalıdır (Durmaz Akyol 2017, s:51-66).

YBÜ alanı hesabında hasta yatak sayıları, izolasyon odaları, destek alanları, hasta yakınlarının bekleme ve bilgi alma alanları hesaba katılmalıdır. Toplam yoğun bakım ünitesinin alanının, hasta bakım alanının 2,5-3 katı genişliğinde olması planlanmalıdır. Tek kişilik odalar en az 25 m², çoklu odalarda yatak başına 20 m² alan olmalı, hasta yatağı dışında 2,5 metre hareket alanı olmalıdır. Tek ve çok kişilik odalarda zemin planı dikdörtgen olmalıdır. Açık sistem yoğun bakımlarda her yatak için 21 m², özel odalar ve izolasyon odaları için 23 m² alan ayrılmalıdır. Her 10 yatağa 1-2 izolasyon odası olmalıdır. İzolasyon odalarının girişlerinde en az 2,5-3 m²'lik giriş alanı bulunmalıdır. Bu bölümde el yıkama, giyinme ve depolama amaçlı bir giriş bölmesi ayrılmalıdır (Durmaz Akyol 2017, s:51-66).

2.8.2. Merkezi Hemşire Bölümü (Hemşire Deski Ünitesi)

Hemşire deski rahat bir çalışma ortamı sağlayan ölçülerde olmalıdır, hastaların tümünün rahatlıkla gözlenebileceği; genellikle hasta yataklarının bulunduğu alanın ortasına ya da bir kenarına yerleştirilir (Durmaz Akyol 2017, s:51-66).

2.8.3. Hasta Bakım Alanı

Hastaya bakım verilen, hasta odaları ve acil bağlantı kurulan alandır. Hasta, çalışanlar ve hasta yakınlarının gereksinimleri dikkate alınarak planlanmalıdır (Durmaz Akyol 2017, s:51-66).

2.8.4. Yoğun bakım ünitesi yatak sayısı ve planlaması

Yoğun bakım ünitelerinde tek kişilik odalar hasta mahremiyetinin, güvenliğinin ve uyku kalitesinin artırılmasında daha etkindir. Tek kişilik odaların yanı sıra, koğuş tipi ya da her iki grup olarak yapılan yoğun bakım üniteleri bulunmaktadır. İzolasyon ve enfeksiyon kontrolü için odalar yerden tavana doğru 1,5-2 m yükseklikte cam panellerle ayrılmış olmalıdır. İdeal olarak, yatak sayısı 8-12 arasında olmalı ve her 5 yatağa bir pozitif ve negatif basınçlı izolasyon odası olması önerilmektedir. Yataklar arasında hastalara yapılacak müdahale ve bakıma engel olmayacak genişlik olmalıdır. Yatak başına düşen yüzey alanı 46-60 m², destek yüzey alanı ise 120-180 m² olmalıdır. Her yatak başında acil durum alarm butonu, ventilatör, monitör, infüzyon pompaları, raflar, en az üç adet oksijen çıkışı ve 3-5 adet basınçlı hava çıkışı olmalı, bu çıkışlar yerden 1,5 m yüksekte ve yatağın her iki yanında yer almalıdır. Hasta odasında acil ilaçların bulunduğu ve kayıtların tutulduğu bir masa, tıbbi ve bakım malzemelerinin bulunduğu dolaplar, hastaların görebildiği bir duvar saati olması önerilmektedir (Durmaz Akyol 2017, s:51-66).

Hastanın tedavisinde kullanılan infüzyon ve beslenme pompaları, tavana monte edilmiş raylı sistem üzerinde hareket ettirilebilen, hastaya doğru sarkabilen ve yatak kenarına monte edilebilen askılarla sağlanmalıdır. Ayrıca telefon, uzaktan kumandalı TV, merkezi radyo hoparlörü bulunması önerilmektedir. Hasta odasında kullanılan mobilyalar kolay temizlenebilir malzemedен olmalıdır (Durmaz Akyol 2017, s:51-66).

2.8.5. Kapılar pencereler, duvarlar ve yer döşemeleri

Kapılar otomatik olarak açılıp kapanabilen, kapandığında aralık kalmayan, sedye, yatak ve diğer malzemelerin rahatlıkla geçişine imkan sağlayabilecek en az 90 cm genişlikte, iki geçiş aralığı şeklinde, ısı, ses yalıtımı ve partikül izolasyonu sağlayabilen özellikte olmalıdır.

Pencereler hasta odalarında ve çalışanların odalarında doğal aydınlatmayı sağlayabilen, hastaların gece gündüz oryantasyonunu sağlayabilecek şekilde planlanmalı, yangına dayanıklı, ses yalıtımı sağlayabilen, kolay temizlenebilen malzemedен yapılmalıdır.

Zemin kaplamalarında kullanılan malzemeler bakımı ve temizliği kolay olan, ağır materyallerin ve malzemelerin taşınmasını ya da yuvarlanmasını kolaylaştıran, dayanıklı, ses yalıtımı sağlayabilen, anti mikrobiyal, anti bakteriyel özellikte olmalıdır.

Duvarlar ısı, ses yalıtımı sağlayan, kolay temizlenebilen, partikülerin bir alandan diğer alana geçişini ve aralarda birikimi önleyen sızdırmaz özellikte, dezenfektan maddelere, çizilme ve çarpmalara dayanıklı, zedelendiğinde tamiri kolay olan özellikteki maddeden yapılmalıdır. Hastaların oryantasyonlarını sağlamak, stresini azaltmak, görsel olarak ilgisini çekmek için duvarlarda doğa resimleri, sakinleştirici renkler, yazılar, grafikler kullanılabilir (Durmaz Akyol 2017, s:51-66).

2.8.6. Işıklandırma ve Elektrik Sistemi

YBÜ'nde doğal ışık ile aydınlatma sağlanmalı, doğal aydınlatmanın olmadığı alanlar ile geceleri soft ışık kullanılarak aydınlatma yapılmalı, ışık güç ayarını dışarıdan yapabilen aydınlatma düğmelerinin kullanımı önerilmektedir. Aydınlatmanın verimliliği için alanda açık renk boya ve eşyaların kullanılması önerilmektedir. İyi ve uygun aydınlatma işin hızlı ve daha kısa sürede bitirilmesinde etkilidir (Durmaz Akyol 2017, s:51-66).

YBÜ' nin elektrik sistemi ayrı bir güç hattı ve ana kontrol paneline bağlı şebekeden alınmalıdır. Elektrik paneli, kritik durumlarda ve elektrik kesildiğinde çalışanların kolaylıkla ulaşabileceği bir konumda olmalıdır. Her hasta yatağı için en az iki elektrik hattı, anahtarları ve sigorta sistemi mevcut olmalıdır (Durmaz Akyol 2017, s:51-66).

2.8.7. Oksijen, Basınçlı Hava ve Vakum Sistemi

Her hasta başında en az iki oksijen, en az bir basınçlı hava ve üç vakum çıkışı olmalıdır. Oksijen ve vakum sistemi için yedek sistemler kurulmalıdır. Oksijen ve vakum sistemi hastanenin ana merkezinden farklı olarak, yoğun bakım ünitesine ait bir merkezden yapılmalıdır (Durmaz Akyol 2017, s:51-66).

2.8.8. Su Sistemi

Filtre edilmiş su sistemi YBÜ yatakların başına kadar döşenmeli, giderlerin yapılması sağlanmalı, hemodiyaliz yapılmasına imkan sağlayan bağlantılar olmalıdır. Bu su ve giderlerin bağlantıları el yıkama bölümünden ayrı olmalıdır. El yıkama muslukları sensörlü olmalıdır. Şehir ya da depo kaynaklarından sağlanan su sürekli sıcak ve soğuk olmalı, mineral yoğunluğu açısından test edilmelidir (Durmaz Akyol 2017, s:51-66).

2.9. Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Profili

Akut hastalık, cerrahi girişim veya diğer bir yoğun tedavi nedeniyle sürekli monitörle izlemi gerektiren hastalar ile kardiyovasküler, serebral, solunumsal, renal, metabolik gibi nedenler ile yaşam fonksiyonlarından herhangi birinin işlev yetersizliği olan hastalar ve tedavisi mümkün olmayan hastalıkların son safhasında bulunup normal servislere kabul edilmeyen hastalar yoğun bakım hastalarını oluştururlar (Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi, 2008; Efil, Kurucu ve Eser 2011; Aktaş 2016; Aydın ve Gürsoy 2017).

Fiziksel durumu kritik olan, özel bakımını kendi karşılayamayan hastalara yaşam fonksiyonlarının sürekliliği için gereken destek ve tedavi yoğun bakım ünitesinde uygulanmaktadır (Efil, Kurucu ve Eser 2011; Aydın ve Gürsoy 2017).

Bunlar;

- Solunum yetmezlikleri
- Kardiyovasküler sistem yetmezlikleri
- Akut böbrek yetmezlikleri
- Akut metabolik bozukluklar
- Çoklu travmalar
- Yanıklar
- Çeşitli nedenlerle gelişen kanamalar
- Gastrointestinal kanamalar
- Cerrahi girişim sonrası gelişen komplikasyonlar
- Kanama-pıhtılaşma bozuklukları
- Sıvı-elektrolit ve asit-baz denge bozuklukları
- Zehirlenmeler
- Yenidoğan ve pediatrik aciller
- Tetanoz
- Eklampsi
- Reanimasyondan sonraki durumlar

- Gerekli görülen diğer durumlar kabul edilir (Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi 2008).

Yoğun bakım ünitelerinde tedavi edilen hastaların büyük çoğunluğu yaşlı hastalardan oluşmaktadır. ABD’de yapılan çalışmalarda yoğun bakım hastalarının ortalama %42-52’sinin 65 yaş ve üzerindeki hastalar olduğu belirtilmiştir. Türkiye’deki bir çalışmada da yoğun bakım ünitelerinde yaşlı hastaların %53,6 oranında olduğu saptanmıştır (Özşaker, Okgün Alcan ve Demir Korkmaz 2013).

Yoğun Bakım Tıp Derneği’nin Etik Komitesi hasta kabulünde standartları sağlamak amacıyla oluşturulan öncelikler modelinde, yoğun bakım tedavi ve desteğine gereksinim duyan ve yaşamsal açıdan öncelik taşıyan (1. öncelikli) ve yarar sağlanamayan (4. öncelikli) durumlar olarak tanımlanmaktadır (Eti Aslan ve Çakır 2016).

2.9.1. Birinci Derece Öncelikli

Bu grupta yoğun bakım ortamı dışında fayda göremeyen, ciddi durumda, yoğun tedavi ve takibi gereken, kardiyopulmoner ve nörolojik instabilitesi olan, stabil durumda olmayan hastalar yer almaktadır. Ciddi travmalar, akut solunum yetmezliği, septisemi, göğüs cerrahisi, karaciğer rezeksiyonu, kalp cerrahisi, nakil olan hastalar örnek olarak verilebilir. Yoğun sıvı replasmanı, sürekli vazoaktif ve antiaritmik ilaç infüzyonu, beyin ödemi kontrolü, solunum cihazı desteği gibi tedavi ve bakım prosedürleri uygulanmaktadır (Eti Aslan ve Çakır 2016).

2.9.2. İkinci Derece Öncelikli

Bu grupta girişim sonrası acil müdahale ve yakın takibi gereken hastalar yer almaktadır. Baş boyun cerrahisi sonrası, ameliyat sonraki dönemdeki fizyolojik olarak stabil olmayan hastalar, solunum cihazı desteği gerektirmeyen göğüs cerrahisi hastaları, nekrotizan fasitisi hastalar örnek olarak verilebilir. Hemodinamik durumun takibi, havayolunu açıklığının sağlanması, yoğun göğüs fizyoterapisi, geniş kapsamlı yara bakımı gibi bakım ve tedavi prosedürleri uygulanmaktadır (Eti Aslan ve Çakır 2016).

2.9.3. Üçüncü Derece Öncelikli

Bu grupta ek hastalıkları ve akut hastalıklardan dolayı tedaviye yanıt verme olasılığı az olan, kardiyak tamponad, enfeksiyon, havayolu tıkanıklığı gibi komplikasyon gelişen, stabil durumda olmayan, yoğun bakım ve tedaviye ihtiyaç duymalarına rağmen entübasyon ya da kardiyopulmoner resüsitasyon gibi uygulamalara yanıt verme ihtimali çok düşük olan hastalar bulunmaktadır (Eti Aslan ve Çakır 2016).

2.9.4. Dördüncü Derece Öncelikli

Bu grupta yoğun bakımdan çok az yararlanabilecek ya da yararlanabilmesi beklenemeyen, ölümünün çok yakın olduğu düşünülen, YBÜ' ne kabulü uygun olmayan hastalar yer almaktadır. Hafif konjestif kalp yetmezliği olan hastalar, hemodinamik olarak stabil diyabetik ketoasidoz, periferik damar cerrahisi vb bulunmaktadır (Eti Aslan ve Çakır 2016).

2.10. Yoğun Bakım Türleri

Yoğun bakım üniteleri genel olarak 4 türdür

1. Geleneksel özel yoğun bakım üniteleri (genel yoğun bakım üniteleri, cerrahi yoğun bakım üniteleri),
2. Organ sistemleri için yoğun bakım üniteleri (koroner bakım ünitesi, nörolojik bakım ünitesi, gastrointestinal ünite),
3. Klinik sendrom için yoğun bakım üniteleri (travma üniteleri, şok üniteleri, yanık üniteleri, stroke üniteleri),
4. Yaş gruplarına özel üniteler (pediatrik yoğun bakım üniteleri, obstetrik yoğun bakım üniteleri, neonatal üniteler)dir (Eti Aslan ve Çakır 2016).

2.11. Yoğun Bakım Ünite Sınıflandırması

Hastalar durumunun ciddiyetine göre farklı düzeyde yoğun bakım tedavisine ihtiyaç duyar. Genel durumu çok kritik olmayan hastalar, hayati fonksiyonlarını kısmi olarak destekleyen kısıtlı imkanlara sahip yoğun bakımlara ihtiyaç duyarken, genel durumu çok kritik olan hastalar yaşam fonksiyonlarını destekleyen ileri düzey yoğun bakımlara gereksinim duyar. Türkiye'de "Reanimasyon" olarak da bilinen Yoğun Bakım ünitelerinin 3 basamaklı bir sınıflaması vardır (Aktaş 2016; Tüzüner 2010).

2.11.1. 1.Basamak Yoğun Bakım Ünitesi

Temel monitörizasyon (EKG, ritm, nabız, kan basıncı, oksijen saturasyonu, ateş) olanaklarına sahip, entübasyon, kardiyopulmoner resusitasyon, sıvı ve kan ürünleri replasmanı, hastanın ilk stabilizasyonu yapılabilen, tam gün yoğun bakım uzmanının bulunmadığı, hekim hizmetinin konsültasyon şeklinde alındığı, üç- dört hastaya bir hemşirenin bakım ve tedavi uyguladığı, ara yoğun bakım adı da verilebilen yoğun bakımlardır. Koroner yoğun bakımlar, 2. veya 3. basamak yoğun bakımlara transfer yapabilen, onların diğer özelliklerini karşılayamayan yoğun bakım üniteleri bu gruba girer.

1. Basamak Yoğun Bakım Üniteleri' nde fizyolojik olarak stabil, fakat bozulma ihtimali olan, daha üst seviyeli yoğun bakım ünitelerine ihtiyacı olmayan, fakat normal servislerde de mevcut veya potansiyel fizyolojik instabiliteleri nedeni ile takip ve tedavileri için rutin yöntemler yeterli olmayan, solunum desteğine ihtiyaç duymayan hastalar takip ve tedavi edilir.

Komplike olmayan miyokard iskemili ve aritmileri olan hastalar, ameliyat sonrası yakın izlemi gereken hastalar, solunum desteği gerektirmeyen ve komplike olmayan psikiyatrik, nörolojik aciller ve ensefalopatiler, solunum yetmezliği dışındaki komplike olmayan, akut gelişen, diyaliz ihtiyacı olmayan akut böbrek yetmezliği, stabil kronik böbrek yetmezliği, kalp yetmezliği, hafif seyreden karaciğer yetmezliği gibi tek organ yetmezlikleri, organ yetmezliği olmayan ancak hayati fonksiyonların aniden bozulma riski olan zehirlenme, şok gelişmemiş kanamalar, yanıklar, pnömotoraks vb, durumlar, hafif ketoasidoz, hafif pankreatit, sık nazotrakeal aspirasyon ihtiyacı olan, yakın izlemi gereken hastalar, 2. veya 3. basamak yoğun bakım ünitelerinden çıkarılan henüz taburcu edilemeyecek hastalar örnek olarak verilebilir (Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi 2008).

2.11.2. 2.Basamak Yoğun Bakım Ünitesi

Tek organ yetmezliği sebebi ile hayati tehlikesi olan, 1. basamak yoğun bakım ünitelerine göre daha detaylı gözlem ve müdahaleye ihtiyacı olan, uygulanan destek sistemleri ile fizyolojik sınırlarda tutulması hedeflenen hastaların takip ve tedavisinin yapıldığı, sorumlu bir uzmanı olan ancak belli saatler içerisinde doktor gözetimi hizmeti veren, gerektiğinde uzun süreli yapay solunum imkanı bulunan, üç hastaya bir hemşirenin tedavi ve bakım uyguladığı, yapay solunum cihazının (mekanik ventilatör)

mutlaka bulunduğu, 3. basamak yoğun bakımların diğer özelliklerini karşılayamayan yoğun bakım üniteleridir.

Tek organ yetmezliği nedeniyle diyaliz, hemofiltrasyon, plazmaferez, mekanik ventilasyon gibi destek tedavilerinin yapıldığı, 3. basamak yoğun bakımlara transfer yapabilen yoğun bakım üniteleri, kliniklerin içinde yer alan yoğun bakımlar (kardiyovasküler cerrahi ve koroner hariç) bu gruba girer (Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi 2008).

1. basamak yoğun bakım hastası özelliklerine ilave olarak kısa süreli, ayrıntılı ve nitelikli gözlem, girişim (invaziv monitörizasyon) ve yaşamsal destek gereksinimi bulunan hastalar, solunum desteği gereken nöromusküler hastalıklar, non invaziv mekanik ventilasyon gereken hastalar, cerrahi öncesi yoğun hazırlık ve destek ihtiyacı olan riskli hastalar, cerrahi sonrası yakın takip ve hemodinamik destek gereken veya uzun süre mekanik ventilasyondan ayrılamayan hastalar, santral sinir sistemi patolojisi ve cerrahisi (minimal epidural, subdural hematoma, posterior fossa patolojileri, kraniyal kırıklar, spinal lomber drenaj gibi) tek organ monitörizasyonu ve desteği gereken (diyaliz, mekanik ventilasyon v.b.) hastalar, düzeltilemeyen fizyolojik veya metabolik bozukluklar, ağır infeksiyonlar (sepsis, peritonit v.b.), hayatı tehdit eden zehirlenmeler, kanamalar, gebeliğin hayatı tehdit eden komplikasyonları (preeklampsi v.b.), akut koroner sendromlar, akut dekompanse kalp yetmezlikleri, akciğer ödemi, hemotoraks, ampiyem, ağır pankreatit, ağır malnütrisyon, akut karaciğer yetmezliği, 3. basamak yoğun bakım ünitelerinden çıkarılan henüz taburcu edilemeyecek hastalar 2. düzey yoğun bakım ünitesinde takip ve tedavi edilir (Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi 2008).

2.11.3. 3.Basamak Yoğun Bakım Ünitesi

İleri solunum desteği gerektiren veya temel solunum desteğinin yanı sıra en az iki organ sisteminin de desteklenmesi gereken, çoklu organ disfonksiyonu veya yetmezliği olan, durumu kritik, mevcut yüksek riskli hastalığı nedeniyle yakın takibi gereken tüm komplike hastaların kabul edildiği, solunum desteği, renal replasman tedavisi, plazmaferez gibi destek tedavilerinin hepsinin yapılabildiği, 24 saat doktor gözetimi ve denetimi altında olan, yapay solunum cihazlarının (mekanik ventilatör) mutlaka bulunduğu, iki hastaya bir hemşirenin bakım ve tedavi uyguladığı, en üst düzeyde tıbbi bakım ve tedavi yapılabilen tam kapsamlı yoğun bakım üniteleridir.

Eğitim hastaneleri ve gelişmiş hastanelerde bu düzeyde bir yoğun bakım bulunmalıdır. 3.basamak Yoğun Bakım nitesinde tek bir hastanın takiplerinde hem 3.basamak hem de 1.basamak durumları mevcuttur. Hasta ilk geldiğinde 3.basamak hizmet alırken, iyileşip taburcu olurken 1.basamak hizmet alır hale gelebilmektedir. Altta yatan özellikli (ağır, yüksek riskli) hastalığı nedeniyle takibi gereken hastaların yattığı özel beyin cerrahisi, kardiyovasküler cerrahi, ciddi travmaların takip edildiği yoğun bakımlar bu gruba girer (Yoğun Bakım nitelerinin Standartları Genelgesi 2008).

1. ve 2. basamak hastalarının özelliklerine ek olarak uzun süreli nitelikli gözlem ve girişim, uzun süreli yaşamsal destek gereksinimi bulunan veya çoklu organ yetmezliği gelişmiş hastalar, kronik organ bozukluğunun günlük aktiviteyi bozacak Şekilde ilerlediği hastalar, invaziv veya noninvaziv mekanik ventilasyon ve ileri solunum monitörizasyonu gereken hastalar, HELLP sendromu, ağır sepsis, septik Şok, ARDS, ağır preeklampsi ve eklampsi gibi yakın takip ve tedavi gerektiren akut problemler, kontrol altında tutulamayan veya fazla miktarda transfüzyon gereken kanamalar, organ bozukluğu yapan toksikasyonlar, cerrahi sonrası gelişen dahili komplikasyonlar (koroner sendromlar, sepsis, böbrek veya karaciğer yetmezliği gibi), ciddi santral sinir sistemi patolojisi ve cerrahisi (sinüs üzerinde kanama, çökme fraktürü, ciddi serebral dem, subaraknoid kanama, diffüz aksonal yaralanma, spinal Şok, kord ödemi gibi), glaskow skoru 7 ve altında olan hastalar, birden fazla organı ilgilendiren sistemik hastalıkların akut sorunları, izolasyon önlemi gereken hastalar (dirençli enfeksiyonlar, immünsuprese hastalar), kalp cerrahisi geçiren hastalar, çoklu travma hastaları 3. Basamak yoğun bakım ünitesinde takip ve tedavi edilir (Yoğun Bakım nitelerinin Standartları Genelgesi, 2008, Sayı:53).

2.12. Yoğun Bakımda Hasta Konforu

Konfor; kişinin ihtiyaçları ile ilgili yardım, huzuru sağlama ve sorunların üstesinden gelebilmeye ilişkin hastanın fiziksel, sosyal, psikolojik ve çevresel bütünlük içerisinde olmasıdır. Konfor kavramı hemşirelik biliminde tarih boyunca bakımın amacı ve istenilen bir sonucu olarak önemli rol almıştır. Konfor kavramı deneyim, umut, kontrol, uzlaşma, yaşam kalitesi, karar verme, ağrı kontrolü, hemşirelik girişimi gibi bir durum, rahatlama gibi bir süreç olarak hemşirelik literatüründe farklı anlamlarda kullanılmıştır.

Yoğun bakımda hastanın fiziksel, sosyokültürel, psikolojik ve çevresel boyutta konforunu etkileyen birçok etken vardır. Homeostatik denge ile dinlenme, gevşeme, beslenme, hidrasyon, hastalığa verilen yanıtlar gibi bedensel algılarını içeren fizyolojik konfor gereksinimleri vardır. YBÜ' ne kabul edilen hastaların fizyolojik konforu sağlanmaz ise; anksiyete, korku, uyku yoksunluğu gibi nedenlerde hastanın durumu olumsuz etkilenmektedir.

Hastanın sosyal boyutta aile, kişiler arası ilişkiler, kültür, aile, din, bilgi ve danışmanlık, finansal destek, taburculuğun planlanması gibi konfor ihtiyaçları mevcuttur. Hastanın sosyal boyutta konfor ihtiyaçlarının karşılanmaması, hastanın hastalığının ciddiyetini anlamasına, ölüme çok yakın olduğunu hissetmesine ve iyileşme sürecinin uzamasına neden olmaktadır.

Hastalık ya da uygulanan girişimlere bağlı olarak hastanın benlik saygısında azalma, beden imajında bozulma, riskli sağlık durumu, ortama bağlı hastanın korku ve anksiyete hissetmesi, kullanılan ilaçlar, girişimler sebebiyle hastanın mahremiyetinin ve düşünce sürecinin bozulması sonucu hastanın psikolojik boyutta konforu olumsuz etkilenir.

YBÜ' nde iletişim yetersizliği, sürekli ışık, gürültü, yetersiz analjezi, uygun olmayan oda ısısı, aşırı uyarı, diğer hastaların durumu, yoğun bakım tedavisi, sık yaşam bulgusu takibi, hareketsizlik, uyku bozuklukları, pozisyon değişimi gibi durumlardan dolayı hastanın çevresel boyutta konforu olumsuz etkilenir (Menekli Amaç 2017 s:415-419).

2.13. Hemşirelik Kuramcılarının Çevre Kavramındaki Görüşleri

2.13.1. Florence Nightingale

Modern hemşireliğin kurucusu Florence Nightingale' in temel kavramı çevre üzerinde yoğunlaşmaktadır. Nightingale psikolojik ya da sosyal çevreden çok fiziksel çevrenin önemi üzerinde durmuştur. Nightingale yaşadığı tarihte savaş sonrasındaki koşullar nedeniyle ağırlıklı olarak fiziksel çevrenin önemi üzerinde durmuştur. Florence Nightingale çevreyi, tüm dış etkenler olarak ele almıştır. Florence Nightingale'e göre çevre kavramı hastanın beslenmesi, hemşire ve hasta arasındaki sözel olan ve olmayan etkileşim gibi birçok şeyi kapsamaktadır. Florence Nightingale çevre kavramında fizik çevrenin yanı sıra psikolojik ve sosyal çevreye de değinmiştir. Nightingale'e göre;

fiziksel çevredeki faktörler birbirini etkilemektedir. O hasta odasının uygun ısıda, sessiz, kokusuz, temiz, aydınlık olması gerektiğini ileri sürmüştür. Nightingale uygun olmayan çevre koşullarında, fiziksel stresörlerden dolayı hastanın emosyonel durumunun olumsuz yönde etkileneceğini kabul etmiştir (Ünsal 2017).

Florence Nightingale 1860'da hemşireliği, hastayı iyileştirmek için hasta çevresini düzenleme ve iyileştirme eylem diye tanımlamıştır. Nightingale, hastayı iyileştirmek için rahat, temiz ve iyi havalandırılmış bir ortamın önemini vurgulamıştır (Ünsal 2017).

2.13.2. Virginia Henderson

Hemşire kuramcılardan Virginia Henderson çevreyi, “organizmanın yaşamını ve gelişimini etkileyen dış etkenler ve şartların tamamı” şeklinde tanımlar. Henderson'ın geliştirdiği 14 temel insan gereksinimlerinin bir çoğu yoğun bakım ortamında karşılanamayan gereksinimlerdir. Henderson, kişilerin sağlık durumu üzerinde yaş, entelektüel durum, kültürel birikim, fiziksel ve duygusal uyum gibi faktörlerin etkili olduğunu açıklamıştır (Ünsal 2017).

Henderson'un Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) tarafından kabul edilen temel insan gereksinimleri 14 başlık altında toplanmıştır;

1. Normal soluk alma
2. Yeterli yeme ve içme
3. Boşaltım
4. Hareket
5. Uyku ve istirahat
6. Uygun giyim
7. Vücut ısısının normal sınırlarda tutulması
8. Vücudun temiz tutulması
9. Tehlikeden kaçma
10. İletişim kurma ve duygularını ifade etme
11. İnançlarına uygun ibadet etme

12. İşinde başarılı olma

13. Eğlenme

14. Çalışma ve değişik uğraşlara katılma (Ünsal 2017).

2.13.3. Sister Callistra Roy

Hastanın uyumunu kolaylaştırmak için hemşirelik uygulamalarını kullanan Roy'a göre çevre, kişilerin ve grupların davranışını ve gelişmesini etkileyen, tüm şartlar, durumlar ve etrafını saran tüm etkenlerdir. Çevre hem iç hem de dış etkenleri içeren adaptif sistemleri kapsar. İnsan çevresindeki sürekli değişimlerle, biyososyal uyum mekanizmalarıyla mücadele etmeye çalışır (Ünsal 2017).

2.13.4. Martha Rogers

İnsanın bütünlüğü ve çevresi ile etkileşimine odaklanan, hemodinamik prensipler geliştiren Rogers çevreyi, "bölümleri farklı özellik gösteren, istenilen şekle sokulamayan dört boyutlu enerji alanının tanımlanması" olarak belirtmiştir. İnsan ve çevre ile etkileşim kendiliğinden, sürekli ve karşılıklıdır. Rogers'a göre hemşireliğin hedefi kişiyi daha mükemmel hale getirmek, çevresi ile adaptasyonunu sağlamaktır (Ünsal 2017).

2.13.5. Fay Abdellah

Fay Abdellah çevre kavramına pek değinmemiş fakat hemşirenin terapötik çevrenin önemli bir parçası olduğu düşüncesini benimsemiştir (Ünsal 2017).

2.13.6. Hildegard Peplau

Peplau çalışmalarını kişilerarası ilişkiler üzerine yoğunlaştırmıştır. Peplau çevreyi organizma dışındaki koşullar ve daha çok gelenek ve inançlarla şekillenen kültürel çevre açısından ele almıştır. Peplau'ya göre bir hemşire hastasının hastalığını etkileyen iş, ev ve sosyo-kültürel çevresi hakkında bilgi sahibi olmalıdır (Ünsal 2017).

2.14. Yoğun Bakım Hastalarında Strese Neden Olan Çevresel Faktörler

Tedavi amaçlı hastaneye yatırılan yaşlı hastaların %50'sinde bilinç bulanıklığı görüldüğü belirtilmektedir. Demans yavaş başlamakta, uzun süre devam etmekte ve dönüşü olmayabilmektedir. Hastanede tedavi gören hastaların hemen hemen %10 ila %15'inde deliryum belirtileri görülmektedir. Hastanın biyolojik sorunları ve ortamdaki

stresörler neticesinde bilinç bulanıklığı düzeyinde artış görülebilir (Dedeli ve Durmaz Akyol 2008).

Yoğun bakım hastalarının yaşadığı psikolojik stresi kontrol altına almak için çoğunlukla sedatif ve anksiyete giderici ilaçlar uygulanmaktadır. Sedasyon uygulaması mekanik ventilatöre bağlı olma süresinin artması, uykunun REM (Rapid Eye Movement) evresinin azalması, duyuusal yoksunluk, bradikardi, hipotansiyon, deliryum ve artan bakım maliyeti gibi çeşitli yan etkilere neden olmaktadır (Şirin Gök 2015).

YBÜ'nde hastaların yaşadığı stres nedeniyle ortaya çıkan sorunlar, hastaların sağlığını olumsuz yönde etkileyerek, iyileşme süresini ve hastanede yatış süresini uzatmaktadır. Bu sorunlar, hasta YBÜ'nde tedavi olurken ortaya çıktığı gibi diğer servise transport edildikten ya da taburcu edildikten sonra da ortaya çıkabilmektedir (Üzar Özçetin 2013). Maddox ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir çalışmada (2001), YBÜ'nde tedavi görmüş ve görmemiş hastalarla taburcu olduktan sonraki 6-15. haftalar içinde normal hayata dönme, rutinleri gerçekleştirebilme ve yoğun bakım ortamının yaratmış olabileceği negatif duyguları geride bırakma konularında görüşmeler yapılmıştır. Araştırma sonunda, YBÜ'nde tedavisinin hastaların iyileşme sürecini negatif yönde etkileyen etkenler arasında olduğu saptanmıştır.

Rattray ve Hull'un 2008 yılında hastaların yoğun bakım ünitesinden taburcu olduktan sonra yaşadıkları psikososyal sorunları inceledikleri derlemede, yoğun bakım deneyiminin önemi vurgulanmış, hastaların yoğun bakımdan taburcu olduktan sonra depresyon, anksiyete, travma sonrası stres gibi temel psikososyal sorunlar yaşadıkları saptanmıştır. Yoğun bakım kliniklerinin fiziki ortam özellikleri ile hastalarda görülen arasındaki ilişki üzerine yapılan bir çalışmada, hastaların %69,8'inin devamlı yatakta bulunmaktan, %62,3'ünün radyo, televizyon gibi iletişim araçlarının olmamasından, %35,8'inin ziyaretlerin kısıtlı olmasından, %34'ünün diğer hastaların acı çektiğine ve durumlarının kötüleştiğine şahit olmaktan, %32,1'inin tanıdık olmayan bir ortamda olmaktan rahatsız oldukları saptanmıştır (Tuna 2014).

Zengin'in (2010) makalesinde, ağrı, uyku problemleri, oryantasyon ve bilinç bozukluğu, susuzluk, iştahsızlık, anksiyete, kendini güvende hissetmeme, gürültü, iletişim kuramama ve entotrakeal tüp uygulaması gibi faktörlerin hastaların yoğun bakım ünitesi ile ilgili sorun yaşamalarına neden olduğu belirtilmiştir. Simini'nin (1999) hastaların yoğun bakımı nasıl algıladıklarını araştırdığı çalışmasında, hastaların ağrı,

gürültü, uykusuzluk, susuzluk, açlık, sıcak, soğuk, korku, anksiyete, izolasyon, fiziksel engellenme, bilgi alamama, gün ışığının yokluğu gibi durumları hatırladıkları görülmüş, Novaes ve ark. (1997) yoğun bakımda mevcut stresörler üzere yaptıkları çalışmada, hastalar ağrının varlığı, burun ve ağızlarındaki tüpler, tüplerden kaynaklanan engellenme ve uykusuzluğu ana stresör olarak tanımlamışlardır.

Yapılan çalışmalarda hastaların sadece olumsuz deneyimler yaşamadıkları, bazı hastaların nötr olduğu, bazı hastaların da güvende olmak, güvenli bir çevrede bulunmak ve hemşirelerin verdiği güven duygusunu hissetmek gibi olumlu deneyimler yaşadıkları belirtilmiştir. Hastalar hekimleri güvenli bir bilgi kaynağı olarak, hemşireleri ise öz bakımlarını destekleyen ve geliştiren, bakım veren, sürekli gözlem yapan, kaygılarını azaltan bireyler olarak tanımlamaktadır (Adsay ve Dedeli 2015).

2.14.1. Mekanik Ventilatöre ve Entübasyon Tüpüne Bağlı olmak

Hastanın hava yolunun açıklığının sağlanması ve sürdürülmesi hedeflenerek burun ya da ağız yoluyla larenks'te sağ ve sol ses teli arasında kalan glottis aralığından geçerek trakeaya bir tüpün yerleştirilmesi işlemine entübasyon denir. Mekanik ventilasyon, kendiliğinden solunumunu sürdüremeyen hastalarda, nefes alıp vermeyi sağlamak amacıyla, ayarlanan değişkenlere göre otomatik olarak yaptıran mekanik, elektronik veya pnömatik kontrollü cihazlardır (Tuna 2014; <http://www.tdk.gov.tr/>).

Mekanik ventilatöre ve entübasyon tüpüne bağlı olmak; hastaların konuşamaması, susuzluk yaşamaması, hareket edememesi, mahremiyetini koruyamaması, bağımlı olması, trakeal aspirasyondan rahatsız olması gibi sebeplerden dolayı en önemli stres kaynakları arasında sayılmaktadır. Hastalar yaşamlarının yapay bir cihaza ve onlar için yabancı, iletişim kurmakta sıkıntı yaşadıkları sağlık çalışanlarına bağlı olduklarını düşünmekte, ölüm ile yaşam arasındaki hassas dengede olduklarını hissetmekte, bu durumdan dolayı son derece ağır psikolojik sıkıntılar yaşamaktadırlar. Entübasyon tüpünden kaynaklanan anksiyete ve korkunun mortalite üzerine etkisi olduğu düşünülmektedir (Yava ve Koyuncu 2006; Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz 2013).

2.14.2. Oksijen Maskesi Kullanmak

Yoğun Bakım Ünitelerinde oksijen ihtiyacı olan hastalar oksijen maskeleri kullanmaktadır. Oksijen maskelerinin kişiye uygun olmayan türde kullanılması, maske tespit bantlarının gergin olması, yüzde ve kulakta basınç hissi gibi durumlar yaratması

sonucunda hastada rahatsızlık gelişebilmekte, tüm bu durumlar hasta için stres kaynağı olabilmektedir (Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz 2013).

2.14.3. Ağız Kuruluğu ve Susuzluk

Yoğun bakım hastalarında farklı nedenlerden dolayı sık görülen ağız kuruluğu; tükürük miktarının azalması ya da yokluğu sonucu, ağız Ph değerinin düşmesi, ağzın kendini temizleme mekanizmasının ortadan kalkması sebebiyle ülserasyonların oluşması ve mikroorganizmaların kolonizasyonuna neden olması, dilin, mukozanın ve dudakların çatlak, solgun ve kuru bir hal almasıdır (Dikmen 2017). Oksijen alan hastalarda, oksijenin mukoz membranları kurutması sonucu susuzluk ve ağız kuruluğu daha fazla hissedilmektedir (Çil ve Olgun 2004; Tokem 2010).

Radyoterapi, kemoterapi, sistemik hastalıklar, sıvı kaybı, sürekli oksijen tedavisi, korku, anksiyete, travma ve bazı ilaçların kullanımı, bazı ilaçların yan etkisi (antidepresanlar, antihistaminikler, narkotikler, antikolinergikler, antihipertansifler, diüretikler, antikonvüzyonlar), entübasyon tüpü sebebiyle ağzın sürekli açık kalması, ağızdan besin ve sıvı alınamaması, disfaji/ yutma güçlüğü yoğun bakım hastalarında ağız kuruluğuna neden olan etkenlerdir (Dikmen 2017).

2.14.4. Yorgunluk

Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (North American Nursing Diagnosis- NANDA) (1990) yorgunluk semptomunu, bireyin kendini sürekli olarak tükenmiş hissetmesi, dinlenmekle geçmemesi, fiziksel ve mental olarak çalışma kapasitesinin azalması olarak tanımlamıştır.

Yorgunluk, akut/kronik ve psikolojik hastalıklarla ilişkili, bireyin normal kapasitesini kullanmasına ve fonksiyonlarını yapabilmesine engel olan, birçok mekanizmanın etkileşimiyle ortaya çıkan kompleks, tüm bedenini etkileyen hafif bir bitkinlikten, tükenmişliğe kadar değişen, rahatsızlık verici, subjektif bir semptomdur ve kontrol altına alınmadığında bireyin günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Erdoğan 2016).

Yoğun bakım hastalarında yorgunluk yaygın bir semptomdur. Yorgunluk subjektif bir semptom olduğu için tanılanması, tamamen hastanın deneyimlerine ve yorgunluk hakkında neler yaşadığını söylemesine dayanmaktadır. Yorgunluğun

görünmez olması ve yaşamı tehdit etmemesi, hastalar, hemşireler ve doktorlar tarafından fark edilmesini engelleyip, yönetimini güçleştirebilmektedir (Erdoğan 2016).

Yoğun bakım hastalarında akut kan kaybı, tanı amaçlı kan örneği alma, eritrosit üretiminde azalma, fonksiyonel demir eksikliği ve beslenme yetersizliği gibi durumlar demir eksikliği anemisine neden olmakta ve bu durum YBÜ' nde yatan hastalarda yorgunluğun fizyolojik nedenleri arasında yer almasının yanında kas güçsüzlüğüne de neden olmaktadır. Yoğun bakım hastalarının yaklaşık % 95 inde demir eksikliği anemisi görülmekte ve taburculuk sonrası da devam edebilmektedir (Erdoğan 2016).

Özellikle dispne ve genel yorgunluğu olan hastalarda tam kan sayımı, demir paneli (demir, ferritin, total demir bağlama, transferin) ve retikulosit sayımı yapılması, kan glukozu, hemoglobin/hemotokrit, kan üre nitrojeni (BUN) ve oksijen saturasyonundaki değişikliklerin izlenerek yorgunluğun fizyolojik nedenleri hakkında bilgi edinilmesi önerilmektedir (Erdoğan 2016).

Yapılan çalışmalarda yoğun bakım hastalarında stres, anksiyete ve depresyon gibi psikolojik; anemi, uyku bozukluğu, fiziksel güçsüzlük, kullanılan ilaçlar, beslenme bozukluğu gibi fizyolojik; ışık, gürültü ve ısı gibi çevresel faktörlerin yorgunluğa zemin hazırladığı belirtilmiş; YBÜ' nde yatan hastaların % 57' sinin yaşam kalitelerinin düşük olduğu; eskiye göre kendilerini güçsüz hissettikleri; YBÜ' nde yatan kanser hastalarının yaklaşık % 95' inin kendilerini yorgun hissettiği; ölüm riski yüksek hastaların % 75 oranında yorgunluk deneyimledikleri, kolay yoruldukları, kendilerini güçsüz hissettikleri; ağrı puanlarının düşük olduğu saptanmıştır (Erdoğan 2016).

YBÜ'nde yatan hastaların % 30' dan fazlasının orta düzeyde susuzluk, yorgunluk, açlık hissi, huzursuzluk ve depresif duygu durumu deneyimledikleri; semptomlar arası ilişki düzeyleri incelendiğinde özellikle, yorgunluk semptomunun susuzluk, anksiyete ve huzursuzlukla güçlü ilişki gösterdiği bildirilmiş; YBÜ' nden taburcu olduktan sonraki ilk 4 ayda hastalarda en sık görülen semptomlar olarak; uyku bozukluğu, yorgunluk, güçsüzlük ve ağrı saptanmıştır. YBÜ' nde yatan hastalarda semptom yükünü azaltmak hasta sonuçlarının düzelmesi açısından önemlidir. Yorgunluk, YBÜ' nde uzun vadeli olumsuz hasta sonuçlarını azaltmak için erken tanılanıp, tedavi edilmesi gereken bir semptomdur (Erdoğan 2016).

2.14.5. Uyku Problemleri

İnsanın vazgeçilmez yaşam aktivitelerinden biri olan uyku, kişinin yaşamını ve sağlığını doğrudan etkileyen, insan hayatının yaklaşık üçte birini kaplayan periyodik ve fizyolojik bir süreçtir.

Uykunun, bedenin uyarılara yanıtının azaldığı bir süreç, kişinin hayatını, fizyolojik görevlerini ve davranışsal tepkilerini düzenleyen ve etkileyen uyumlar dizisi, bedenin çevre ile iletişiminin farklı uyarılarla geri döndürülebilir şekilde kesilmesi, duyuşsal uyarıların eksilmesi neticesinde meydana gelen pasif bir olay gibi tanımları yapılmıştır (Erol ve Enç 2009; Aydın ve Gürsoy 2017).

Uykunun işlevi sadece beynin dinlenmesi değildir. Adrenal bez ve büyüme hormonlarının salgılanması, böbreklerden fosfat salınımı, deri onarımı, vitamin kullanımı gibi fizyolojik olaylar gece uykusunda gerçekleşmektedir. Genel olarak REM uykusunun zihni yenilediği, non-REM uykusunun vücudu yenilediği kabul edilir.

Uykusuzluk, YBÜ'nde tedavi gören hastaların bağışıklık sistemlerini zayıflatmakta, yara iyileşme sürecini uzatmakta, görsel sanrılara ve deliryuma sebep olabilmektedir (Erol ve Enç 2009; Aydın ve Gürsoy 2017).

Uykusuzluk fonksiyonel olarak, bireyin uykuya dalma, uykuyu devam ettirme, sonlandırmaya ilişkin sorun yaşadığı, uygun zaman diliminde nitelikli uyuyamadığı için dinlenemediği, yeni bir güne hazır olamadığı durum, dinlendirici olmayan uykudur. Uykusuzluk, hastanın sağlığını olumsuz etkilemekte, iyileşme prosesini uzatmakta ve hastanede yatış süresini artırmaktadır. Yapılan çalışmalar sonucunda, yoğun bakım kliniğinde 3-5 gün süreyle tedavi gören hastaların %24'ünde ciddi ve %16'sında orta derecede uyku bozukluğu olduğunu belirtmişlerdir (Erol ve Enç 2009; Aydın ve Gürsoy 2017).

YBÜ'nde yatan hastalarda fiziksel durum, tanı, tedavi ve bakım prosedürleri, gizlilik kaybı, invaziv girişimler, yabancı aletler, hemşirelik girişimleri, ilaç tedavisi, ağrı, çevresel gürültü, ışıklandırma, hoş olmayan kokular, aileden uzak kalma, ölüm korkusu gibi pek çok nedenle uyku problemleri görülebilmektedir (Tunçay ve Uçar 2010; Akdemir 2013). Yoğun bakım kliniklerinde tedavi gören hastaların uyku problemlerinin sadece yoğun bakımda tedavi gördükleri süreçte değil, taburcu olduktan sonra da sürdüğü saptanmıştır. Yoğun bakım kliniğinde tedavi gören ve taburcu olduktan sonra 1 yıl boyunca izlenen 60 hastada uyku sorunları araştırılmış ve hastaların

%47'sinde yoğun bakım ünitesinde tedavi gördüğü süreçte uyku problemi geliştiği, %43'ünün taburcu olduktan sonra da uyku sorunu yaşadığı ve %30'unun da yoğun bakım tedavisinden önceki dönemden çok daha kötü uyku niteliğine sahip oldukları saptanmıştır. (Tunçay 2010; Little, Either, Ayas, Thanachayanont, Jiang and Mehta 2012; Üzar Özçetin 2013; Yalın 2016). Yılmaz ve ark. (2008) uyku düzeninin hastaneye yatırıldıktan sonra etkilendiğini ve diğer hastaların seslerinin en önemli gürültü nedeni olduğunu belirtmişler, Karagözoğlu ve ark. (2007) hastane ortamında uykuyu etkileyen çevresel ve kurumsal faktörleri inceledikleri çalışmada, hastaların %58'i odanın havasız kalması, % 45'i uyurken yapılan uygulamalar, % 44,5' i odada fazla hasta olması, % 41'i ortam değişikliği, % 40'ı odaya sık giriş-çıkış olması, % 36'sı odanın fazla sıcak olması nedeniyle uykularının etkilendiğini belirtmişler, Gabor ve ark. (2001) yoğun bakımda hastaların uykularını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, ilaç uygulamalarının hastaların uykularının bölünmesine neden olduğunu belirtmişlerdir.

2.14.6. Ziyaretin Kısıtlı Olması

Hastalar ve hasta yakınları için hastane ve hastalık yabancı ve ürkütücü bir durumdur. Yoğun bakım ünitesi şartları, hastaların kötü zamanlarında yakınlarının yanlarında olmalarını ve yakınları ile paylaşımını engelleyen birçok etkeni bir arada bulundurması sebebiyle, yoğun bakımda tedavi gören bilinci açık hastaların kendilerini kötü hissetmelerine sebep olmaktadır (Torun, Kadioğlu ve Öztunç 2012; Balcı Akpınar 2015).

Kişinin hastaneye yatırılması, hastalık durumu ve tedavi için yapılan uygulamaların karmaşıklığı ve zorluğu kişinin bağımsızlık kaybına, yabancı ortama uyum sağlama çabası yaşamasına, sosyal rol kaybına, yaşamını tehdit altında hissetmesine, ölüm korkusu yaşamasına ve travmatik streslerle karşılaşmasına sebep olmaktadır (Torun, Kadioğlu ve Öztunç 2012; Balcı Akpınar 2015).

Yoğun bakım ünitelerinde hasta ziyaretinin; hastanın kendini değerli ve önemli hissetmesine, iyileşme isteğinin ve tedaviye katılımının desteklemesine, iyileşme sürecinin hızlanmasına, benlik bilincinin korunmasına ve bu bağlamda hastanede yatış süresini kısaltmasına katkıda bulunduğu bilinmektedir (Torun, Kadioğlu ve Öztunç 2012; Balcı Akpınar 2015).

Bilinci açık hastaların yoğun bakım ünitesinde yaşadıkları yoğun ölüm korkusu, eş, dost ve yakınlarını son bir kez görme isteği doğurmaktadır. Hasta özellikle akut bir tablo ile yoğun bakım ünitesine kabul edilmişse, yoğun bir stres yaşamaktadır. Hastaların eş, dost ve yakınları ile görüşmemeleri veya ziyaretin sınırlandırılması hastaların yalnızlık ve terk edilmişlik duygusuna kapılmasına neden olmakta, yoğun bakım ortamındaki diğer çevresel etmenlerin etkisi ile hastada içe kapanıklık ve duygusal yoksunluğa sebep olmaktadır. Yoğun bakımdaki bilinci açık hastaların daha fazla moral ve desteğe ihtiyaçları vardır, çünkü ortamın tüm karmaşasına tanıklık ederler. Hastanın aile üyeleri ile yaptığı görüşme, bağımsızlığını desteklemekte, iyileşme sürecini hızlandırabilmekte, sosyal rollerinin sürmekte olduğu güvencesini vermektedir (Torun, Kadioğlu ve Öztunç 2012; Balcı Akpınar 2015).

Ziyaret tamamen kısıtlı, hasta kontrollü, kısıtlı, esnek ya da yapılandırılmış olarak uygulanabilmektedir. Esnek, yapılandırılmış ve kısıtlı ziyarette sağlık ekibi tarafından belirlenen zaman dilimi içinde ve sürede ziyaret gerçekleştirilmekte; hasta kontrollü ziyarette, ziyaret edecek kişiyi ve ziyaretin ne zaman, hangi sürede gerçekleşeceğinin kararını hasta vermekte; açık ziyarette hasta ve ailelerin talep ettiği saat ve sürede ziyaret yapılmaktadır (Akın ve Arıboğan 2006; Taşdemir ve Özşaker 2007; Terzi ve Kaya 2011; Karabacak ve ark.2012).

Hasta ziyareti hasta ve aile yönünden destek olarak düşünülmekte fakat ziyaret için pozitif ve negatif olarak iki farklı görüş bulunmaktadır. Ziyaretin hastanın yaşama ve iyileşme isteği üzerinde olumlu etkisi olduğunu vurgulayan; serbest ya da esnek ziyaretin hasta üzerinde olumsuz bir fizyolojik durum yaratmadığını ileri sürerek pozitif etkisini savunan ve ziyaretin hastayı yorabileceğini; heyecan yaratarak nabız ve kan basıncı değerlerini yükseltebileceğini ileri süren; hasta için engel olarak gören; çalışanın zaman ve enerjisini tüketeceğini; karmaşaya yol açarak bakımı ve tıbbi tedaviyi engelleyebileceğini; diğer hastaların mahremiyetini engelleyebileceğini; enfeksiyona sebep olabileceğini; şiddet ve güvenlik ile ilgili sorunlar yaşatabileceğini ileri sürerek negatif etkisini savunan iki farklı görüş olduğundan dolayı ziyaretin şekli, süresi, hangi sıklıkta yapılacağına ilişkin tutumların oldukça değişken olduğu bilinmektedir (Akın ve Arıboğan 2006; Taşdemir ve Özşaker 2007; Terzi ve Kaya 2011; Karabacak ve ark.2012).

Yoğun bakım ünitelerindeki engelleyici ve zorlayıcı ziyaret planlamalarının yatan hastaları olduğu kadar hasta yakınlarını da olumsuz etkilediği yapılan araştırmalarda saptanmıştır. Hasta yakınlarının hastalarını en son yoğun bakım giriş kapısından içeri girerken görmesi ve daha sonra hangi şartlarda göreceğini bilmeden kapı önünde uzun süre beklemesi, panik ve kaybetme korkusuna neden olmaktadır. Yoğun bakımda hastası olan hasta yakınlarının ihtiyaçlarına yönelik yapılan bir kaynak tarama çalışmasında saptanan; hasta yakınlarının her gün hekim ve hemşireden hastalarına ilişkin bilgi almak istemeleridir (Torun, Kadioğlu ve Öztunç 2012; Balcı Akpınar 2015).

Smith ve ark. (2009) YBÜ'nde ziyaretin etkisi üzerine farklı ülkelerdeki yoğun bakım ortamlarında yapılan 15 çalışmayı içeren sistematik derlemesinde, YB ortamında açık ziyaretin hasta ve yakını için memnuniyeti arttırmada ve anksiyeteyi azaltmada etkili olabileceği, açık ziyaret ile sessiz saat olarak adlandırılan ziyaretin olmadığı sürelerin kombine olarak uygulandığı ziyaret uygulamasının hasta, hasta yakını ve sağlık çalışanı açısından yararlı olabileceği belirtilmiştir.

2.14.7. Gürültü ve Işık

Türk Dil Kurumu (TDK) sözlüğüne göre aralarında uyum bulunmayan düzensiz seslerin bütünü, şamata, patırtı olarak tanımlanan gürültü ortamın sakinliğini ve kalitesini bozduğundan dolayı yoğun bakım kliniklerinde tedavi gören hastalar için ortak uyarandır. Yoğun bakımdaki teknolojik cihazların tek düze sesler çıkarması yoğun bakımdaki gürültünün esas sebebidir. Yoğun bakım ünitelerindeki teknolojik ekipmanların çıkardığı gürültünün yanı sıra ünite çalışanlarının gülmeleri/ kahkahaları ve yüksek sesle konuşmaları da tedavi olan hastalar için oldukça rahatsız edicidir. Yoğun bakımda tedavi olan hastalar bu seslerle sürekli karşı karşıya kaldıkları için, tedavi sona erdiğinde de normal hayata uyum sağlamada sıkıntı yaşamaktadırlar (<http://www.tdk.gov.tr/> Özdemir 2010; Uzelli ve Korhan 2014; Aydın ve Gürsoy 2014; Durmaz Akyol 2017).

Çevre Koruma Ajansına (Enviromental Protection Agency EPA-ABD) göre yoğun bakım ünitelerinde çevresel gürültünün gündüz 45 dB'i, akşam 40 dB'i, geceleri ise 20 dB'i geçmemesi gerektiği belirtilmektedir. Gürültü düzeyinin 50-55 dB üzeri olduğunda uyku düzeninin, 80 dB olduğunda ise fonksiyonel bozukluklara yol açacağı

belirtilmektedir (Özdemir 2010; Uzelli ve Korhan 2014; Aydın ve Gürsoy 2014; Durmaz Akyol 2017).

Aydınlatma veya ışıklandırma ise; alıcının önünde yer alan konunun, nesnelere ve çevrelerinin görülebilmesi amacıyla ışık uygulanması olarak tanımlanmaktadır. Yoğun bakım üniteleri genellikle penceresiz, güneş almayan ortamlar olduğu için 24 saat yapay aydınlatma kullanılmakta, bu da hastalarda uyku-uyanıklık döngüsünü sağlayan aydınlık-karanlık döngüsünün bozulmasına sebep olmaktadır.

Yoğun bakım ünitelerinin penceresiz, kesintisiz yapay aydınlatmalı ve gürültülü ortamlar olmasından dolayı, yoğun bakım ünitelerinde tedavi gören hastaların huzursuz oldukları, algılamalarının negatif yönde etkilendiği, uykusuz kaldıkları, davranış bozuklukları gösterdikleri, öfkeli, meraklı, alıngan, sıkıntılı, sinirli davranışlar sergiledikleri, depresyona meyilli oldukları, ağrı eşiklerinin daha düşük olduğu ve sonucunda kuvvetli analjezikler, yüksek dozda sedatif ve narkotik ilaçlara gereksinim duydukları görülmektedir (Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz 2013; Uzun ve Yavşan 2014; Yalın 2016; Malak Akgün ve Akgün 2017; Aydın ve Gürsoy 2017; <http://www.tdk.gov.tr/>).

Tunçay ve Uçar'ın (2010) çalışmasında hastaların % 26,4'ü makinelerin seslerinden rahatsız olduklarını belirtmişlerdir. Akdemir'in (2013) hastaların yoğun bakım deneyimleri üzerine yapmış olduğu çalışmasında, hastaların % 67,5'i ses düzeyinin rahatsız edici olduğunu belirtmişlerdir. Yapılan çalışmalar gürültünün sosyal etkileşimde bozulmaya neden olduğunu, stres, depresyon ve deliryuma sebep olduğunu, hastaların % 72' sinin ortamdaki gürültüden dolayı gergin, sıkıntılı, sinirli hissettiklerini, yoğun bakım ünitesindeki hastalar için gürültünün anksiyete nedeni olarak önemli bir etken olduğunu, yoğun bakım ünitelerindeki ses düzeyinin önerilenin çok üzerinde olmasından dolayı hastaların psikolojik durumunun olumsuz etkilendiğini, uyku uyum bozuklukları yaşadıklarını göstermektedir (Malak Akgün ve Akgün 2017).

2.14.8. Dokunma

Dokunma hasta için önemli bir uyarı olmakta, doğru kullanıldığında hasta için tedavi olabilirken, yanlış kullanıldığında hastada uyarı fazlalığına neden olabilir. Tanı, tedavi ve bakım işlemlerinin belli bir düzene uyulmadan sık aralıklarla yapılması, hastaya sık dokunulması, dokunmadan önce yapılacak olan işlemin ne olduğu ve işlem esnasında ne hissedebileceğinin açıklanmaması, sonrasında dokunma ile acı, ağrı veren

bir işlem yapılması hastanın yoğun stres yaşamasına sebep olmaktadır (Yalın 2016; Aydın ve Gürsoy 2017).

2.14.9. İletişim Sorunları

Türk Dil Kurumu sözlüğüne göre iletişim; bilgi, duygu veya düşüncelerin akla gelebilecek her türlü yolla başkalarına aktarılması, haberleşme, iletişim, bildirişim olarak tanımlanmaktadır (<http://www.tdk.gov.tr/>).

Yoğun bakım ünitelerinde farklı özelliklerde hasta grupları (bilinci açık- kapalı, entübe ve bilinci açık-kapalı) tedavi edilmektedir. Entübasyon yoğun bakımda tedavi gören hastalarda sıklıkla uygulanan ve hastanın iletişimini olumsuz etkileyen bir uygulamadır. Entübe ve bilinci açık hastalar kendi durumunun farkındadırlar fakat sağlık çalışanları ve yakınları ile sözel iletişim kuramazlar. Entübasyon ve ventilatör hastanın duygu, düşünce ve gereksinimlerini paylaşmasını engeller. Bu hastaların bilmedikleri farklı ortamda olmaları, acil olarak yoğun bakıma kabul edilmeleri, çevresinde tanımadığı kişilerin olması hastaların iletişimde sorun yaşamalarına, kaygı seviyelerinin artmasına ve psikososyal sorunlar yaşamalarına sebep olabilmektedir (Tuna 2014; Aktaş 2016).

Mekanik ventilasyon alan hasta ile işlevsel bir ilişki kurulması gereklidir, çünkü hastaya olumlu etkisi olan bir hemşirelik bakımı için ön şart hasta ile kurulan başarılı bir işbirliğidir. İletişim sayesinde hemşire-hasta arasında yardım ilişkisi kurulur, problemler tanımlanır, problem çözme ve stresle başa çıkma durumlarına yardımcı olunur. İletişim bakımın oluşturulmasında, şekillendirilmesinde ve yönlendirilmesinde de önemli bir araçtır. Yoğun bakımda tedavi olan hastalar, bakımlarını ve tedavilerini üstlenen hemşirelerle iletişim kurma ihtiyacı duyarlar. İletişim, hemşirelik mesleğinde sistemsel dengenin sağlanması, korunması amacıyla kullanılan tüm proseslerin en önemlisidir ve hastaların diğer bireylerle etkileşim kurabilmesi, gerçeklerle bağlantı kurabilmesi ve kendilerini değerli hissetmeleri açısından önemlidir. Bu sebeple iletişim, hastanın yoğun bakım ünitesine kabulü ile başlatılmalı, hasta yoğun bakım ünitesine dair bilgilendirilmeli, böylelikle yoğun bakım ünitesinde yatmaya bağlı gelişebilecek iletişimsel sorunların önüne geçilmelidir (Tuna 2014; Aktaş 2016).

Orlando, Travelbee, Roper, Peplau gibi hemşire kuramcılar hemşireliğin kişilerarası etkileşim süreci olduğu görüşünü benimsemişlerdir (Tuna 2014; Aktaş 2016).

Yoğun bakım ünitesinde yatan hastalar entübasyon, sedasyon, bilinç değişiklikleri gibi farklı sebeplerle iletişim sorunları yaşayabilmektedir. YBÜ'nde hastaların iletişim sorunları yaşamaları, ne istediklerini anlatamamaları öfkeye neden olabilmektedir. Akdemir'in (2013) çalışmasında problemlerini ifade edemeyen hastaların yoğun bakım deneyimlerinin ifade edebilen hastalara oranla olumsuz olduğu saptanmış, Harrison ve ark. (2002) yapmış oldukları çalışmada yoğun bakım ünitesi hemşirelerinin çalışma sürelerinin %85'ini doğrudan hasta bakımı aktiviteleri ile geçirdikleri ve bu zamanın sadece %3'ünde hasta ile sözel iletişim kurduklarını saptamıştır.

Yoğun bakım ünitelerinde hasta- hemşire iletişimine engel olan birçok faktör vardır. Bunlar; sağlık çalışanlarına, hastaya, çevreye, ekip içi iletişim kopukluğundan, rol ve görev dağılımındaki sorunlardan kaynaklanan etkenler olabilir (Tuna 2014).

Sağlık çalışanının iletişimi başlatmak için istek duymaması, sözel olmayan iletişim metotlarını kullanmaması, hastayı yeterli derecede tanımaması, dudak okuyamaması, ekip arasında nöbet devirlerinin yalnızca fizyolojik ve teknik değerlendirme ölçütleriyle yapılması, psikolojik durumun önemsenmemesi, iş tecrübesinin az olması, yoğun çalışma temposu ve iş yükünün çok fazla olması, hastaların sağlığındaki belirsizlik durumları, sağlık çalışanlarının kendi özel sorunları ve tedirginlikleri sağlık çalışanından kaynaklanan etkenlerdir (Tuna 2014).

Hastalığın kritik olması, şuur seviyesinde azalma, motor zayıflık, koma durumu, depresyon, sedasyon altında olma, korku hissetme, hareketlerin kısıtlanması, hastanın kullandığı dilin bilinmemesi, yazı yazmakta yetersizliği, destek unsurlarının azlığı, solunum desteği için entübasyon tüpü, trakeostomi kanülü ve ventilasyon cihazı gibi araç ve cihazlara bağlı olması hastaya ait etkenlerdir (Tuna 2014).

Teknolojik cihazlardan kaynaklanan rahatsız edici sesler, çok sayıda hizmet veren sağlık çalışanı, ziyaretçi kısıtlaması, izolasyon, ziyaretçilerin konuşmaktan tedirgin olması, korkması, konsültasyonlar; giriş-çıkışlar, yoğun bakımda olan her konuşmayı, sesi, olayı duyma ve şahit olma, mahremiyetin yoksunluğu ve gece-gündüz ayrımının yapılamaması, ayaküstü ve mesafeli ortam, uyarıcı azlığı çevreye ait faktörlerdir.

Hemşire-hekim arasında sorumluluk sınırının belirsiz olması, sağlık çalışanlarının bazı sorumluluklarından kaçması veya üstlenebileceğinden daha fazla

sorumluluk alması, birbirlerinin sorumluluk sınırlarına müdahale etmesi, uyumsuzluk, anlaşmazlık ve buna bağlı olarak gelişen iletişim problemleri de ekip içi iletişim kopukluğundan, rol ve görev dağılımındaki sorunlardan kaynaklanan etkenlerdir.

Türkiye’ de yapılan entübe hastalardaki iletişim güçlükleri ve bunun iyileşme sürecine olan etkisinin incelendiği bir çalışmada etkili ve doğru iletişimin hastaların anksiyete düzeyinin azalmasında ve yoğun bakım sürecinin kısalmasında etkili olduğu saptanmıştır (Tuna 2014).

2.14.10. Mahremiyetin Olmaması

TDK sözlüğüne gizlilik olarak tanımlanan mahremiyet, Arapça kökenli bir sözcük olup, bireylerin, kurumların veya grupların maddi ve manevi değerler bütünlüğünü, düşünce, ilişki, beden, hislerine ait bilgileri ve başkalarının bilinmesini istemediği her şeyi kontrol edebilmesi, kendilerine ait bilgilerin erişiminin engellenmesi ve bu bilgilerin ne ölçüde, nasıl ve ne zaman başkalarına aktarılacağını kendilerinin belirleme hakkıdır (Akten 2017; <http://www.tdk.gov.tr/>).

Mahremiyetin korunması bireyin saygınlığı ve yaşam kontrolü açısından çok önemlidir ve özerkliğinin ifadesidir. Sağlık hizmeti alanlar yasal olarak gizliliğin garantisi altındadır ve bu da bireyin, fiziksel ruhsal ve sosyal açılardan mahremiyetinin korunmasını gerektirmektedir. Yoğun bakımlar fiziksel, tıbbi ve kayıtlı/kayıtsız bilgi mahremiyetinin korunması açısından özel bir dikkat gerektiren ünitelerdir.

İnsan hayatı için son derece önemli olan, eski çağlardan beri var olan, her bireyi hayatının her aşamasında ilgilendiren mahremiyet hakkı, ancak kişinin izni ve isteği ile ortadan kalkabilmektedir. Kişinin gizli kalmasını istediği bilgilerin izin alınmaksızın karıştırılması ve açığa vurulması, bilgilerin kişinin yanlış anlaşılmasına neden olabilecek şekilde yanlış aktarılması, kişiyi maddi ve manevi yönden zarara uğratabilecek şekilde ortaya konması mahremiyet ihlali olarak ifade edilir. İlk meslek etiği kuralları olarak sayılabilecek Hipokrat Yemininde de hastaların gizliliği için mesleğin icrası sırasında hastaların gizliliği hakkında edinilen bilgilerin saçılmaması ve kimseye açıklanmaması, sır olarak saklanması yönünde bir söz vardır (Karabacak, Şenturan, Özdilek, Şimşek, Karateke, Eti Aslan, Yıldız, Kaya ve Ertekin 2012; Çevik Akyl 2017; Akten 2017).

Sağlık hizmetleri mahremiyet ihtiyacının en fazla hissedildiği alanlardan biridir. Sağlık çalışanları hastalara yapılan tıbbi müdahaleler esnasında hastaların mahremiyetlerinin korunmasına ve hastaların bu haklarını açıkça istemelerine saygı göstermelidir. Mahremiyet ihlal edildiğinde hasta sosyal ve psikolojik olarak zarar görmektedir. Hasta mahremiyeti sadece tanı, tedavi ve muayene esnasında değil, tedavi sonrası sağlık harcamalarının kaynağının gizli tutulmasını da kapsamakta, taburculuk hatta ölüm gerçekleşse bile devam etmesi gereken en önemli etik değerlerden biridir.

Hasta Hakları Yönetmeliği (HHY) sağlık hizmeti veren kurumlarda hasta mahremiyetine özen gösterilmesini sistemli olarak Hastane Kalite Standartları uygulamaları ile başlatmıştır. Yataklı tedavi kurumlarına yapılan periyodik denetimlerle hasta mahremiyetine gereken özen vurgulanmakta, adli gerekçeler dışında hastalara ilişkin kişisel ve tıbbi bilgilerin açıklanamayacağı belirtilmektedir. Sağlık çalışanlarının, bilginin hastanın manevi yapısına zarar verebileceğini öngördüğü durumda, hastayı olası zararlardan korumak için bilgiyi gizlemesi de imtiyaz hakkı kapsamındadır.

Sağlık hizmetinin verilmesi nedeniyle elde edilen bilgilerin, kanun ile müsaade edilen haller dışında, hiçbir şekilde açıklanamayacağı Hasta Hakları Yönetmeliği'nde yer almaktadır. Özel hayatın gizliliği ve mahremiyet hakkı bütün evrensel insan hakları metinlerinde güvence altına alınmış, özel hayatın dokunulmazlığı konusunda devletlere koruyucu önlemler almaları konusunda ödevler yüklenmiştir. Anayasa ve Türk Ceza Kanunu'nda korunan bu hakkın ihlalinde (TCK134m/136m), ihlali gerçekleştiren kişilerin cezalandırılması gerekmektedir.

Hasta hakları yönetmeliğine göre ilgili mevzuat hükümleri ve /veya yetkili mercilerce alınacak tedbirlerin gerektirdiği haller dışında; kişinin, sağlık durumu hakkında kendisinin, yakınlarının ya da hiç kimsenin bilgilendirilmemesini talep edebilme hakkı bulunmaktadır (Karabacak, Şenturan, Özdilek, Şimşek, Karateke, Eti Aslan, Yıldız, Kaya ve Ertekin 2012; Çevik Akyl 2017; Akten 2017).

Hasta Hakları Yönetmeliği' nin 21. maddesinde Mahremiyete Saygı Gösterilmesi başlığı altındaki 3 fıkra beden mahremiyetine özeni hükme bağlamıştır:

- Muayenenin, teşhisin, tedavinin ve hasta ile doğrudan teması gerektiren diğer işlemlerin makul bir gizlilik ortamında gerçekleştirilmesi gerekir,

- Eğitim verilen sağlık kurum ve kuruluşlarında, hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olmayanların tıbbi müdahale sırasında bulunması gerekli ise; önceden veya tedavi sırasında bunun için hastanın ayrıca rızası alınır,

- Tedavisi ile doğrudan ilgili olmayan kimselerin, tıbbi müdahale sırasında bulunmamasını isteyebilir (Karabacak, Şenturan, Özdilek, Şimşek, Karateke, Eti Aslan, Yıldız, Kaya ve Ertekin 2012; Çevik Akyıl 2017; Akten 2017).

Kurumların hasta merkezli sağlık hizmetlerine önem vermeleri, fiziksel alanların yeniden yapılanması, sağlık çalışanlarının bu konuda eğitilmesi, etik konusunda bilgilendirilmesi, hasta mahremiyetine gösterilen saygının artmasının sağlanması sonucunda hasta memnuniyetinin de arttığı; sağlık çalışanlarının % 59,2' sinin mahremiyet hakkını tedavi kadar önemli bulmadıkları yapılan çalışmalar sonucunda saptanmıştır. Sağlık hizmeti sunarken hasta sayısının fazlalığı nedeniyle mahremiyete gereken özenin gösterilemediği tespit edilmiştir. Çalışma sonucunda sağlık çalışanlarının mahremiyet hakkı konusunda eğitim ihtiyacı olduğu görülmüştür (Karabacak, Şenturan, Özdilek, Şimşek, Karateke, Eti Aslan, Yıldız, Kaya ve Ertekin 2012; Çevik Akyıl 2017; Akten 2017).

Yapılan çalışmalarda mahremiyetin boyutları farklı şekillerde gruplandırılmıştır. Belsey ve Chadwick mahremiyeti 3 grupta tanımlamıştır. Bunlardan ilki bedensel veya fiziksel mahremiyettir. Bedenin sadece fiziksel temastan değil, görsel temastan da uzak bir şekilde varlığını sürdüreceği bir alanı tanımlamaktadır. İkincisi zihinsel veya iletişimsel mahremiyettir. Kişinin kendi arzu, duygu ve düşüncelerini sözel veya psikolojik bir müdahale olmaksızın kendisiyle yaşayabileceği ve istemi doğrultusunda kayıtlarını tutabileceği bir alanı tanımlamaktadır. Üçüncüsü de bilgi mahremiyetidir. Bireye ait bilgilerin kendi bilgi ve onamını içeren yasal koşullar olmaksızın başkaları ile paylaşılmamasını tanımlamaktadır. Tanılır ise mahremiyeti kişi mahremiyeti, bilgi mahremiyeti ve mekânsal mahremiyet olarak üç gruba ayırmıştır. Kişi mahremiyetinde haksız müdahalelere karşı kişilerin korunması gerektiğini, bilgi mahremiyetinde bilgi güvenliğinin korunması gerektiğini, mekânsal mahremiyette de fiziksel alanın korunması gerektiğini belirtmiştir (Karabacak, Şenturan, Özdilek, Şimşek, Karateke, Eti Aslan, Yıldız, Kaya ve Ertekin 2012; Çevik Akyıl 2017; Akten 2017).

YBÜ' nde bakıma gereksinim duyan kişinin kendi gereksinimlerini bağımsız olarak karşılayabilecek güç, istek, bilgi, beceri ve yetenekten yoksun olması ya da bu

konuda bağımlı olması nedeniyle karşılayamaması sebebiyle kişi kendini bakım veren kişiden güçsüz hisseder. Bakıma ihtiyaç duyan kişi değer verdiği şeyleri; bedenini, sağlığını, yaşamını, mahrem yönlerini bakım veren kişiye emanet eder.

Sağlık bakım bilgilerinin gizliliği ve güvenilirliği açısından bilgilerin saklanması, depolanması önem teşkil eder. Teknolojinin yararlarının yanında, sağlık bilgilerinin kayıt altına alınması, aktarılması ve desteklenmesini sağlayan elektronik yöntemler güvenilirlik açısından istenmeyen yönlere de sahiptir. Kişisel bilgilerin elektronik ortamda tutulması nedeniyle doğabilecek sakıncaları önlemek için gerekli tedbirlerin alınması önemli bir konudur. Hastalarla ilgili kayıtların gizliliğine özen göstermek ve kayıtlara hastanın bakım ve tedavisiyle doğrudan ilgili olmayan kişilerin ulaşmasını engellemek açısından günün her saatinde görevli sağlık çalışanı dışında ilgisi olmayan kişilerin servise girmelerinin, kontrollü geçiş özelliği olan kapılar konarak engellenmesi ve gerektiğinde girişlerin yeterli sayıda güvenlik kamerası ile izlenmesinin sağlanması bilgi mahremiyeti açısından gerekli ve önemlidir.

Yoğun bakım hasta yakınların bilgilendirilmesi konusunda sağlık çalışanı önemli bilgileri paylaşmadan önce hastanın diğer kişileri yanında isteyip istemediği sorulmalı, karar aşamasındaki tercihini bildirmesi sağlanmalıdır. Bu bilgileri alırken ya da karar verirken yanında birisini isteyip istemediğini bildiren bir form kullanılmalıdır (Karabacak, Şenturan, Özdilek, Şimşek, Karateke, Eti Aslan, Yıldız, Kaya ve Ertekin 2012; Çevik Akyıl 2017; Akten 2017).

2.14.11. Ağrı

Ağrı çok boyutlu bir kavramdır ve her bireyin hayatı boyunca karşılaşılabileceği öznel bir deneyimdir. Ağrı, organizmayı tehdit eden, vücudun herhangi bir bölümünden kaynaklanan, var olan ya da olası doku hasarına eşlik eden, acil dikkat gerektiren, bireyde panik duygusuna neden olan, hoş gitmeyen duyuşsal ve emosyonel deneyim ve bir korunma mekanizmasıdır. Ağrı hastanın davranış ve düşüncelerini bozan, davranışsal tepkilere yol açan, uyum sağlanamayan, önceki deneyimleri ile etkilenebilen, hastayı bunaltan, hoş olmayan karmaşık algılamalarla ilgili bir deneyimdir.

Yoğun bakım hastalarında ağrı ciddi bir sorun ve majör stresördür. Yoğun bakım ünitelerinde hastanın sağlık sorunlarından kaynaklanan nedenler, tanılayıcı uygulamalar, uygulanan tedavi ve bakım girişimleri, invaziv ve noninvaziv ventilasyon

yöntemleri, uzun süre yatağa bağımlı kalmak, immobilité, cerrahi girişim, travma, yanık, sepsis, endotrakeal aspirasyon, ekstübasyon, katater yerleştirilmesi ve çıkarılması, dren takılması ve çıkarılması gibi çok sayıda invazif girişimler, basınç yaraları, yara bakımı, pansuman değişimi, derin solunum ve öksürme egzersizleri, pozisyon değişimi, rehabilitasyon uygulamaları, hasta nakilleri gibi uygulamalar nedeniyle hastaların orta ya da şiddetli düzeyde ağrı deneyimledikleri belirtilmiştir. YBÜ’de diğer birimlere göre ağrı kaynaklarının varlığı daha fazladır. Yoğun bakım ünitesinin fiziksel ortamı, işlem öncesi bilgi verilmemesi, anksiyete, ölüm korkusu gibi durumlar ağrının artmasına sebep olabilmektedir (Eti Aslan ve Karadağ 2007; Akdemir 2013; Çelik 2016; 2016).

Bilinçsiz ve paraplejik hastalarının ağrısının olmadığını düşünmek doğru bir yaklaşım değildir. Entübe ve sedatize olduğu için kendini sözel olarak ifade edemeyen yoğun bakım hastaları, ağrıya neden olan zararlı uyaranlardan kurtulma çabalarını ve yardım çağrılarını huzursuzluk, irkilme, yüz buruşturma, kaş çatma, gözlerini kapatma, dişlerini sıkma, hemşirenin kolunu tutma, ayaklarını/ kollarını hareket ettirme veya kaskatı olma gibi bazı davranış veya tepkilerle belirtmeye çalışabilirler. Yoğun bakım hastalarında vücut hareketlerinde görülen tepkisel davranışlar, entübe ve iletişim sorunu olan hastalarda sözel olmayan iletişim yolu olarak sıklıkla kullanılmaktadır.

Ağrıya uygun yaklaşım için ağrının doğru biçimde değerlendirilmesi önemlidir. Mekanik ventilasyon desteğinde takip edilen durumu kritik hastalarda ağrı yönetimi yoğun bakım tedavisinin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Yoğun bakım hastalarında bakımın en önemli yönü etkili ağrı yönetimidir. Ağrıyı en geçerli ve en doğru tanılama şekli, bireyin ağrısını sözel olarak ifade etmesidir. Ağrı değerlendirilmesinde hasta davranışları ve fizyolojik parametreler göz önünde tutulur. Fizyolojik parametreler olan kan basıncı, kalp hızı, solunum hızı, pupilla dilatasyonu, terleme ve solgunluk gibi belirtiler şok ve kanama gibi durumlarda da ortaya çıkabildiği için ağrı değerlendirilmesinde güvenilir değildir. Davranışsal ağrı göstergeleri olarak hastanın yüz ifadesinde değişiklik (kaşlarını çatma, irkilme, ağlama, yüzünü ekşitme), hareketlerde değişiklik (sert, koruyucu postür), ventilasyona uyumsuzluk (ağzını kapatma, öksürme) görülmektedir.

Ağrının şiddetini ölçmek amacıyla Sayısal Değerlendirme Skalası (Numerical Ranking Scale), Yüz İfadesi Skalası (Face Scale), Görsel Analog Skala (Visual Analog

Scale) kullanılmaktadır. Yoğun bakım hemşireleri hastanın klinik durumunu sürekli izledikleri için ağrı değerlendirmesinde ve yönetiminde etkin roldeyirler. Aile üyelerinin hastanın tepkilerini değerlendirmesi de bu konuda fikir verebilir.

Yoğun bakımda tedavi gören hastalarda sıklıkla görülen ve ciddi rahatsızlık veren bu deneyim, doğru tanımlanmaz ve yeterli tedavi edilmezse solunumun kısıtlanıp kardiyovasküler problemlerin artmasına, pulmoner komplikasyonlara, ciddi vazokonstriksiyona, oksijen tüketiminde ve endojen katekolamin aktivitesinde artışa, oksijen saturasyonunda azalmaya, doku iskemisine, post travmatik stres bozukluğuna, bağışıklık sisteminin baskılanmasına, ajitasyona, deliryuma ya da depresyon gibi ciddi psikolojik ve fizyolojik komplikasyonlara sebep olabilmekte, mortalite ve morbiditeyi olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Demir 2012; Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz 2013; Sarıhasan ve Üstün 2013; Yaman Aktaş, Karabulut, Yılmaz ve Özkan 2015; Çelik 2016).

2.14.12. Isı, Nem Klimatizasyon ve Havalandırma Sistemi

Yoğun bakım ünitelerinde ısı ve nem oranı özellikle üzerinde durulması gereken bir konudur. Özellikle merkezi klima sistemlerinin kullanıldığı yoğun bakım ünitelerinde ısı ve nem en önemli parametrelerdendir.

Isı her birim için ayarlanabilir olmalıdır. İdeal ısı hasta odasında 16-27°C, kirli odasında 16-21°C, personel odaları ve açık alanda 18-21°C, ideal nem oranı % 30-60 olmalıdır. Oda havası 5 mikronluk partikülleri filtre edecek şekilde % 99 oranında filtre edilmelidir. Nem oranının düşmesi veya ortam ıslaklığının yükselmesi, ortamdaki statik elektriğe neden olarak tozların havalanmasına, kişilerin ağız ve burun boşluğunun kurumasına, solunum yoluyla bulaşan mikroorganizmaların geçişinin kolaylaşmasına, pulmoner sorunlara, bazı alerjik durumlarda artışa, kişilerin rahatsızlık hissetmelerine sebep olmaktadır. Nem oranının yükselmesi kişilerin boğaz ve burunlarında bir dolgunluk hissinin oluşmasına ve rahatsızlık hissetmelerine sebep olmaktadır. Nem oranı ve ortam ıslaklığının yükselmesi zeminlerde ıslaklık yaratarak mikroorganizmaların çoğalmasına ve yerleşimine neden olmakta, hastanın enfeksiyon kapma ihtimalini arttırmaktadır (Özcan İlçe, Çam ve Yavuz 2009; Durmaz Akyol 2017).

Yoğun bakım ünitesinde bireyler hastane kokusu, kusmuk, enfeksiyon, kan ve dışkı gibi kokulara maruz kalmaktadır, bu olumsuz durumu giderebilmek için kaliteli bir havalandırma sistemi olmalıdır. Havalandırma sistemi uygun ve güvenli olmalı,

hasta odaları, kirli malzeme odaları ve tuvalet havasını dışarı atıp yerine taze hava verebilecek, hastaların bulunduğu alanlarda ve temiz bölgelerde pozitif; resepsiyon, kirli odası, tuvalet gibi kirli alanlarda negatif basınç oluşturacak şekilde olmalıdır. Açık yoğun bakım ünitelerinde havalandırma sistemi hastanın yatağından çevreye doğru hava akımı oluşturmalı, bu hava akımı az ve hastayı rahatsız etmeyecek şekilde planlanmalıdır. Bağışıklık sistemi baskılanmış hastaların yattığı yoğun bakımlarda pozitif basınçlı oda sağlanmalıdır (Özcan İlçe, Çam ve Yavuz 2009; Durmaz Akyol 2017).

Yoğun bakım ünitesinde izolasyon odalarının negatif ya da pozitif basınçlı hale getirilmesi ve oda basıncının düzenlenmesi hastanın hastalık özelliklerine göre değişiklik göstermektedir.

Pozitif basınçlı izolasyon odalarında; filtre edilen havanın akım yönü hastadan koridora doğru olmalı, hasta odası ile oda dışındaki alanlar arasında $>2,5$ Pa'lık basınç farkı olmalı ve saatte 12' den fazla hava değişimi yapılmalıdır. Her iki izolasyon odası için rölatif nem % 30-60, ortam ısısı 21-24°C olmalıdır (Özcan İlçe, Çam ve Yavuz 2009; Durmaz Akyol 2017).

Negatif basınçlı izolasyon odalarında; hasta odası basıncı oda dışındaki alanlara göre negatif basınçta tutulmalı, havanın hastane dışına verilmesi sağlanmalı, hastane içinde dolaşımı engellenmelidir. Odadan çıkan hava resirküle edilecekse mutlaka HEPA filtreden geçirilmeli, saatte 12-15 hava değişimi sağlanmalıdır (Özcan İlçe, Çam ve Yavuz 2009; Durmaz Akyol 2017).

2.14.13. Bireyselliğin Kaybolması / Dehumanizasyon

Sürekli değişen ve gelişen teknolojinin kullanıldığı, teknolojik gelişmelerle birlikte araç-gereçlerin kullanım alanının arttığı yoğun bakım ünitelerinde birey makinenin bir parçası olarak görülmekte, sağlık çalışanlarının ilgisi hastadan çok aletlere yönelmektedir. Hastaya uygulanan invaziv girişimlerin çokluğu; ventilatör, infüzyon setleri, monitorizasyon, idrar sondası nedeniyle hareket edememesi, gece-gündüz ayrımının olmaması, hastanın yaşam destek cihazları ile varlığını sürdürmesi, cihazların verdiği sinyallerle ve yapılan tahlillerde çıkan değerlere hastanın bireyselliğinden daha fazla önem verilmesi, matematiksel işlemler ile yaklaşılması, yabancı bir ortamda izole edilerek manevi destekten mahrum bırakılması hastanın kendi bedenini algılamada sorunlar yaşamasına, kendi bireyselliğinin yerine bütünlüğünün

makinelerle birlikte sürdürüldüğünü düşünmesine, kendini birey olarak hissedememesine sebep olmaktadır (Aydın ve Gürsoy 2017; Demir 2017).

Yoğun bakımda hastayı psikolojik olarak etkileyen önemli sorunlardan biri olan dehumanizasyon/ bireyselliğin kaybolması; insana birey olarak değil, insan dışı bir varlık/nesne gibi davranılması, bireyin de zamanla varlığının bu nesnellığe indirgenmekte olduğunu duyumsaması, kendini bu şekilde algılamasıdır (Aydın ve Gürsoy 2017; Demir2017).

2.14.14. Hasta ve Ailesinin Eğitim ve Bilgi Gereksinimi

Hastanın yoğun bakım ünitesine yatması hasta kadar ailesi ve yakınları için de stresli bir deneyimdir. Sevdiği bireyi kaybetme korkusu yaşayan, yabancı ortamda olan, rol değişiklikleri yaşayan, hastasının ihtiyaçlarını karşılayamayan, bilgi alamayan, alınan kararlara katılamayan, hastasının durumu belirsiz olan, mali kaygılar yaşayan, bakıma katılamayan, hastasını göremeyen hasta yakınlarında kızgınlık ve anksiyete görülmekte, bu durum majör depresyona sebep olabilmektedir (Özel 2017).

Sağlık sistemindeki değişim ve gelişmelerin sağlık bakım sistemlerini ve yapısını değiştirmesi sonucu hastaların tedavileri daha karmaşık hale gelmekte, yaşam biçimlerinde değişiklikler olmakta, hastaların ve ailelerinin öz bakımla ilgili sorumlulukları artmaktadır. Yoğun bakım ünitesinde hasta ve ailesi tıbbi dili, teknolojiyi, tedaviyi ve yabancı çevreyi tanımaya çalışmakta, yoğun bakım ünitesinde gerçekleşebilecek ölüm olasılığı sebebiyle uygun destek ve danışmanlığa gereksinim duymaktadır (Özel 2017).

Akdemir'in (2013) çalışmasında, ara sıra bilgi aldıklarını söyleyen hastaların, düzenli bilgi aldıklarını söyleyen hastalara göre daha olumsuz yoğun bakım deneyimleri olduğu görülmüş, bilgi verilmesinin hastaların deneyimlerini olumlu yönde etkileyeceği belirtilmiştir. Hofhuis ve ark. (2008) araştırmasında, kendilerine açıklama yapılan ve bilgi verilen hastaların kendilerini daha rahatlamış hissettikleri saptanmış, Bulut'un (2006) hasta ve yakınlarına bilgi vermenin memnuniyete etkisini incelediği araştırmasında, bilgi verilen hasta ve yakınlarının aldıkları hizmetten daha memnun oldukları görülmüştür.

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi "Herkesin Sağlık Hedefleri" ne ulaşmada eğitime dikkat çekmiş, bireylerin, ailesinin ve yakınlarının sağlık eğitimi alma

hakkı ön plana çıkmış ve hemşirelerin birer sağlık eğitimcisi olarak sağlık eğitimi işlevlerine yer vermiştir.

Ailenin hastanın yoğun bakımda bulunduğu süreçte önemli ihtiyaçları; dürüstlük, bilgi edinme, hastasının bakımının kabulü ve destek almaktır. Bu nedenle, yoğun bakım hemşireleri hasta ve hasta yakınları ile iletişim halinde olmalı ve onlara eğitim vermelidir. Hasta eğitiminde hemşire, bireyi komplikasyonlardan ve diğer sağlık sorunlarından korumayı, bireyin sağlığına kısa sürede ulaşmasını, bireyin sağlık durumu ve öz bakımı hakkında bilgi artışını sağlamayı hedefler, sorunların olumsuz etkisinin azalmasına yardımcı olur, verdiği bilgilerle hasta memnuniyetini ve güvenini arttırmaya yardımcı olur. Aile ile işbirliği yapılması, göz teması kurulması, sürekli iletişim halinde olunması, beden dilinin kullanılması, her uygulama öncesi bilgi verilmesi gibi hemşirelik girişimleri bireyin anksiyete ile etkin baş etme teknikleri geliştirmesini ve iletişimin sürekliliğini ve güveni sağlar, yoğun bakım ünitesine uyumunu artırır (Özel 2017).

2.15. Yoğun Bakım Hastalarında Stres ve Etkileri

Kelime anlamı olarak ruhsal gerilim, zorlanma, baskı, gerilme olarak tanımlanmakta olan stres; en genel tanımıyla kişinin maruz kaldığı durum, olay ve eylemler sonucu organizmanın fiziksel ve psikolojik sınırlarının tehdit edilmesiyle ortaya çıkan bir uyum tepkisini, kişide tehdit yaratan faktörleri, uyaranları veya bu faktörlerle ortaya çıkan cevabı açıklayan kavramdır (Karaman 2011; Arslan Yaşar 2014; Durmaz Akyol 2017; <http://www.tdk.gov.tr/>).

Fransızca “estrece”, Latince “estrica” kelimelerinden gelir. Başlangıcı fizik bilimine dayanan, sonrasında psikoloji alanına geçen stres kavramı; gelişimsel, fizyolojik, sosyal, ruhsal yanıyla oldukça genel içerikli bir olgudur. İnsanlık tarihinden beri süregelen bir olgu olup, ilk çağlarda yaşam savaşından, günümüzde yerini teknolojik gelişmelere paralel toplumsal değişimlere uyum sağlama çabasına bırakmıştır. 17. yüzyılda bela, felaket, dert, keder, musibet gibi anlamlarda kullanılmış; 18. ve 19. yüzyıllarda ise zorlanma, baskı, güç sözcükleriyle belirtilmiştir (Karaman 2011; Arslan Yaşar 2014; Durmaz Akyol 2017; <http://www.tdk.gov.tr/>).

Kişinin stres yaratan etkeni yönetemediğinde yaşadığı öznel ve/ya fizyolojik hisse stres denir ve bu his yönetilebilirse stresin azalabileceği belirtilmektedir. Bireyin kişilik özellikleri, psikolojik durumu, ruh hali ve fiziksel dayanıklılığı, stres karşısındaki

tutumunu etkilemektedir. Yaşamı tehdit altında bırakan durumlar ve kritik hastalıklar bir stres faktörü olarak algılandığında bireyin adaptasyon mekanizmasında birçok metabolik ve hormonal değişiklikler meydana gelir. Strese verilen cevabın akut gelişmesi üzerine organizmanın yararına büyüme, üreme, katabolik ve immunsupresif etkiler ortaya çıkar. Fakat stresin kronik aktivasyonu vücutta bazı bozukluklara yol açar. Stres yanıtında meydana gelen bu değişiklikler hipotalamus-hipofizer-adrenal aks (HPA) aktivasyonu, ötroid hasta sendromu ve stres hiperglisemisi olarak görülmektedir (Karaman 2011; Arslan Yaşar 2014; Durmaz Akyol 2017; <http://www.tdk.gov.tr/>).

Yoğun bakım ünitelerinin, fiziksel durumu ağır olan hastaların yaşam fonksiyonlarının desteklendiği, ileri teknoloji uygulamaları nedeniyle karmaşık biyomedikal cihazların bulunduğu, özel tedavi yöntemlerinin uygulandığı birimler olması nedeniyle hastalar, fiziksel, çevresel ve psikososyal açıdan birçok stresöre maruz kalmaktadır. Bu stresörler, monitorizasyon, mekanik ventilatöre/tüplere bağlı olmak, araçlara veya yoğun bakım ünitesine bağımlılık duygusu, aspirasyon, enjeksiyon, infüzyon setleri, idrar sondasından dolayı hareket kısıtlılığı, sık muayene ve dokunulma, bilinç bulanıklığı, temporal ritmin kaybedilmesi, iletişim güçlüğü, yeterli bilgi ve danışmanlık alamama, beden imajında bozulma, korku, anksiyete, ağrı, uykusuzluk, bulantı- kusma, ısı, ışık, gürültü, alarm sesleri, kokular, konforsuz yatak ve yastıklar, hoş olmayan görüntüler, diğer hastaların seslerine tanık olmak, aile, eş ve arkadaşlardan uzak olmak, su içmemek, oksijen maskesi takmak, saati/ zamanı bilememek, gece-gündüz ayırımının olmaması, alışık olunmayan çevre ve kişiler, alışık olmadıkları teknoloji, mahremiyet yoksunluğu, tedavi ve uygulamalar hakkında yeterince bilgilendirilmeme olarak sayılabilir. Tüm bu stresörler hastalarda fiziksel ve duygusal uyum güçlükleri, anksiyete, depresyon, oryantasyon bozukluğu, deliryum gibi çeşitli psikolojik semptomların ortaya çıkmasına neden olmakta ve hastalar yaygın olarak ölüm korkusu ya da yetersizlik korkusu yaşayabilmektedir (Karaman 2011; Arslan Yaşar 2014; Durmaz Akyol 2017; <http://www.tdk.gov.tr/>).

Bu stresörlere hastanın yanıtı tıbbi tanı, prognoz, kültür, sosyal destek, aile ilişkileri, yaş, cinsiyet, gelişim düzeyi, mental durum, baş etme mekanizmaları, spiritüel değerleri gibi bireysel farklılıklara bağlıdır (Dedeli ve Durmaz Akyol 2008; İlçe, Çam ve Yavuz 2009; Zengin 2010; Zaybak ve Çevik 2015; Adsay ve Dedeli 2015; Dias, Resende and Diniz 2015).

Yoğun bakımda yatan hastalar bu stresörlere yanıt olarak yaşam bulgularında değişimler, boşaltım biçimlerinde değişimler, temporal ritimde değişiklikler, terleme, bulantı, güçsüzlük, ümitsizlik, anksiyete, öfke, ağrı, depresyon, uyku yoksunluğu, duyuşal yüklenme, duyuşal yoksunluk, ajitasyon, deliryum, uyum güçlüğü, spiritüel distress gibi birçok fizyolojik ve psikolojik semptomu deneyimleyebilmektedir. Hemşire, bireyin her davranışını iyi değerlendirerek bu stresörlerin erken fark edilmesi ve uygun girişimler ile çözümlenmesi açısından kilit rol oynar. Yoğun bakım hemşireleri, yoğun bakım ünitesinde uzun süre çalışan sağlık ekibi üyeleri olduğundan, hastanın yaşadığı anksiyeteyi ilk aşamada tanımak ve ele almak için iyi bir konumdadırlar. Yoğun bakım ünitesindeki hastalarda görülen anksiyete ve diğer psikiyatrik sorunların sistematik olarak değerlendirilmesi ve tedavisi, hastanın biyopsikososyal sorunlarının düzelmesine önemli ölçüde katkıda bulunabilmektedir. Hastaların yaşadığı bu sorunlar psikiyatrik girişimlerle etkin bir şekilde tedavi edilebilmektedir (Akıncı ve ark.2007; Dedeli ve Durmaz Akyol 2008; Terzi ve Kaya 2011; Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz 2013; Aktaş 2016; Durmaz Akyol 2017).

2.15.1. Anksiyete

İç sıkıntısı, kaygı, bunaltı gibi sözcüklerle ifade edilen anksiyete, kişinin değer ya da güvenlik sistemine spesifik veya potansiyel bir tehdide karşı otonom sinir sisteminin aktive olması sonucu organizmanın biyolojik bir korunma sistemidir. Anksiyete kişinin tehlikeli durumdan kendini sakınmasına, tehlikeye karşı koymasına, gerekli önlemleri almasına ya da uyarlanabilir davranış geliştirmesine ve böylelikle yaşamın sağlıklı biçimde sürdürülmesine imkan sağlar.

Anksiyete, sempatik sinir sistemi uyarımı, arteriyel ve venöz daralma, miyokardiyal stimülasyon ve bronşial daralma gibi birçok olumsuz reaksiyona neden olur. Bronko konstrüksiyon, yüksek hava yolu direnci ile oksijen ihtiyacını artırmakta ve genel yorgunluğa giden artan kas gerginliği gibi fizyolojik ve davranışsal belirtiler görülmekte, kortizol ve katekolamin seviyelerinin de yükseldiği görülmektedir (Karaman 2011; Aktaş 2016).

Yoğun bakım hastalarında anksiyete prevelansının yüksek olduğu, hastaların % 70-87' sinde anksiyete görüldüğü, hasta yoğun bakıma kabul edildikten sonra da anksiyetenin devam ettiği yapılan çalışmalarda belirlenmiştir. Başka bir çalışmada da yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastaların % 42'sinin, anksiyete ve korku gibi

psikolojik sıkıntı yaşadıkları rapor edilmiştir. Yoğun bakımda yatan hastanın anksiyete yaşamasının en büyük sebebi bilinmeyen ve kapalı ortam, çevre, kişiler ve kendisine yapılacak işlemlerden habersiz olması, ziyaretin kısıtlı ya da yasak olması, ünitelere kişisel eşyaların alınmamasıdır. Hastalar çoğunlukla yoğun bakıma bilinci kapalı, sedasyon altında ya da baygın geldiğinden, uyandığında gördüğü farklı yüzler, bilinmeyen çevre ve karmaşık araç/gereçlere bağlı olma durumları anksiyeteye sebep olur. Ayrıca yoğun bakımda yatmanın getirdiği stres, ölüm korkusu, ağırlı işlemlerin sıklıkla uygulanması, hareket edememe, hastalığın bir bileşeni ya da kullanılan ilaçların komplikasyonları gibi psikolojik ve organik nedenlerle ortaya çıkabileceği gibi, bağımsız olarak temel bir psikiyatrik sorun da olabilir. Yoğun bakım ünitesinde hastalar anksiyete ile birlikte bakım çevresi ile ilgili olarak algıladıkları tehditler nedeniyle birçok fizyolojik değişiklikler de yaşamaktadır (Karaman 2011; Aktaş 2016).

2.15.2. Deliryum

Deliryum; organik bir nedene bağlı, beynin kısa sürede yaygın etkilenmesiyle beyin fonksiyonlarını bozan bilinç, düşünce, algılama, uyku-uyanıklık döngüsünde dalgalı seyir gösteren bir akut beyin sendromudur. Hipoaktif, hiperaktif ve karma deliryum olmak üzere klinikte üç tip görülmektedir. Hipoaktif deliryum, psikomotor gerilik, uyuşukluk, bilinç bulanıklığı, sedasyon, bilinç düzeyinde ve dikkatte azalma, uyuşukluk, çevreye karşı ilgisizlik belirtileri ile kendini göstermekte, hiperaktif deliryum huzursuzluk, ajitasyon, saldırganlık, halüsinasyon, anlamsız davranışlarda bulunma, paranoya, yönelim kaybı, girişimsel aletleri çıkarma (kateterler, entübasyon) ve hırçınlık davranışları görülmektedir. Karma deliryumda ise, hipoaktif ve hiperaktif deliryum belirtilerinin düzensiz olarak görüldüğü bir durumdur. Yoğun bakımlarda hiperaktif deliryumun yaygın olduğu, hipoaktif ve karma deliryumun ise daha az görüldüğü bildirilmiştir (Aktaş 2016).

Yoğun bakımlarda deliryum görülmesine neden olarak; yüksek ses, yapay ışık, kokular, girişimsel olan ve olmayan müdahaleler, duyuşal yüklenme, sosyal izolasyon, hareket kısıtlılığı, uyku bozuklukları, ortam ısısı gibi çevresel faktörler sayılabilir (Aktaş 2016).

2.15.3. Duyusal Yükleme –Duyusal Yoksunluk

Duyusal yükleme, hastanın maruz kaldığı etkenlerin nitelik ve niceliğinin artması sonucu ortaya çıkan huzursuzluk, baş ağrısı, yanlış algılama, kaygı, sanrı, yanılsama, uyumsuzluk, bilinç bulanıklığı gibi bulguların görüldüğü durumdur (Aktaş 2016).

Yoğun bakım ünitelerinde sık görülen duyusal yükleme, çok sayıda ve farklı tıbbi araç gereçler, sık tekrarlanan ağırlı girişimler, alarm sesleri ya da insan sesleri nedeniyle uzun süre gürültüye maruz kalma gibi duyusal girdilerin niceliğinin artması sonucu ortaya çıkmaktadır. YBÜ’ de tedavi gören hastaların çevresel uyarıları seçme ve kontrol etme imkanları bulunmamaktadır bu nedenle hastalar duyusal girdi sorunları yaşamaktadır (Aktaş 2016).

Duyusal yoksunluk, hastanın maruz kaldığı etkenlerin nitelik ve sayısının azalması sonucu şaşkınlık, değişkenlik, düşünce kopukluğu, hafıza ve yönelimde bozulma, uyku düzeninde bozulma gibi bulguların görüldüğü durumdur. Yoğun bakım ünitelerinde tedavi gören hastalarda duyusal yoksunluğun nedenleri; immobilizasyon, vücut postüründe kısıtlılık, uzun süre yatarak tedavi olma, duyu kayıpları, yaşlılık, hastaların yakınlarıyla görüşmelerinin kısıtlı ya da hiç olmaması, hasta ile sağlık çalışanları arasındaki iletişim eksikliği, aynı biçimde sürekli tekrarlanan yabancı uyaranlar, hastanın yalnız kalması, yetersiz aydınlatmalı ortamlar olarak sayılabilir (Aktaş 2016).

2.15.4. Spiritüel Distres

Spiritüel distres, kişiye ümit ve güç veren, yaşamına anlam veren değerler sisteminde bozulmayı yaşayan ya da bu riski yaşayan bireydeki durumu belirtir. Bireyin bulunduğu ortamda değer ve inançlarının tehdit edildiği, varoluşsal bir kriz yaşandığı durumda ortaya çıkmakta ve bireyin kendisini duygusal bir boşlukta hissetmesine, yaşaması için bir anlam bulamamasına, güçsüzlük ve ümitsizlik yaşamasına, inanç sisteminin güvenilirliğini sorgulamasına, inançları hakkında çelişkili duygular hissetmesine, Tanrı’ya öfke duymasına neden olmaktadır. Yoğun bakımda hastanın yaşadığı kısıtlanmalar, ilaç tedavileri, ağrı, travma, yaralanma, son dönem hastalık, fonksiyon kaybı, uzuv kaybı, mahremiyet eksikliği, iletişim eksikliği gibi durumlar sonucu spiritüel distres gelişebilir (Çetinkaya, Altundağ ve Azak 2007; Aktaş 2016).

2.15.4.1. Spiritüel Distresin Yedi Belirtisi

Spiritüel ağrı,

Spiritüel yabancılaşma,

Spiritüel anksiyete,

Spiritüel suç,

Spiritüel öfke,

Spiritüel kayıp,

Spiritüel ümitsizliktir (Çetinkaya, Altundağ ve Azak 2007; Aktaş 2016).

2.15.5. Bağımlılık, Otorite Kaybı ve Öfke Duygusu;

Olaylar, durumlar üzerinde kontrol sağlayamama algısından kaynaklanan bilişsel bir durumdur. Hastaların yaşamın sürdürülmesi için gerekli günlük aktivitelerinde, kendilerini başkalarına bağımlı hissetmelerinden kaynaklanmaktadır.

Yoğun Bakım ünitelerinde, hastalar için gerekli olan fakat hastaların rızaları dışında bedenlerine çok fazla girişim yapılabilmektedir. Bu durum yoğun bakım hastalarının bedenleri üzerinde kontrol kaybı hissetmelerine neden olmaktadır (Üzar Özçetin 2013; Karaveli, Özbayır ve Karacabay 2014).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Çalışma bir üniversite hastanesinin reanimasyon yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların algıladıkları çevresel stresörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Çalışma bir üniversite hastanesinin reanimasyon yoğun bakım ünitesinde 28.08.2017-01.02.2018 tarihleri arasında yapıldı. Araştırma tek merkezli olarak yapıldı.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, verilerin toplandığı tarihler arasında bir üniversite hastanesinin reanimasyon yoğun bakım ünitesinde yatmakta olan hastalar oluşturdu. Araştırma örneklemini ise bu hastalardan araştırmaya katılmayı kabul eden, 18 yaş üzeri, bilinci açık, hiçbir sedasyon almayan, işbirliği yapabilen, iletişimi engelleyen bir sorunu olmayan, en az bir gece yoğun bakım ünitesinde tedavi görmüş 142 hasta oluşturdu.

3.4. Veri Toplama Araçları

Veriler, hastaların Hasta Tanıtım Formu ve Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği'ni bireysel olarak cevaplaması ile toplandı.

Hasta Tanıtım Formu; Araştırmacı tarafından literatür incelemesi sonucu hazırlanmış olup sosyodemografik özelliklere ilişkin bilgiler ve hastalığa ilişkin sorulardan oluşmaktaydı (Aslan 2010) (Ek 2).

Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği YBÜÇSÖ (Intensive Care Unit Environmental Stressor Scale- ICUESS); Ballard tarafından 1981 yılında Amerika' da geliştirilen, Cochran ve Ganong tarafından 1989 yılında revize edilen, Funda Aslan tarafından 2010 yılında Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan, 42 maddeden oluşan bir ölçektir (Ek 3) (Aslan 2010; Çınar ve ark. 2011). Sorulara verilen cevaplar likert tipi ölçeklenmiş olup;

Madde puanları,

Çok fazla etkiler 4

Sıklıkla etkiler	3
Çok az etkiler	2
Hiç etkilemez	1

olarak kodlanmıştır.

Olguların 42 soruya vermiş olduğu cevaplar toplanarak Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği puanı elde edilmiştir. Ölçeğin tamamı için en düşük puanı 42 en yüksek puanı 168'dir.

Yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastaların algıladıkları çevresel stresörler: Geçerlik güvenirlik çalışması'nda, ölçeğin Cronbach's Alpha güvenirlik katsayısı 0,94 olarak bulunmuştur (Aslan 2010). Hweidi (2007), Ürdün'de, YBÜÇSÖ uyarlama çalışmasında Cronbach alfa katsayısını 0,96 olarak saptamıştır. So ve Chan (2004), Çince uyarlamasını yaptıkları YBÜÇSÖ'nün Cronbach alfa katsayısını 0,97 olarak bildirmiştir.

Sunulan çalışmada Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği Cronbach's Alpha katsayısı 0,946 olarak bulundu. Buna göre ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu görülmektedir.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Veri girişlerinde İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Biyoistatistik Bilim Dalı'nda lisanslı SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) paket programı kullanıldı.

Çalışmada elde edilen bulguların değerlendirilmesinde istatistik uzmanından danışmanlık alındı. İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum, maksimum) yanı sıra nicel verilerin karşılaştırılmasında, normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis testi kullanıldı. Değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde de Spearman's Korelasyon Analizi kullanıldı. Anlamlılık en az $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

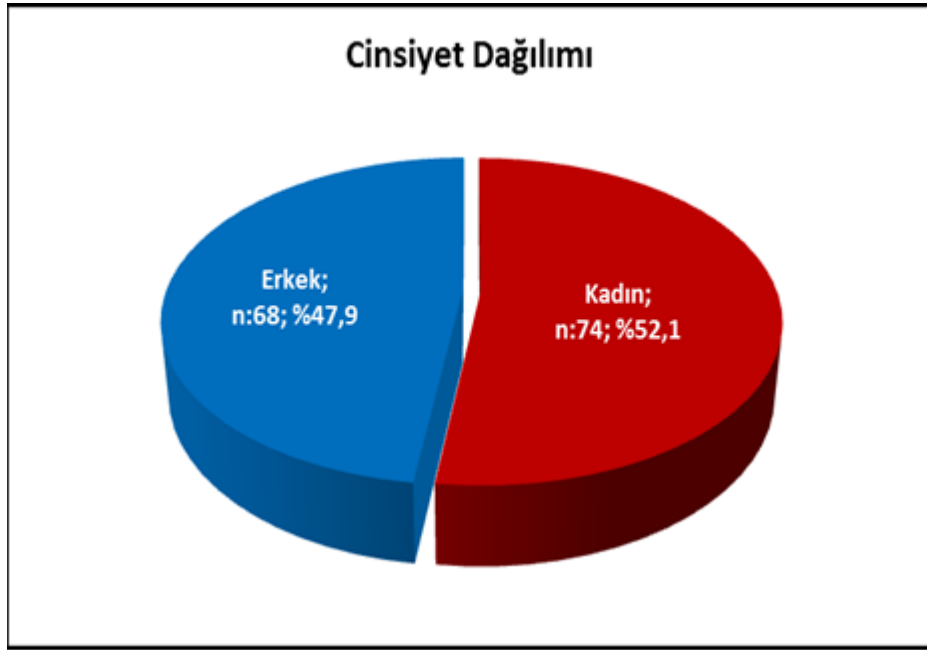
Araştırmanın en önemli sınırlılığı; elde edilen verilerin sadece çalışmanın yapıldığı hastaneye ve yoğun bakım ünitesine genellenebilmesidir. Ayrıca hastaların yoğun bakımda algıladıkları çevresel stresörleri belirlemek için ölçek kullanılması, çalışmadan objektif veriler elde edilmesini sağlamakla birlikte, hastaların yoğun bakımda algıladıkları çevresel stresörlere ilişkin yanıtlarını ölçekte yer alan ifadeler ile sınırlamaktaydı. Çalışmanın yapıldığı yoğun bakım ünitesi üçüncü düzey yoğun bakım ünitesi olmakla birlikte, cerrahi girişim sonrası yakın izlem gerektiren hastaların da kabul edildiği ünedir. Veriler diğer hastaların bilinç durumlarının uygun olmaması ya da sedatize olmaları nedeniyle ölçek tüm hastalara uygulanamadı. Bu anlamda çalışma yoğun bakım stresörlerinin tüm hastalar üzerindeki etkisini göstermede sınırlı kaldığı söylenebilir.

3.7 Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Etik Kurulundan gerekli yazılı izinler alınarak gerçekleştirildi (Ek 5). Araştırmanın yapıldığı Kurumun Anabilim Dalından yazılı izin alındı (Ek 6). Ölçek kullanımı için, Yoğun Bakımda Çevresel Stresörler Ölçeğinin 2010 yılında Geçerlik Güvenirlik Çalışması' nı yapan Funda Aslan ve Danışmanı Sezgi Çınar'dan yazılı izin alındı (Ek 4). Araştırmaya katılacak hastalara haklarını, çalışmanın amacını, içeriğini belirten "Bilgilendirilmiş Onam Formu" oluşturuldu (Ek 1). Gönüllülük ilkesi gereği çalışmaya katılmayı kabul eden hastalarla çalışıldı. Gizlilik ilkesine bağlı kalarak çalışmaya katılan hastaların kimlik bilgileri kullanılmadı.

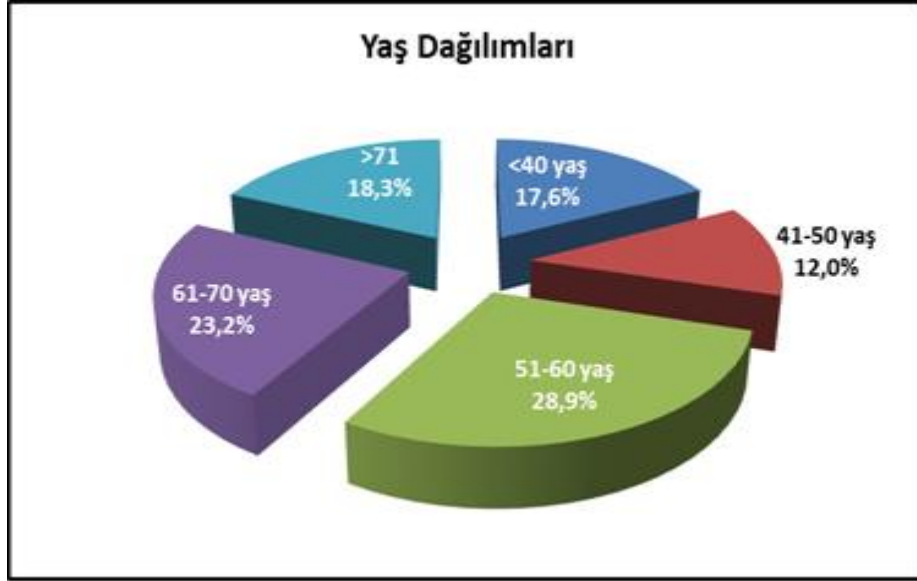
4. BULGULAR

Çalışma 28.08.2017-28.02.2018 tarihlerinde bir üniversite hastanesi, Reanimasyon Kliniği'nde; %52,1'i (n=74) kadın, %47,9'u (n=68) erkek olmak üzere tedavi gören 142 olgu ile gerçekleştirildi. Olguların yaşları 18 ile 87 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması $55,84 \pm 15,21$ yıldır (Tablo 1, Şekil 1).



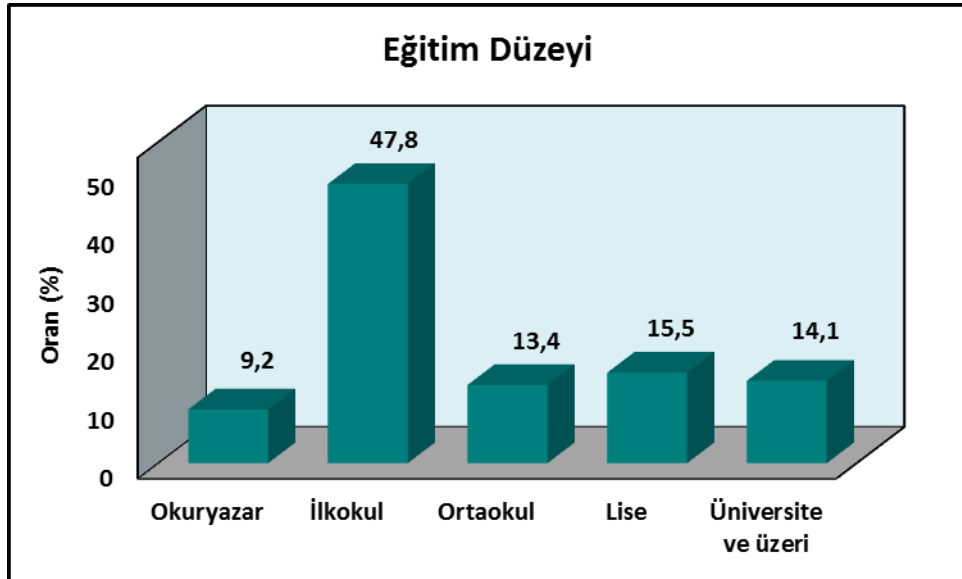
Şekil 1: Cinsiyet Dağılımı

Yaşlara göre sınıflama yapıldığında; 40 yaş altında %17,6 (n=25) olgu, 41-50 yaş aralığında %12 (n=17) olgu; 51-60 yaş aralığında %28,9 (n=41) olgu; 61-70 aralığında %23,2 (n=33) olgu ve 71 yaş ve üzerinde ise %18,3 (n=26) olgu vardır (Tablo 1, Şekil 2).



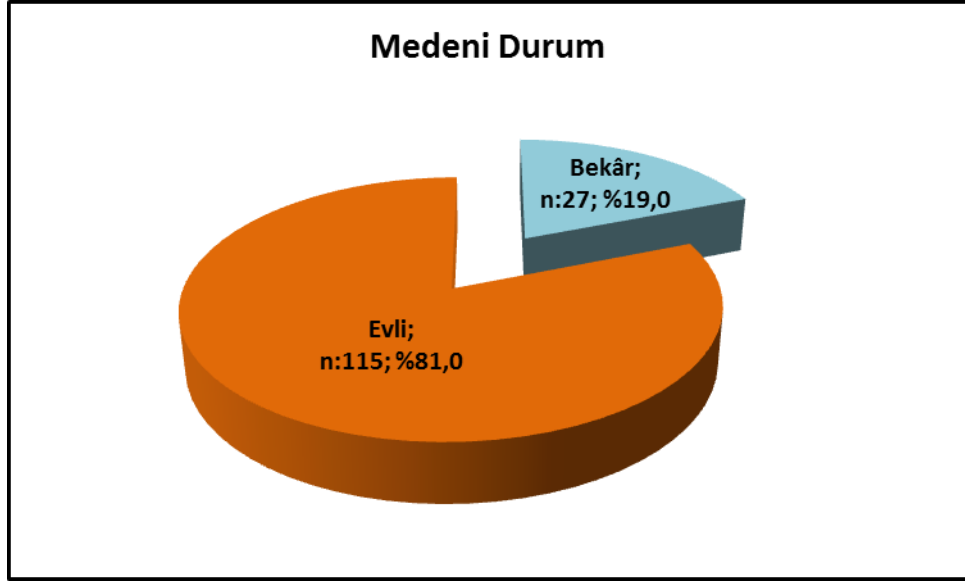
Şekil 2: Yaş Dağılımları

Eğitim düzeyleri incelendiğinde; %9,2'sinin (n=13) okuryazar, %47,8'inin (n=68) ilkokul, %13,4'ünün (n=19) ortaokul, %15,5'inin (n=22) lise, %14,1'inin (n=20) üniversite ve üzeri mezunu olduğu bulundu (Tablo 1, Şekil 3).



Şekil 3: Eğitim Düzeyi Dağılımı

Olguların %19,0'u (n=27) bekâr, %81,0'i (n=115) evlidir (Tablo 1, Şekil 4).



Şekil 4: Medeni Durum Dağılımı

Tablo 1: Demografik Özelliklerin Dağılımları

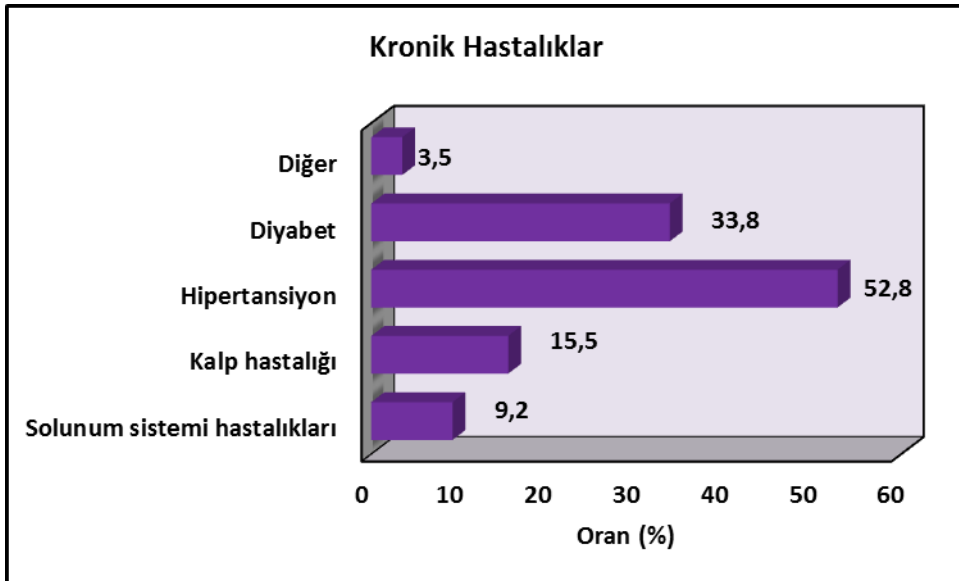
		Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss
Yaş (yıl)		18-87 (58)	55,84±15,21
		n	%
Yaş Grupları	<40 yaş	25	17,6
	41-50 yaş	17	12,0
	51-60 yaş	41	28,9
	61-70 yaş	33	23,2
	>71	26	18,3
Cinsiyet	Kadın	74	52,1
	Erkek	68	47,9
Eğitim düzeyi	Okuryazar	13	9,2
	İlkokul	68	47,8
	Ortaokul	19	13,4
	Lise	22	15,5
	Üniversite ve üzeri	20	14,1
Medeni durum	Bekâr	27	19,0
	Evli	115	81,0

Olguların %35,9'unda (n=51) kronik hastalık bulunmazken, %64,1'inde (n=91) kronik hastalık vardır (Tablo 2). Görülen kronik hastalık türleri incelendiğinde; %52,8 (n=75) hipertansiyon, %33,8 (n=48) diyabet, %15,5 (n=22) kalp hastalığı, %9,2 (n=13) solunum sistemi hastalıkları, ve %3,5 (n=5) diğer hastalıklar olduğu belirlendi (Tablo 2, Şekil 5).

Tablo 2: Kronik Hastalık Özelliklerine İlişkin Dağılımlar

		n	%
Kronik hastalık varlığı	Hayır	51	35,9
	Evet	91	64,1
Kronik hastalık türü	Hipertansiyon	75	52,8
	Diyabet	48	33,8
	Kalp Hastalığı	22	15,5
	Solunum sistemi hastalıkları	13	9,2
	Diğer	5	3,5

* Birden çok seçim yapılmıştır.

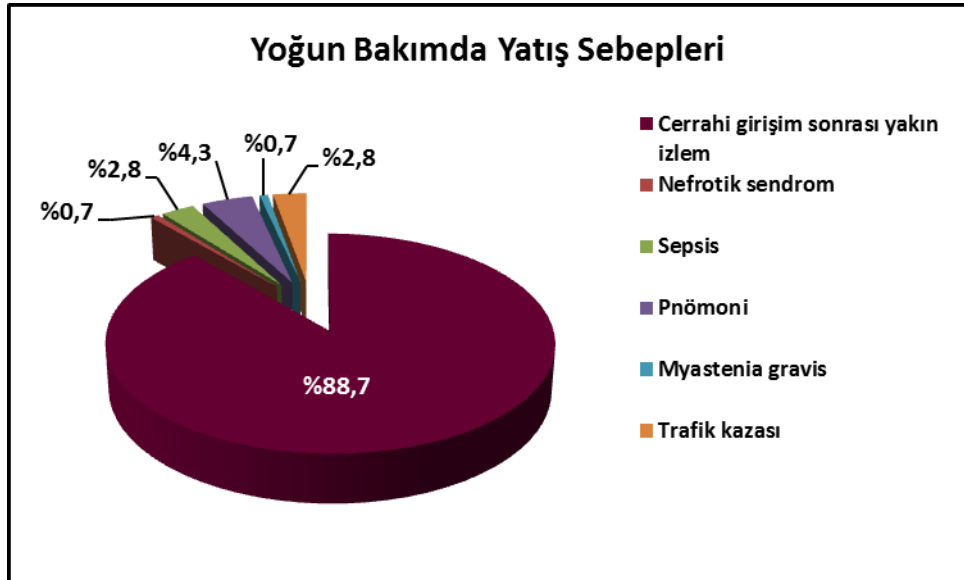


Şekil 5: Kronik Hastalıklara İlişkin Dağılımlar

Olguların %88,7'si (n=126) cerrahi girişim sonrası yakın izlem, %0,7'si (n=1) nefrotik sendrom, %2,8'i (n=4) sepsis, %4,3'ü (n=6) pnömoni, %0,7'si (n=1) myastenia gravis ve %2,8'i (n=4) trafik kazası nedeniyle yoğun bakımda yatmaktaydı (Tablo 3, Şekil 6).

Tablo 3: Olguların Yoğun Bakımda Yatış Sebebine Göre Dağılımları

		n	%
Yoğun bakımda yatış sebepleri	Cerrahi girişim sonrası yakın izlem	126	88,7
	Pnömoni	6	4,3
	Trafik Kazası	4	2,8
	Sepsis	4	2,8
	Nefrotik Sendrom	1	0,7
	Myastenia gravis	1	0,7



Şekil 6: Yoğun Bakımda Yatış Sebeplerinin Dağılımları

Çalışma sonucunda, reanimasyon yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların algıladıkları en önemli stresörler sırasıyla; ağrı olması (M=2,58, SD=1,11), su içmemek (M=2,42, SD=1,27), aile ve arkadaşları günde birkaç dakika görmek (M=2,32, SD=1,22), mahremiyetin olmaması (gizliliğin olmaması) (M=2,29, SD=1,33), tüplere bağlanmış olmak (M=2,25, SD=1,31), eşini özlemek (M=2,15, SD=1,26), sıkılmak (M=2,07, SD=1,13), serum setleri nedeniyle ellerini ve kollarını kıpırdatamamak (hareket ettirememek) (M=2,04, SD=1,13), yapılacak uygulamaların ne zaman yapılacağını bilmemek (M=2,02, SD=1,12), burunda veya ağızda tüplerin olması (M=2,01, SD=1,21), saatin kaç / zamanın ne olduğunu bilmemek (M=1,92, SD=1,14), uyuyamamak (M=1,92, SD=1,19), ışıkların sürekli (açık) olması (M=1,89, SD=1,19), kendi kontrolünün kendi elinde olmaması (M=1,85, SD=1,12), yapılan tedavilerin açıklanmaması (M=1,77, SD=1,05), oksijen almak / oksijen maskesi takmak (M=1,72, SD=0,97), çok sıcak ya da çok soğuk bir odada olmak (M=1,69, SD=1,09), makinelerin seslerini ve alarmlarını duymak (M=1,66, SD=0,97), çevredeki alışık olmadık kokuları duymak (M=1,61, SD=1,08), erkek ve kadınların aynı odada kalmaları (M=1,60, SD=1,08), alışılmadık sesler duymak (M=1,59, SD=1,00), diğer hastaların ağlama / inlemelerini duymak (M=1,58, SD=0,95), hemşireler tarafından uyandırılmak (M=1,56, SD=1,03), iğneler yapılması (iğnelerle delinmek) (M=1,56, SD=1,02), sürekli tavana bakmak (tavanı izlemek) (M=1,54, SD=1,04), hangi günde olduğunu bilmemek (M=1,46, SD=0,89), hemşire ve doktorların yüksek sesle konuşmaları (M=1,45, SD=0,85), hemşirelerin anlaşılmayan kelimeler kullanmaları (M=1,40, SD=0,86), tanıdık olmayan doktorlar tarafından bakılmak (M=1,38, SD=0,86), başın üzerindeki damar içi serum / kan torbalarını görmek (M=1,37, SD=0,85), nerede olduğunu bilmemek (M=1,34, SD=0,79), diğer hastalara yapılan tedavileri görmek (M=1,32, SD=0,77), etrafta garip (tuhaf) makinelerin olması (M=1,31, SD=0,75), yastık ve/veya yatağın rahat olmaması (M=1,30, SD=0,75), kalp monitörünün alarımının bozulduğunu (kesildiğini) fark etmek (duymak) (M=1,27, SD=0,69), telefon sesini duymak (telefonun çalması) (M=1,25, SD=0,71), hemşirelerin kendilerini tanıtmamaları (M=1,22, SD=0,62), hemşirelerin çok aceleci olmaları (M=1,18, SD=0,54), doktor ve hemşireler tarafından sık aralıklarla (sık sık) fiziksel muayene yapılması (M=1,18, SD=0,63), sık sık tansiyon (kan basıncı) ölçülmesi (M=1,17, SD=0,57), hemşirelerin makineleri, hastaları izlediklerinden daha yakın izlemeleri (M=1,11, SD=0,48), hemşirelerin,

yatağın etrafında sürekli bir şeyler yapmaları(M=1,08, SD=0,34) olarak saptandı (Tablo 4).

Tablo 4: Soru Bazlı Ortalama, SD ve Sıralaması

	Sıralaması	Ortalama	Sapma
1. Tüplere bağlanmış olmak	5	2,25	1,31
2. Hemşirelerin kendilerini tanıtmamaları	37	1,22	0,62
3. Hemşirelerin çok aceleci olmaları	38	1,18	0,54
4. Su içmemek	2	2,42	1,27
5. Sık sık tansiyon (kan basıncı) ölçülmesi	40	1,17	0,57
6. Yatak ve/veya yastığın rahat olmaması	34	1,30	0,75
7. Telefon sesini duymak (telefonun çalması)	36	1,25	0,71
8. Doktor ve hemşireler tarafından sık aralıklarla (sık sık) fiziksel muayene yapılması	39	1,18	0,63
9. Etrafta garip (tuhaf) makinelerin olması	33	1,31	0,75
10. Hemşirelerin makineleri, sizi izlediklerinden daha yakın izlemeleri	41	1,11	0,48
11. Makinelerin seslerini ve alarmları duymak	18	1,66	0,97
12. Hemşire ve doktorların yüksek sesle konuşmaları	27	1,45	0,85
13. Oksijen almak / oksijen maskesi takmak	16	1,72	0,97
14. Eşinizi özlemek (<i>n=115</i>)	6	2,15	1,26
15. Yapılan tedavilerin size açıklanmaması	15	1,77	1,05
16. Kalp monitörünüzün alarminin bozulduğunu (kesildiğini) fark etmek (duymak)	35	1,27	0,69
17. Hemşirelerin, yatağınızın etrafında sürekli bir şeyler yapmaları	42	1,08	0,34
18. Burnunuzda veya ağızınızda tüplerin olması	10	2,01	1,21
19. Saatin kaç / zamanın ne olduğunu bilmemek	11	1,92	1,14
20. Diğer hastaların ağlama / inlemelerini duymak	22	1,58	0,95
21. Erkek ve kadınların aynı odada kalmaları	20	1,60	1,08
22. Aile ve arkadaşları günde birkaç dakika görmek	3	2,32	1,22
23. Size yapılacak uygulamaların ne zaman yapılacağını bilmemek	9	2,02	1,12
24. Hemşireler tarafından uyandırılmak	23	1,56	1,03
25. Alışılmadık sesler duymak	21	1,59	1,00
26. Diğer hastalara yapılan tedavileri görmek	32	1,32	0,77
27. Sürekli tavana bakmak (tavanı izlemek)	25	1,54	1,04
28. Uyuyamamak	12	1,92	1,19
29. Serum setler nedeniyle ellerinizi ve kollarınızı kıpırdatamamanız (hareket ettirememeniz)	8	2,04	1,13
30. Çevredeki alışık olmadık kokuları duymak	19	1,61	1,08
31. Işıkların sürekli (açık) olması	13	1,89	1,19

32. Ağrı olması	1	2,58	1,11
33. Başınızın üzerindeki (damar içi) serum/kan torbalarını görmek	30	1,37	0,85
34. İğneler yapılması (iğnelerle delinmek)	24	1,56	1,02
35. Nerede olduğunuzu bilmemek	31	1,34	0,79
36. Hemşirelerin, anlaşılmayan kelimeler kullanmaları	28	1,40	0,86
37. Kendi kontrolünüzün kendi elinizde olmaması	14	1,85	1,12
38. Hangi günde olduğunuzu bilmemek	26	1,46	0,89
39. Sıkılmak	7	2,07	1,13
40. Mahremiyetin olmaması (gizliliğin olmaması)	4	2,29	1,33
41. Tanıdık olmayan doktorlar tarafından bakılmak	29	1,38	0,86
42. Çok sıcak ya da çok soğuk bir odada olmak	17	1,69	1,09

Bu çalışmada yoğun bakım ünitesinde hastalar tarafından, sırasıyla; ağrı, su içememe, aile ve arkadaşları günde birkaç dakika görmek, mahremiyetin olmaması, tüplere bağlanmış olmak, eşini özlemek, serum setleri nedeniyle el ve kollarının hareketinin önlenmesi, girişimlerin zamanını bilememek gibi durumların ilk sıralarda yer alan stresörler olarak gösterildiği görülmektedir (Tablo 4).

Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği toplam puanları 43 ile 141 arasında değişmekte olup, ortalama $69,26 \pm 21,84$ 'tür. Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği Cronbach's Alpha katsayısı 0,946 olarak bulundu (Tablo 5).

Tablo 5: Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği (YBÜÇSÖ) Puanlarının Dağılımları

	Madde sayısı	Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss	Cronbach's Alpha
YBÜÇSÖ Toplam Puan	42	43-141 (65)	$69,26 \pm 21,84$	0,946

Yaş gruplarına göre YBÜÇSÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p > 0,05$) (Tablo 6).

Cinsiyete göre YBÜÇSÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanarak olup; kadınların puanları erkeklerden anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0,001$; $p<0,01$) (Tablo 6).

Eğitim düzeyine ve medeni duruma göre YBÜÇSÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 6).

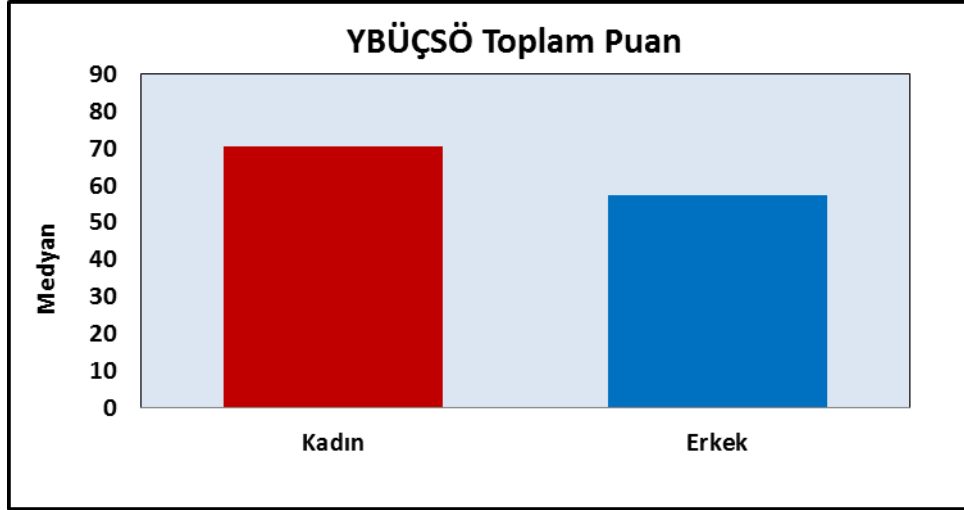
Tablo 6: Demografik Özelliklere Göre Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği Toplam Puanlarının Değerlendirmesi

		n	YBÜÇSÖ Toplam Puan		p
			Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss	
Yaş (yıl)	<40 yaş	25	47-13 (64,5)	76,00±30,09	^b 0,553
	41-50 yaş	17	47-127 (65)	69,42±18,73	
	51-60 yaş	41	44-141 (69)	70,63±21,17	
	61-70 yaş	33	43-111 (61)	64,69±18,14	
	>71	26	47-129 (64)	66,29±19,32	
Cinsiyet	Kadın	74	43-141 (70,5)	74,63±23,31	^a 0,001**
	Erkek	68	44-130 (57,5)	63,41±18,59	
Eğitim düzeyi	Okuryazar	13	46-119 (69)	72,33±23,88	^b 0,523
	İlkokul	68	44-141 (68)	71,34±22,68	
	Ortaokul	19	47-130 (64)	68,71±21,87	
	Lise	22	46-93,2 (59,2)	61,80±13,14	
	Üniversite ve üzeri	20	43-129 (60,5)	68,90±25,24	
Medeni durum	Bekâr	27	43-108,6 (71,7)	71,14±17,23	^a 0,177
	Evli	115	44-141 (63)	68,82±22,84	

^aMann Whitney U Test

^bKruskal Wallis Test

** $p<0,01$



Şekil 7: Cinsiyete göre YBÜÇSÖ toplam puanlarının dağılımları

Kronik hastalık varlığına göre YBÜÇSÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 7).

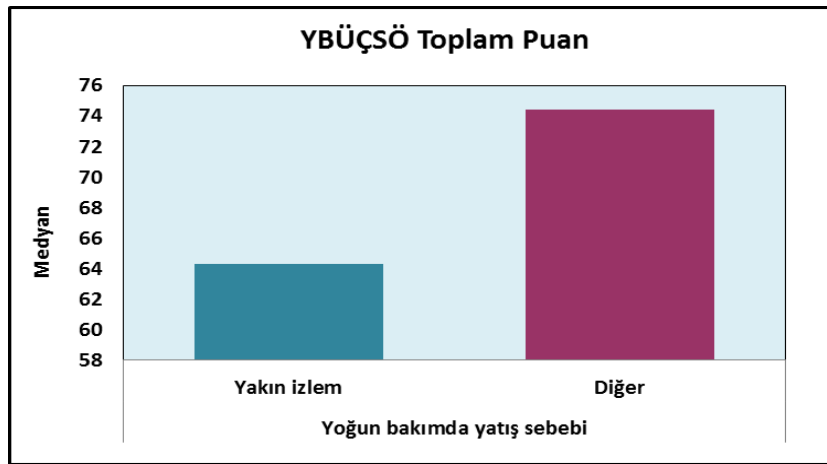
Solunum sistemi hastalıkları, kalp hastalığı, hipertansiyon, diyabet ve diğer kronik hastalıkların varlığına göre YBÜÇSÖ toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 7).

Yoğun bakımda yatış sebebine göre YBÜÇSÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken ($p=0,087$; $p>0,05$); cerrahi girişim sonrası yakın izlem sebebiyle yoğun bakımda yatan olguların puanlarının, diğer sebeplerden yatan olgulardan düşük olması dikkat çekicidir (Tablo 7, Şekil 8).

Tablo 7: Kronik Hastalıklar ve Yoğun Bakımda Yatış Sebeplerine Göre Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği Toplam Puanlarının Değerlendirmesi

		n	YBÜÇSÖ Toplam Puan		^a p
			Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss	
Kronik hastalık varlığı	Evet	91	43-141 (66)	69,16±21,45	0,985
	Hayır	51	46-135 (62)	69,43±22,74	
Solunum sistemi hastalıkları	Evet	13	49,2-93,2 (66)	65,57±14,18	0,893
	Hayır	129	43-141 (65)	69,63±22,48	
Kalp hastalığı	Evet	22	44-141 (69,8)	72,04±25,65	0,761
	Hayır	120	43-135 (64,8)	68,75±21,16	
Hipertansiyon	Evet	75	43-141 (67)	69,28±20,29	0,570
	Hayır	67	46-135 (62)	69,24±23,62	
Diyabet	Evet	48	44-127 (68)	69,23±20,71	0,873
	Hayır	94	43-141 (63)	69,27±22,51	
Diğer	Evet	5	47-108,6 (51)	67,92±28,03	0,543
	Hayır	137	43-141 (65)	69,31±21,72	
Yoğun bakımda yatış sebebi	Cer. gir. son. yakın izlem	126	43-141 (64,3)	67,62±20,09	0,087
	Diğer	16	47-130 (74,4)	82,16±30,39	

^aMann Whitney U Test



Şekil 8: Yoğun bakımda yatış sebebine göre YBÜÇSÖ toplam puanlarının dağılımları

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, reanimasyon yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların çevresel stresörlerden etkilenme durumlarının değerlendirilmesi sonucunda elde edilen verilerin literatür doğrultusunda tartışması yer almaktadır.

Çalışmada Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği (YBÜÇSÖ) toplam puanları 43 ile 141 arasında değişmekte olup, ölçek toplam puan ortalaması $69,26 \pm 21,84$ 'tür. Kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesinde yapılan bir çalışmada (Yaman Aktaş ve ark. 2015) yoğun bakım ünitesinde çevresel stresörler ölçeği toplam ölçek puan ortalaması $86,70 \pm 2,73$ olarak saptanmıştır. Bu çalışmadaki sonuç, çalışma birimindeki hastaların stres düzeylerinin diğer çalışma birimlerindeki hastaların stres düzeyine göre daha düşük olduğunu göstermektedir (Tablo 5). Ölçek puanının değerlendirilmesi için bir kesme noktası olmamasına rağmen, bu bulgu doğrultusunda hastaların reanimasyon yoğun bakım ünitesinde çevresel stresörlerden etkilenme oranının düşük olduğu söylenebilir.

Cornock (1998), yoğun bakımdaki hastaların düşük stres algısında, hastaların savunma mekanizması olarak inkarı kullanması ve yoğun bakımla ilgili deneyimleri hatırlamak istememeleri nedeniyle yaşadıklarını reddedebileceklerini öne sürmüş, Cochran ve ark. (1989), yoğun bakımda hastaların sedasyon almış olmalarından dolayı çevrelerindeki olayları fark edemediklerini ve net hatırlayamadıklarını, ayrıca hastaların şikayet eden bir hasta olarak etiketlenmekten duydukları korkudan dolayı "iyi hasta sendromu" yaşayabileceklerini, bu durumun algılanan stresin daha düşük olarak bildirilmesinde etkili olabileceğini belirtmişlerdir.

Çalışma bulgularında yaş gurupları, eğitim düzeyi ve medeni durum ile YBÜÇSÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p > 0,05$). Cinsiyete göre YBÜÇSÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlendi; kadınların puanları erkeklerden yüksek bulundu ($p = 0,001$; $p < 0,01$) (Tablo 6).

Yaman Aktaş ve ark.'nın (2015) kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastaların algıladıkları çevresel stresörleri inceledikleri araştırmada yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumunun ölçek toplam puan ortalamasını anlamlı

olarak etkilemediği belirlenmiştir. Zaybak ve Yapucu Güneş'in (2010) hastaların yoğun bakım deneyimleri üzerine yaptıkları bir çalışmada, eğitim düzeyinin yoğun bakım deneyimini olumlu ya da olumsuz algılamayı etkilemediği belirlenmiştir. Yoğun bakım hastaları tarafından algılanan stresörleri inceleyen Hweidi (2007), medeni durumun, eğitim düzeyi ve yaşın hastaların algıladığı stres düzeyini etkilediğini, cinsiyetin stres düzeyini etkilemediğini saptamıştır. Çalışmanın ağırlıklı olarak cerrahi girişim sonrası yakın izlem nedeniyle takip edilen ve kısa süreli yoğun bakım yatışı olan hastalara uygulanması sebebiyle, yaş, eğitim ve medeni durumun ölçek puanını etkilemediğini düşündürmektedir. Çalışma sonucunda cinsiyetler arasında bu farklılığın, kadın ve erkeğin yaşamlarında farklı sorumluluklar üstlenmesi, kadınların ev, iş ve ailedeki çeşitli rollerden kaynaklı hassasiyetleri ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada, reanimasyon yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların algıladıkları, en önemli stresör ağrı olarak saptandı (Tablo 4).

Yaman Aktaş ve ark. (2015) yaptıkları çalışmada, ağrı en önemli stresör olarak saptanmıştır. Akdemir (2013), yoğun bakım ünitesinde yaşanan en önemli semptomlardan birinin ağrı olduğunu belirlemiştir. Hweidi' nin (2007) yoğun bakım hastalarının algıladığı stresörleri incelediği çalışmasında, ağrı hastalar tarafından ifade edilen en önemli ikinci stresör olarak saptanmıştır. Eti Aslan ve Karadağ (2007) çalışmalarında, yoğun bakım ünitelerinde bakımı sürdürülen hastaların % 60'ından fazlasının orta ya da şiddetli derecede ağrı çektiğini belirtmiştir. Gültekin ve ark. (2018), çalışma bulgularında ağrıyı beşinci önemli stresör olarak saptamıştır. Zengin'in (2010) makalesinde ağrı, yoğun bakım hastalarında sorunlara neden olan en önemli faktör olarak tanımlanmıştır. Bu çalışma bulguları da, yapılan çalışma bulgularına benzerlik göstermektedir.

Yoğun bakım ünitesinde hastaların hemodinamik izlemi amacıyla yapılan invaziv girişimler, hastalarda ağrı ve acıya sebep olmaktadır ve yoğun bakımda deneyimlenen diğer rahatsızlıkların önüne geçmektedir (Novaes ve ark 1997). Ağrı doğru tanımlanmadığında ve etkin bir şekilde yönetilemediğinde olumsuz hasta sonuçlarına neden olmaktadır. Ağrı yönetiminde klinik uygulama standartlarının ve multidisipliner yaklaşımın kullanılması esastır. Yoğun bakım hemşireleri, ağrının nedenleri, sonuçları, ağrı ve ağrı yönetimi hakkında bilgi sahibi olmaları nedeniyle

ağrının yönetiminde anahtar rol oynarlar (Eti Aslan ve Karadağ 2007; Akdemir 2013; Çelik 2016).

Reanimasyon yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların algıladıkları ikinci önemli stresör su içememek olarak saptandı (Tablo 4).

Zengin'in (2010), makalesinde hastaların yoğun bakım ünitesi ile ilgili zorluk yaşamalarına neden olan faktörler arasında susuzluk dördüncü sırada yer almaktadır Akıncı ve ark. (2007) mekanik ventilatördeki hastalarda stres yaratan deneyimleri incelediği çalışmalarında susuzluk % 83 oranında hastalar tarafından orta ya da şiddetli derecede rahatsız edici bulunmuştur. Gültekin ve ark.'nın (2018) yaptığı çalışmada, susuzluk hastalarda algılanan en önemli stresör olarak saptanmıştır. Zaybak ve Çevik'in (2015) çalışmasında, susuzluk düşük düzeyde stresör olarak saptanmıştır. Çalışma bulguları Zengin'in (2010) makalesindeki bulgulara benzer, Zaybak ve Çevik'in (2015) çalışma bulgularına zıt olarak bulundu. So ve Chan'ın (2004) çalışmasında, susuzluk beşinci stresör olarak saptanmış, yoğun bakım prosedürlerine ve tedavilere bağlı kalma ve hastalarla yeterli iletişim kuramama nedeniyle, hemşirelerin hastaların fiziksel gereksinimlerine daha az duyarlı olabileceği belirtilmiş, nemlendirilmiş gazlı bez ve sık ağız bakımı ile ağızın temiz ve nemli tutulması; ağız bakım ürünlerinin hastanın rahatlıkla erişebileceği bir alana yerleştirilmesi gibi önerilerde bulunulmuştur.

Çalışma biriminde tüm hastaların oksijen tedavisi almaları nedeniyle, oksijenin mukoz membranları kurutması sonucu susuzluğun daha fazla hissedildiği (Çil ve Olgun 2004; Tokem 2010), bu durumun hastaların susuzluk hissetmesinde etken olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmada, aile ve arkadaşları günde birkaç dakika görmek üçüncü önemli stresör olarak saptandı (Tablo 4).

Gültekin ve ark.'nın (2018) çalışmasında, aile ve arkadaşları günde birkaç dakika görmek yedinci stresör olarak saptanmıştır. Akın ve Arıboğan'ın (2006), YBÜ'de tedavi edilen hastalarda strese neden olan faktörleri cinsiyetler açısından değerlendirdikleri çalışmalarında, aile ile sınırlı birliktelik ifadesinin üçüncü sırada ve her iki cinsiyet için ortak stres faktörü olduğu saptanmıştır. Tunçay ve Uçar'ın (2010) çalışmasında, sağlık durumu daha kötü olan hastaların yakınları tarafından daha fazla ziyaret edilmeye ihtiyaç duydukları belirlenmiş, Zaybak ve Çevik'in (2015) çalışmasında, aile ve arkadaşları günde sadece birkaç dakika görebilmek 17. stresör

olarak saptanmış, hastaların % 35,6'sı yakınlarıyla görüşmelerinin yetersiz olduğunu, % 35,8'i ziyaretçilerinin kısıtlı olmasından rahatsız olduklarını ifade etmişlerdir. Zazpe ve ark.'nın 1997 yılında yapmış oldukları araştırmada, hastaların ziyaret saatlerini sınırlı bulduğu, YBÜ'nde hasta, hemşire ve hasta yakını arasındaki üçlü iletişim zincirinin kurulması gerektiği belirtilmiştir.

Çalışma bulguları, Akın ve Arıboğan'ın (2006) bulgularına yakın olarak, Zaybak ve Çevik'in (2015) bulgularından farklı olarak görüldü. Bu farklılığa sebebin ziyaret konusunda kurumlar arası farklı protokol uygulamalarının neden olacağı düşünülmektedir.

Çalışma biriminde ziyaret saatleri belirlidir; ortamın ve hastanın uygun olma durumuna göre kısıtlı yapılandırılmış ziyaret uygulanmakta, ancak hastaların yakınlarıyla direkt iletişim kurabileceği telefon vb. iletişim araçları bulunmamaktadır.

Karabacak ve ark.'nın (2012) araştırmasında, ziyaretin yoğun bakımdaki hastayı fiziksel olarak olumsuz etkilemediği, aksine olumlu etkileyebildiği belirtilmiş, bu doğrultuda esnek ziyaret uygulama konusunda hasta, aile ve sağlık ekibini kapsayan metodolojik çalışmaların yapılarak, yoğun bakım ünitelerinde ziyaret konusunda konsensüs içeren protokollerin geliştirilmesi önerilmiştir. Torun ve ark.'nın (2012) çalışmasında, YBÜ ziyaret kurallarının bilinci açık hastalara göre planlanması, hasta kadar hasta yakınlarının da desteğe ve yardıma ihtiyaçlarının olduğunun göz önünde bulundurulması, hasta ve hasta yakınlarının birbirlerini düzenli olarak görebilecekleri ziyaret saatlerinin düzenlenmesi ya da kamera, cam bölme ya da defter aracılığı ile görüşmenin sağlanabileceği düzeneklerin geliştirilmesi, yoğun bakım ortamında kargaşaya ve enfeksiyona karşı önlem alınacak şekilde uygun izolasyon kuralları sağlanarak ziyaretin sağlanması önerilmektedir (Torun, Kadioğlu ve Öztunç 2012).

Mahremiyetin (gizliliğin) olmaması dördüncü önemli stresör olarak saptandı (Tablo 4).

Yaman Aktaş ve ark.'nın (2015) çalışmasında mahremiyetin olmaması hastalarda üçüncü önemli stresör olarak, Zaybak ve Çevik'in (2015) çalışmasında, mahremiyet eksikliği hastalar için ikinci önemli stresör olarak saptanmıştır. Yava ve ark.'nın (2010) çalışmasında, mahremiyetin olmamasını hastalar 11. sırada stresör olarak bildirmiştir. Yava ve ark.'nın (2010) araştırmasından farklı olan çalışma

bulguları, Yaman Aktaş ve ark 'nın (2015) ve Zaybak ve Çevik'in (2015) bulgularıyla benzerdir.

Bu stresörün hastalar tarafından dördüncü sırada algılanması, mahremiyetin korunması konusunda gerekli önlemlerin yeteri kadar alınmadığını düşündürmektedir. Ancak kültürel farklılıklar, çalışmanın yapıldığı yoğun bakım ortamının fiziksel koşulları, koğuş tipi yoğun bakım olarak yapılanmış olması, erkek ve kadın hastaların aynı odada bulunması, hastaların giyinememesi, sadece nevresim ile örtülerek mahremiyetinin korunmaya çalışılmasının bu sonuç üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Uygulamalar sırasında hasta mahremiyetinin sağlanmasına özen gösterilmesi, perde/ paravan gibi araçların kullanılması önerilebilir.

Tüplere bağlanmış olmak beşinci önemli stresör olarak saptandı (Tablo 4).

Mekanik ventilatöre bağlı olmak, susuzluk, trakeal aspirasyon ve bağımlı olmak gibi sorunlar yaratmasından dolayı yoğun bakım hastası için önemli bir stres faktörüdür (Zengin 2010). Mekanik ventilasyondaki hastalarda stres yaratan deneyimler üzerine yapılan bir çalışmada (2007), yoğun bakım ünitesindeki mekanik ventilasyon tedavisinin hasta üzerinde birçok olumsuz etkisi olduğu, hastada fiziksel ve psikolojik strese neden olduğu belirtilmiştir (Akıncı ve ark.2007).

Zaybak ve Yapucu Güneş'in (2010) yaptıkları çalışmada, solunum cihazına bağlı kalma durumlarının hastaların yoğun bakım deneyimini olumsuz etkilediği belirlenmiş, konuşamamak, duygu, düşünce ve isteklerini ifade edememek ve solunumlarının ventilatörle desteklenmesi, ventilatöre bağlı hastalar için en stresli ve rahatsız edici deneyimler olarak belirtilmiş, bu durumun hastaların anksiyete, korku, özsaygı kaybı, acı, stres ve güvensizlik duymalarına neden olduğu belirtilmiştir. Zaybak ve Çevik'in (2015) çalışmasında, ağızda ve burunda tüplerin olması en önemli stresör olarak saptanmış olup bu çalışma bulgusundaki "tüplere bağlanmış olmak ifadesi", onların "ağızda ve burunda tüp olması" ifadesi ile benzerlik göstermektedir. Çalışma bulguları, diğer çalışma bulgularını desteklemektedir.

Çalışmada, eşini özlemek, altıncı önemli stresör olarak saptandı (Tablo 4).

Eşini özlemek; Gültekin ve ark. (2018) çalışmasında 15. stresör olarak, Zaybak ve Çevik'in (2015) çalışmasında 13. stresör olarak, Hweidi'nin (2007) çalışmasında 14. stresör olarak, So ve Chan'ın (2004) çalışmasında dokuzuncu stresör olarak

saptanmıştır. Çalışma bulguları So ve Chan'ın (2004) çalışma bulgularına yakınlık göstermektedir. Çalışmaya katılan olguların %81' inin evli olmasının, bu stresörün yüksek düzeyde algılanmasını etkilediğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada, sıkılmak yedinci stresör olarak saptandı (Tablo 4).

Zaybak ve Çevik'in (2015) çalışmasında, sıkılmak 19. stresör olarak, So ve Chan'ın (2004) çalışmasında 17. stresör olarak, Hweidi'nin (2007) çalışmasında 27. stresör olarak saptanmıştır. Tunçay ve Uçar'ın (2010) çalışmasında görüşülen hastaların % 27,4'ü gazete, dergi vb olmamasından rahatsız olduğunu belirtmiştir. Bu çalışma bulgularında, sıkılmanın diğer çalışma bulgularına göre daha yüksek oranda stresör olarak algılandığı görüldü.

Çalışma yapılan birimde hasta ziyareti kısıtlı yapılandırılmış olarak uygulanmakta; TV, gazete, dergi, telefon, tablet, vb bulunmamakta; fakat hasta talep ettiğinde gazete, kitap, dergi hasta yakınları aracılığı ile sağlanabilmektedir. Bilinci açık hastalar ile daha sık iletişime geçilerek bu yönde taleplerinin olup olmadığının sorgulanması; hasta ziyareti saatlerinin çalışma düzenini ve izolasyon kurallarını aksatmayacak şekilde bilinci açık hastalar için esnetilmesi önerilebilir.

Serum setleri nedeniyle ellerini ve kollarını kıpırdatamamak (hareket ettirememek), sekizinci stresör olarak saptandı (Tablo 4).

Sekmen'in (1999) yoğun bakım ortamının teknolojik özelliklerinin hasta ve ailesi üzerine etkilerini incelediği çalışmada; hastaların %40 ve daha fazlasının, cihazlara bağlı olmaktan dolayı hareket edememekten ve aletlere bağlı olma durumundan rahatsızlık duydukları belirtilmiştir. Zaybak ve Çevik'in (2015) çalışmasında, serum setleri nedeni ile hareket edememek 22. stresör olarak; So ve Chan'ın (2004) çalışmasında, 11. stresör olarak; Hweidi'nin (2007) çalışmasında 22. stresör olarak saptanmıştır.

Bu çalışmada, serum setleri nedeniyle ellerini ve kollarını kıpırdatamamak (hareket ettirememek) daha yüksek oranda stresör olarak bulundu. Çalışma biriminde hastalara sürekli sıvı replasmanı yapılmasının, hastaların bu stresörü daha yüksek oranda algılamasında etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Yapılacak uygulamaların ne zaman yapılacağını bilmemek dokuzuncu stresör olarak saptandı (Tablo 4).

Gültekin ve ark. (2018) çalışmasında, yapılacak uygulamaların ne zaman yapılacağını bilmemek 16. stresör olarak; Zaybak ve Çevik'in (2015) çalışmasında, yapılması gereken şeylerin ne zaman yapılacağını bilmemek 38. stresör olarak saptanmıştır. Çalışma bulgularında yapılacak uygulamaların ne zaman yapılacağını bilmemenin daha yüksek oranda stresör olarak algılanması, hastaların yapılan bilgilendirmeden tatmin olmadığını düşündürmektedir.

Yoğun bakım ünitesi çalışanlarının hasta ile iletişime daha fazla önem vermesi ve zaman ayırması, özel yöntemler geliştirerek etkili iletişimi sağlaması, yapılan ve yapılacak uygulamalar hakkında, işlem öncesi ve sırasında bilgilendirme yapması önerilebilir.

Burunda veya ağızda tüplerin olması 10. stresör olarak saptandı (Tablo 4).

Yoğun bakımda hastaların bazı cihazlara bağlanması gerekir. Ağız ve burunda nazogastrik veya endotrakeal tüpün varlığı, hastaların iletişimini ve oral alımını kısıtlar, hareketsizliğini artırır (Zaybak ve Çevik 2015). Zaybak ve Çevik'in (2010) çalışmasında ağızda ya da burunda tüp olması, hem hastalar hem de hemşireler için en önemli stresör olarak; Gültekin ve ark. (2018) çalışmasında, ikinci önemli stresör olarak; So ve Chan'ın (2004) çalışmasında 12. stresör olarak saptanmıştır. Çalışma bulguları So ve Chan'ın (2004) çalışma bulgularına benzerlik göstermektedir.

Çalışma bulgularında ağızda ve burunda tüp olması 10. stresör olarak yer almakta, fakat tüplere bağlanmış olmak ifadesi ile yakın anlama sahip olduğu için, hastaların bu soruya burnundaki nazogastrik sondayı düşünerek cevap vermiş olmaları ihtimalini düşündürmektedir.

Saatin kaç / zamanın ne olduğunu bilmemek % 15,5 oranıyla 11. stresör olarak saptandı (Tablo 4).

Gültekin ve ark.'nın (2018) çalışma bulgularında, saatin kaç olduğunu bilmemek hastalar tarafından algılanan 22. stresör olarak; Hweidi'nin (2007) çalışmasında 39. stresör olarak saptanmıştır. Bu çalışmada daha yüksek oranda stresör olarak bulundu.

Çalışmanın yapıldığı yoğun bakım ünitesinde her üniteye duvarda bir saat bulunmaktadır. Ancak, bazı hastalar bunu fark ettiklerini, bazı hastalar ise fark etmediklerini belirtmektedir. Her hastanın görebileceği konumda duvarda takvimli saatlerin bulundurulması önerilebilir.

Uyuyamamak 12. stresör olarak saptandı (Tablo 4).

Yaman Aktaş ve ark.'nın (2015) çalışmasında uyuyamamak ikinci önemli stresör olarak saptanmıştır. Tunçay ve Uçar'ın (2010) çalışmasında YBÜ' ndeki hastaların %37,7'sinin uykusuzluk yaşadığı saptanmıştır. Cornock'un (1998) çalışması, uykusuzluğun altıncı önemli stresör olduğunu; So ve Chan'ın (2004) ve Hweidi'nin (2007) çalışması üçüncü stresör olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmada uyuyamamanın, diğer çalışma bulgularındaki sonuçlara göre daha düşük stresör olarak saptanması; ortamın fiziksel koşullarının hastaların uyuması için orta düzeyde uygun olduğunu düşündürmektedir.

Işıkların sürekli (açık) olması 13. stresör olarak saptandı (Tablo 4).

YBÜ' lerinde sürekli yapay aydınlatma olması uyku-uyanıklık döngüsünü sağlayan aydınlık-karanlık döngüsünün kaybolmasına neden olmaktadır. Akdemir'in (2013) çalışmasında hastaların % 20'sinin aydınlatmanın uygun olmadığını belirttiği görülmüştür. Tunçay ve Uçar (2010) çalışmasında hastaların % 18,8'inin gece-gündüzü ayırmada güçlük çektiklerini, % 37,7'sinin uykusuz kaldıklarını belirtmişlerdir.

Zaybak ve Çevik'in (2015) çalışmasında ışıkların sürekli açık kalması, hastalar tarafından algılanan 11. stresör olarak; So ve Chan'ın (2004) çalışmasında 30. stresör olarak; Hweidi'nin (2007) çalışmasında 28. stresör olarak saptanmıştır. Çalışma bulguları Zaybak ve Çevik'in (2015) çalışma bulgularıyla benzerdir.

Çalışmanın yapıldığı birimin koğuş sisteminde yapılanması sebebiyle her hastanın ayrı odası mevcut değildir. Geceleri sağlık çalışanları tarafından genel aydınlatma azaltılmaktadır. Işıklandırma saatlerinin düzenlenerek, aydınlık-karanlık döngüsünün sağlanmasına özen gösterilmesi önerilebilir.

Kendi kontrolünün kendi elinde olmaması 14. stresör olarak saptandı (Tablo 4).

Tunçay ve Uçar'ın (2010) çalışmasında, hastaların % 85,7'sinin sürekli yatakta bulunmaktan ve temel gereksinimlerinin de yatakta karşılanmasından dolayı rahatsız oldukları saptanmıştır. Cornock'un (1998) çalışmasında, başkasına bağımlı olma ve öz bakım gücünün kendinde olmaması hastalar için altıncı sırada stresör; So ve Chan'ın (2004) çalışmasında, ikinci önemli stresör olarak yer almıştır. Zaybak ve Çevik'in (2015) çalışmasında kendi kontrolünü sağlayamamak, 12. stresör olarak saptanmıştır.

Çalışma bulguları Zaybak ve Çevik'in (2015) çalışma bulgularına benzerlik göstermektedir.

Yapılan tedavilerin açıklanmaması 15. stresör olarak saptandı (Tablo 4).

Hweidi'nin (2007) çalışmasında, yapılan tedavilerin açıklanmaması 14. stresör; Gültekin ve ark.'nın (2018) çalışmasında 18. stresör olarak saptanmıştır. Çalışma bulguları Hweisi (2007) ve Gültekin ve ark.'nın çalışma bulgularına yakın sonuçlar içermektedir. Hastaların çalışanlara ve tedavi protokolüne güven duydukları için, yapılan tedavilerin açıklanmamasını majör stresör olarak algılamadıklarını düşündürmektedir.

Oksijen almak/ oksijen maskesi takmak 16. stresör olarak saptandı (Tablo 4).

So ve Chan'ın (2004) çalışmasında oksijen almak, 19. stresör olarak; Hweidi'nin (2007) çalışmasında 16. stresör olarak; Zaybak ve Çevik'in (2015) çalışmasında, 26. stresör olarak saptanmıştır. Çalışma bulguları Hweidi (2007) ve So ve Chan'ın (2004) çalışma bulgularına benzerlik göstermektedir.

Çok sıcak ya da çok soğuk bir odada olmak 17. stresör olarak saptandı (Tablo 4).

Yoğun bakım ünitesinde yatan hastalar, yoğun bakımda giyilen önlükler ve üzerlerinin açık kalabilmesi sonucunda soğuğa karşı hassas olabilmektedir. Akdemir'in (2013) çalışmasında hastaların % 27,5'i havalandırmanın, % 60'ı ortam ısısının uygun olmadığını belirtmiş, ortam ısısının uygun olmamasının, hastaların YBÜ' den aldıkları bakımdan memnuniyetin düşük olmasına neden olduğu görülmüştür.

Zaybak ve Çevik'in (2015) çalışmasında, çok sıcak ya da çok soğuk bir odada olmak hastalar tarafından algılanan üçüncü stresör olarak, Hweidi'nin (2007) çalışmasında 19. stresör olarak, So ve Chan'ın (2004) çalışmasında 39. stresör olarak saptanmıştır. Çalışma bulguları Zaybak ve Çevik'in (2015) bulgularına zıt, Hweidi'nin (2007) çalışmasına benzer olarak görülmesi; kurumlar arasındaki farklı fiziksel koşulların, sıcaklık ve nem oranının etkili olduğunu düşündürmektedir.

Yoğun bakım ünitesinde hastaların üşüme/terleme durumlarının ve ortam ısısının değerlendirilmesi; YBÜ sıcaklık ve nem oranına uyulması; üşümemesi / terlememesi için gerekli önlemlerin alınması; gerektiğinde ısıtıcı / soğutucu araçların kullanılması önerilebilir.

Makinelerin seslerini ve alarmlarını duymak 18. stresör olarak saptandı (Tablo 4).

Zaybak ve Çevik'in (2015) çalışmasında, makine sesleri ve alarmlarının 10. stresör olarak, So ve Chan'ın (2004) ve Hweidi'nin (2007) çalışmasında dördüncü stresör olarak saptanmıştır. Çalışma biriminde alarm seslerinin kontrol altına alınmış olması, hastaların bu stresörü majör stresör olarak algılamadığını düşündürmektedir.

Çevredeki alışık olmadık kokuları duymak 19. stresör olarak saptandı (Tablo 4).

So ve Chan'ın (2004) çalışmasında 36. stresör olarak, Hweidi'nin (2007) çalışmasında 29. stresör olarak, Gültekin ve ark.'nın (2018) çalışmasında 12. stresör olarak saptanmıştır. Çalışma bulguları yapılan çalışma sonuçlarıyla (So Chan 2004 ve Hweidi 2007) zıt olduğu, çevredeki alışık olmadık kokuları duymanın daha yüksek oranda stresör olarak görüldüğü belirlendi. Yoğun bakım ünitesinin koğuş sisteminde yapılmış olması, her hastanın temel gereksiniminin aynı ortamda karşılanması, havalandırma koşullarının yetersizliğinin bu sonuçta etkili olduğunu düşündürmektedir.

Erkek ve kadınların aynı odada kalmaları 20. stresör olarak saptandı (Tablo 4).

Zaybak ve Çevik'in (2015) çalışmasında ve Yaman Aktaş ve ark.'nın (2015) çalışmasında, erkek ve kadınların aynı odada bulunması hastalar tarafından bildirilen dördüncü önemli stresör olarak saptanmıştır. Çalışma bulguları yapılan çalışmalara zıt olarak bulundu. Zaybak ve Çevik (2015) çalışmasında, hastaların erkek ve kadınların aynı odada bulunmasını, mahremiyetin olmamasıyla ilişkili olarak düşünüp cevap vermiş olduklarını yorumlamışlardır.

Çalışma bulgularında iki stresörün birbiri ile ilişkili olduğu düşünülerek yanıtlanmadığı görülmekle birlikte, çalışmanın yapıldığı yoğun bakım ortamının koğuş şeklinde yapılmış olması ve erkek ve kadınların aynı odada ve kıyafetsiz bulunmaları, gizliliğin korunması konusunda sorun yaratabileceğinden dolayı; hastaların bakım gereksinimleri karşılanırken paravan / perde çekilmesi, hastaların üzerinin örtülmesi, mahremiyetlerine özen gösterilmesi açısından önerilebilir.

Alışılmadık sesler duymak 21. stresör olarak saptandı (Tablo 4).

Akdemir'in (2013) çalışmasında YBÜ' deki ses düzeyinin uygun olmadığını söyleyen hastaların, uygun olduğunu söyleyen hastalara oranla yoğun bakım deneyimlerinin olumsuz olduğu saptanmıştır. Yılmaz ve ark. (2008) çalışmasında,

hastaların gürültü nedeniyle uyku problemi yaşadıklarını ve diğer hastaların sesinin en önemli gürültü kaynağı olduğunu belirtmişlerdir.

Hweidi'nin (2007) çalışmasında alışılmadık sesler yedinci stresör olarak; So ve Chan'ın (2004) çalışmasında 23. stresör olarak saptanmış; Gültekin ve ark.'nın (2018) çalışmasında 11. stresör olarak saptanmıştır. Çalışma bulguları So ve Chan'ın (2004) çalışma bulgularına paraleldir. Çalışmanın yapıldığı birimde alışılmadık ses oranının, Gültekin ve ark. (2018) ve Hweidi'nin (2007) çalışma yaptığı birimlere göre daha düşük olduğunu düşündürmektedir.

Diğer hastaların ağlama / inlemelerini duymak 22. stresör olarak saptandı (Tablo 4).

Tunçay ve Uçar'ın (2010) çalışmasında, hastaların % 34'ü kötüleşen ve acı çeken diğer hastaları görmekten ve % 25,5'i diğer hastaların tıbbi işlem uygulamalarına tanık olmaktan rahatsız olduklarını belirtmişlerdir.

Diğer hastaların ağlama / inlemelerini duymak, Gültekin ve ark.'nın (2018) çalışmasında 14. stresör olarak; Hweidi'nin (2007) çalışmasında 20. stresör olarak; So ve Chan'ın (2004) çalışmasında 38. stresör olarak saptanmıştır. Çalışma bulguları Hweidi'nin (2007) çalışma bulgularına benzerlik göstermektedir. Yoğun bakım ünitesinin koğuş sisteminde yapılanmış olmasından, hastaların özel odalarının olmamasından dolayı; hastaların diğer hastaların ağlama/ inlemelerine tanık olmuş olabileceklerini düşündürmektedir.

Hemşireler tarafından uyandırılmak 23. stresör olarak, iğnelerle delinmek 24. stresör olarak saptandı (Tablo 4).

Gültekin ve ark. (2018) çalışmasında, hemşireler tarafından uyandırılmak 29. stresör olarak; So ve Chan'ın (2004) çalışmasında 22. stresör olarak; Hweidi'nin (2007) çalışmasında 11. stresör olarak saptanmıştır. Çalışma bulguları So ve Chan'ın (2004) bulgularına benzerlik göstermektedir.

Gültekin ve ark.'nın (2018) çalışmasında, iğnelerle delinmek 17. stresör olarak; So ve Chan'ın (2004) çalışmasında 16. stresör olarak; Hweidi'nin (2007) çalışmasında 17. stresör olarak saptanmıştır.

Zaybak ve Çevik'in (2015) çalışmasında ve Yaman Aktaş ve ark.'nın (2015) yaptığı çalışmada (2015), hastaların yapılan uygulamaları tedavi ve iyileştirme sürecinin

bir parçası olarak kabul ettiği görülmüştür. Hastaların yoğun bakımda kaldıkları süreyi iyileşme süreci olarak gördükleri için, iğneler yapılmasını ve hemşireler tarafından uyandırılmayı yüksek derecede stresör olarak görmediklerini düşündürmektedir.

Sürekli tavana bakmak (tavanı izlemek) 25. stresör olarak saptandı (Tablo 4).

Gültekin ve ark.'nın (2018) çalışmasında tavanı izlemek 10. stresör olarak; Zaybak ve Çevik'in (2015) çalışmasında tavandaki şekilleri izlemek zorunda kalmak 31. stresör olarak, Hweidi'nin (2007) çalışmasında 33. stresör olarak saptanmıştır. Yatak başının 30-45° yükseklikte tutulmasının, hastanın çevresini gözlemlemesini sağladığı, tavana odaklanmasını engellediğini düşündürmektedir.

Hangi günde olduğunu bilmemek 26. stresör olarak saptandı (Tablo 4).

Zaybak ve Çevik'in (2015) çalışmasında, hangi günde olduğunu bilmemek 23. stresör olarak; Gültekin ve ark.'nın (2018) çalışmasında 23. stresör olarak; So ve Chan'ın (2004) çalışmasında 26. stresör olarak saptanmıştır. Çalışma bulguları, yapılan çalışma bulgularına benzerlik göstermektedir.

Tunçay ve Uçar (2010), koroner yoğun bakım ünitesindeki hastaların %2,8'i, genel cerrahi ve iç hastalıkları yoğun bakım ünitelerindeki hastaların % 45,7'si hangi gün olduğunu anlamada güçlük çektiklerini ve bu durumdan rahatsızlık duyduklarını belirtmişlerdir.

Çalışmanın çoğunlukla bilinci açık, cerrahi girişim sonrası yakın izlem nedeniyle yoğun bakıma alınan hastalara uygulanması, hastaların zaman kavramında sıkıntı yaşamadıklarını düşündürmektedir.

Hemşire ve doktorların yüksek sesle konuşmaları 27. stresör olarak saptandı (Tablo 4).

Yaman Aktaş ve ark.'nın (2015) çalışmasında hemşire ve doktorların yüksek sesle konuşmaları en düşük ikinci stresör olarak; Gültekin ve ark.'nın (2018) çalışmasında 26. stresör olarak; Hweidi'nin (2007) çalışmasında 15. stresör olarak saptanmıştır. Çalışma bulguları Gültekin ve ark.'nın (2018) bulgularına benzerdir. Çalışma yapılan birimin üçüncü düzey yoğun bakım olması, acil girişimlerin yapılması, hasta giriş çıkışlarının yapılması sebebiyle YBÜ çalışanlarının tam olarak sessizliği sağlamakta zorlandıklarını düşündürmektedir.

Hemşirelerin anlaşılmayan kelimeler kullanmaları 28. stresör olarak saptandı (Tablo 4).

So ve Chan'ın (2004) çalışmasında 41. stresör olarak; Hweidi'nin (2007) çalışmasında 30. stresör olarak; Gültekin ve ark.'nın (2018) çalışmasında 25. stresör olarak saptanmıştır. Çalışma bulguları Gültekin ve ark.'nın (2018) ve Hweidi'nin (2007) çalışma bulgularına benzerdir. Bu sonuç tıbbi terimlerin/ anlaşılmayan kelimelerin hasta ile iletişimde fazla kullanılmadığını düşündürmektedir.

Tanıdık olmayan doktorlar tarafından bakılmak 29. stresör olarak, başın üzerindeki (damar içi) serum / kan torbalarını görmek 30. stresör olarak saptandı (Tablo 4).

Tanıdık olmayan doktorlar tarafından bakılmak, Gültekin ve ark.'nın (2018) çalışmasında 27. stresör olarak; So ve Chan'ın (2004) çalışmasında 29. stresör olarak; Zaybak ve Çevik'in (2015) çalışmasında 36. stresör olarak saptanmıştır.

Başın üzerindeki (damar içi) serum / kan torbalarını görmek Hweidi'nin (2007) çalışmasında 31. stresör olarak, So ve Chan'ın (2004) çalışmasında 14. stresör olarak, Gültekin ve ark.'nın (2018) çalışmasında 36. stresör olarak saptanmıştır.

Bu sonuç, hastaların tanıdık olmayan doktorlar tarafından bakılmayı ve başın üzerindeki (damar içi) serum / kan torbalarını tedavi ve iyileşme sürecinin bir parçası olarak gördüklerini düşündürmektedir.

Nerede olduğunu bilmemek 31. stresör olarak saptandı (Tablo 4).

Gültekin ve ark.'nın (2018) çalışmasında, nerede olduğunu bilmemek 37. stresör olarak; Zaybak ve Çevik'in (2015) çalışmasında 34. stresör olarak; Hweidi'nin (2007) çalışmasında 26. stresör olarak saptandı. Bu bulgu, hastalara yapılan bilgilendirmenin orta düzeyde olduğunu düşündürmektedir.

Diğer hastalara yapılan tedavileri görmek 32. stresör olarak saptandı (Tablo 4).

Zaybak ve Çevik'in (2015) çalışmasında 27. stresör; So ve Chan'ın (2004) çalışmasında 28. stresör; Hweidi'nin (2007) çalışmasında dokuzuncu stresör olarak saptanmıştır. Çalışma bulgularında daha düşük oranda stresör olarak algılanması; hastaların diğer hastalara yapılan tedavilere düşük oranda şahit olduklarını düşündürmektedir.

Etrafta garip (tuhaf) makinelerin olması 33. stresör olarak saptandı (Tablo 4).

Gültekin ve ark.'nın (2018) çalışmasında 30. stresör olarak; Hweidi'nin (2007) çalışmasında 34. stresör olarak; So ve Chan'ın (2004) çalışmasında 20. stresör olarak saptanmıştır. Çalışma bulguları Gültekin ve ark. (2018) ve Hweidi'nin (2007) çalışma bulgularına benzerlik göstermektedir.

Yatak ve/veya yastığın rahat olmaması 34. stresör olarak saptandı (Tablo 4).

Gültekin ve ark.'nın (2018) çalışma bulgularında yatak ve/veya yastığın rahat olmaması 19. stresör olarak; So ve Chan'ın (2004) çalışmasında 33. stresör olarak; Hweidi'nin (2007) çalışmasında 24. stresör olarak saptanmıştır.

Çalışma biriminde yatan hastalar yastık/ yatakların rahat olduğunu ve memnun olduklarını sözel olarak ifade ettiler.

Kalp monitorünün alarmının bozulduğunu (kesildiğini) fark etmek (duymak) 35. stresör olarak saptandı (Tablo 4).

Kalp monitorünün alarmının bozulduğunu (kesildiğini) fark etmek (duymak), Gültekin ve ark. (2018) çalışmasında 28. stresör; So ve Chan'ın (2004) çalışmasında 18. stresör; Zaybak ve Çevik'in (2015) çalışmasında 14. stresör olarak saptanmıştır. Çalışma bulgularında daha düşük düzeyde stresör olarak algılandığı görülmektedir.

Telefon sesini duymak (telefonun çalması) 36. stresör olarak saptandı (Tablo 4).

Telefonun çalması, Yaman Aktaş ve ark.'nın (2015) çalışmasında, hastalar tarafından algılanan düşük düzeyde algılanan beşinci stresör olarak görülmüştür. So ile Chan'ın (2004) çalışmasında 35. stresör olarak; Hweidi'nin (2007) çalışmasında 38. stresör olarak saptanmıştır. Çalışma bulguları, yapılan çalışma bulgularına benzerlik göstermektedir.

Yapılan çalışmalarda; telefonun sesinin uyku kalitesini olumsuz etkileyen faktörler arasında yer aldığı fakat, yoğun bakım ünitesinde hastaların aileleriyle ve yakınlarıyla sürekli iletişim halinde bulunamaması; yabancı bir ortamda bulunmaları; hastaların aile üyelerinden veya yakınlarından birinin arama beklentisi yaşamaları sebebiyle, telefonun sesini duymayı düşük düzeyde stresör olarak algılamış olabilecekleri şeklinde yorumlanmıştır (Dedeli ve Akyol 2008; Yaman Aktaş ve ark 2015). Çalışmanın yapıldığı yoğun bakım ünitesinde hastaların telefon vb. iletişim

araçları kullanmalarına izin verilmemekte, hastalar yakınları ile ziyaret saatlerinde görüşebilmektedir.

Hemşirelerin kendilerini tanıtmamaları 37. stresör olarak saptandı (Tablo 4).

Zaybak ve Çevik'in (2015) çalışmasında, hemşirelerin kendilerini tanıtmamaları 40. stresör olarak; Gültekin ve ark.'nın (2018) çalışmasında 31. stresör olarak; So ve Chan'ın (2004) çalışmasında 27. stresör olarak saptanmıştır. Çalışma bulguları Zaybak ve Çevik (2015) ve Gültekin ve ark.'nın (2018) çalışma bulgularına benzerlik göstermektedir. Hemşirelerin hastalara kendilerini tanıttıklarını için bu stresörün hastalarda düşük oranda algılandığını düşündürmektedir.

Hemşirelerin çok aceleci olmaları 38. stresör ve en düşük algılanan beşinci stresör olarak saptandı (Tablo 4).

Hemşirelerin çok aceleci olmaları, Gültekin ve ark. (2018) çalışmasında 35. stresör olarak; Zaybak ve Çevik'in (2015) çalışmasında 21. stresör olarak; Hweidi'nin (2007) çalışmasında 40. stresör olarak saptanmıştır. Çalışma bulguları Gültekin ve ark.'nın (2018) ve Hweidi'nin (2007) çalışma bulgularına benzerlik göstermektedir. Hastaların hemşirelerin aceleci tavırlarını işin bir parçası olarak gördükleri için düşük oranda etkilendiklerini düşündürmektedir.

Doktor ve hemşireler tarafından sık aralıklarla (sık sık) fiziksel muayene yapılması 39. stresör ve en düşük algılanan dördüncü stresör olarak saptandı (Tablo 4).

Yaman Aktaş ve ark.'nın (2015) çalışmasında, doktor ve hemşireler tarafından sık aralıklarla (sık sık) fiziksel muayene yapılması en düşük stresör olarak; Gültekin ve ark.'nın (2018) çalışma bulgularında 38. stresör olarak saptanmıştır. Çalışma bulguları yapılan çalışma bulgularına benzerlik göstermektedir. Hastaların sık sık yapılan muayeneyi tedavinin, iyileşmenin bir parçası olarak görmelerinden dolayı, bu durumdan etkilenme durumunun düşük olduğunu düşündürmektedir.

Sık sık tansiyon (kan basıncı) ölçülmesi, 40. stresör ve en düşük algılanan üçüncü stresör olarak saptandı (Tablo 4).

Sık sık tansiyon (kan basıncı) ölçülmesi, Gültekin ve ark.'nın (2018) çalışma bulgularında 24. stresör; Yaman Aktaş ve ark.'nın (2015) çalışmasındaki bulgularda en düşük üçüncü çevresel stresör olarak görülmüştür. Cerrahi girişim sonrası yakın izlem

için YBÜ' ne alınan hastaların tansiyon takibinin invazif olarak yapılmasının bu durumda etkili olduğunu düşündürmektedir.

Hemşirelerin makineleri, hastaları izlediklerinden daha yakın izlemeleri 41. ve hastaların en düşük oranda algıladığı ikinci stresör olarak saptandı (Tablo 4).

Çalışma bulgularında hemşirelerin cihazları, hastaları izlediklerinden daha yakın izlemeleri, Yaman Aktaş ve ark. (2015) çalışmasındaki bulgulara benzer şekilde en düşük çevresel stresörlerden ikincisi olarak görüldü. So ve Chan'ın (2004) çalışma bulgularında 34. stresör olarak; Hweidi'nin (2007) çalışma bulgularında, 37. stresör olarak saptanmıştır. Adsay ve Dedeli'nin (2015) çalışmasında, sağlık profesyonellerinin sık takip ve gözlem yapmalarının, yoğun bakım ünitesindeki bakımdan memnuniyeti arttırdığını; uygulanan tıbbi prosedürlerin hastaların birçoğu için yaşamlarını uzatma umudu taşımalarına neden olduğu şeklinde yorumlamışlardır.

Hemşirelerin, yatağın etrafında sürekli bir şeyler yapmaları 42. stresör ve hastaların algıladığı en düşük stresör olarak saptandı (Tablo 4). Gültekin ve ark.'nın (2018) çalışmasında da en düşük stresör olarak saptanmış; So ve Chan'ın (2004) çalışmasında 25. stresör olarak; Hweidi'nin (2007) çalışmasında 36. stresör olarak saptanmıştır. Çalışma bulguları Gültekin ve ark.'nın (2018) bulgularına benzerlik göstermektedir.

Sekmen ve Hatipoğlu'nun (1999) çalışmasında, yoğun bakımdaki hastaların % 63,4'ü ünite de bakım hizmetlerine önem verilmesi ve ciddi bir hastalık ve ameliyattan sağlıklı bir şekilde kurtuldukları için güven ve rahatlık duygusu yaşamakta, Söyük ve ark.'nın (2001) çalışmasında, hastaların kendilerine yapılan açıklamaları yeterli buldukları, soru sorabildikleri, fizik ortamdan memnun oldukları, hekim ve hemşirelere güvendikleri görülmüştür. Yava ve ark.'nın (2006) yapmış oldukları bir çalışmada, hastaların % 94'ünün yoğun bakım ünitesini arkadaşıca, sakin ve rahatlatıcı bir ortam olarak tanımladıkları görülmüştür. Çalışma bulguları, hemşirelerin hastalara yakın mesafede olmasının hastalarda güven duygusu oluşturduğunu düşündürmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bir üniversite hastanesi reanimasyon yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların çevresel stresörlerden etkilenme durumlarını belirlemek amaçlı yapılan bu çalışma sonucunda;

Olguların bireysel özellikleri incelendiğinde; %52,1'i kadın, %47,9'u erkektir. Olguların yaşları 18 ile 87 arasında değişmekte olup, ortalama yaş $55,84 \pm 15,21$ yıldır.

Eğitim düzeyleri incelendiğinde; %9,2 okuryazar, %47,8 ilkokul, %13,4 ortaokul, %15,5 lise, %14,1 üniversite ve üzeri olarak bulundu.

Olguların %81'i evli, %19'u bekadır.

Olguların %35,9' unda kronik hastalık bulunmazken, %64,1' inin kronik hastalığı vardır. Görülen kronik hastalık türleri incelendiğinde; %52,8 hipertansiyon, %33,8 diyabet, %15,5 kalp hastalığı, %9,2 solunum sistemi hastalıkları ve %3,5 diğer hastalıklar saptandı.

Olguların %88,7'si cerrahi girişim sonrası yakın izlem, %4,3'ü pnömoni, %2,8'i sepsis, %2,8'i trafik kazası, %0,7'si nefrotik sendrom ve %0,7'si myastenia gravis nedeniyle yoğun bakımda yatmaktadır.

Yaş ile YBÜÇSÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p > 0,05$).

Cinsiyete göre YBÜÇSÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanarak; kadınların puanları erkeklerden anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p = 0,001$; $p < 0,01$).

Eğitim düzeyine ve medeni duruma göre YBÜÇSÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p > 0,05$).

Kronik hastalık varlığına göre YBÜÇSÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p > 0,05$).

Solunum sistemi hastalıkları, kalp hastalığı, hipertansiyon, diyabet ve diğer kronik hastalıkların varlığına göre YBÜÇSÖ toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p > 0,05$).

Yoğun bakımda yatış nedenine göre YBÜÇSÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken ($p=0,087$; $p>0,05$); cerrahi girişim sonrası yakın izlem sebebiyle yoğun bakımda yatan olguların puanlarının, diğer sebeplerden yatan olgulardan düşük olması dikkat çekicidir.

Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği toplam puanları 43 ile 141 arasında değişmekte olup, ortalama $69,26 \pm 21,84$ 'tür. Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği Cronbach's Alpha katsayısı 0,946 olarak bulundu. Buna göre ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu söylenebilir.

Çalışma sonucunda, reanimasyon yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların algıladıkları en önemli stresörler sırasıyla; ağrı olması ($M=2,58$, $SD=1,11$), su içememek ($M=2,42$, $SD=1,27$), aile ve arkadaşları günde birkaç dakika görmek ($M=2,32$, $SD=1,22$), mahremiyetin olmaması (gizliliğin olmaması) ($M=2,29$, $SD=1,33$), tüplere bağlanmış olmak ($M=2,25$, $SD=1,31$), eşini özlemek ($M=2,15$, $SD=1,26$), sıkılmak ($M=2,07$, $SD=1,13$), serum setleri nedeniyle ellerini ve kollarını kıpırdatamamak (hareket ettirememek) ($M=2,04$, $SD=1,13$), yapılacak uygulamaların ne zaman yapılacağını bilmemek ($M=2,02$, $SD=1,12$), burunda veya ağızda tüplerin olması ($M=2,01$, $SD=1,21$) olarak saptandı.

En düşük stresörler; hemşirelerin, yatağın etrafında sürekli bir şeyler yapmaları ($M=1,08$, $SD=0,34$), hemşirelerin makineleri, hastaları izlediklerinden daha yakın izlemeleri ($M=1,11$, $SD=0,48$), sık sık tansiyon (kan basıncı) ölçülmesi ($M=1,17$, $SD=0,57$), doktor ve hemşireler tarafından sık aralıklarla fiziksel muayene yapılması ($M=1,18$, $SD=0,63$), hemşirelerin çok aceleci olmaları ($M=1,18$, $SD=0,54$), hemşirelerin kendilerini tanıtmamaları ($M=1,22$, $SD=0,62$), telefon sesini duymak (telefonun çalması) ($M=1,25$, $SD=0,71$), kalp monitörünün alarmının bozulduğunu (kesildiğini) fark etmek (duymak) ($M=1,27$, $SD=0,69$), yastık ve/veya yatağın rahat olmaması ($M=1,30$, $SD=0,75$), etrafta garip (tuhaf) makinelerin olması ($M=1,31$, $SD=0,75$) olarak saptandı.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Yoğun bakımda hastaları etkileyen stresörlerin sayısının azaltılması veya bu stresörlerle başa çıkabilmek için stratejiler oluşturulması amacıyla tanımlanması,

- Yoğun bakım çalışanları tarafından stresin tanınması ve tedavisi için bir plan oluşturulması,
- Hemşirelerin, hastaların çevreye yönelik algılarını, stres kaynaklarını ve stres durumunda gösterdiği tepkileri çok iyi değerlendirmesi,
- Hemşirelerin hastanın çevresini stresörlere göre düzenlemesi ve önlemler alması,
- Hastanın bakımında, hastada rahatsızlığa neden olan etkenlerin azaltılmasına ve ortadan kaldırılmasına yönelik önlemler alınması,
- Ağrı yönetiminin sağlanması,
- Oksijen tedavisi alan hastaların ağız kuruluğu ve susuzluğunun daha sık değerlendirilmesi; sık ağız bakımı yapılması; nemli gazlı bir bez ile ağızın ıslatılması; ağız bakım ürünlerinin hastanın rahatlıkla ulaşabileceği bir alana yerleştirilmesi,
- YBÜ ziyaret kurallarının bilinci açık hastalara göre planlanması, yoğun bakım ortamında kargaşaya ve enfeksiyona karşı önlem alınacak şekilde uygun izolasyon kuralları sağlanarak ziyaretin sağlanması ya da kamera, cam bölme ya da defter aracılığı ile görüşmenin sağlanabileceği düzenekler geliştirilmesi,
- Mahremiyetin sağlanması konusunda gerekli önlemlerin alınmasına özen gösterilmesi,
- Hastanın uyuyabilmesi için ışık, gürültü, cihaz alarmları, çalışanların konuşma ve gülme sesleri vb çevresel faktörlerin kontrol altına alınması,
- Bilinci açık hastaların sıkılmaması için hastalara gazete, dergi, kitap, müzik vb araçların sunulması,
- Her hastanın görebileceği konumda duvarlarda takvimli saat bulundurulması,
- Ortam ıslısının değerlendirilmesi, hastaların üşüme / terleme durumlarının değerlendirilmesi, üşümemesi / terlememesi için gerekli

önlemlerin alınması, gerektiğinde ısıtıcı / soğutucu araçların kullanılması,

- Hasta ile iletişime daha fazla önem verilmesi ve zaman ayrılması, özel yöntemler geliştirerek etkili iletişimin sağlanması, yapılan ve yapılacak uygulamalar hakkında, işlem öncesi ve sırasında bilgilendirme yapılması,
- YBÜ hastalarının algıladıkları çevresel stresörler ile ilgili, farklı kliniklerde ve daha geniş örneklem grubu ile araştırmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

Adsay, E., Dedeli, Ö. (2015). Yoğun Bakım Ünitesinden Taburcu olan Hastaların Yoğun Bakım Deneyimlerinin Değerlendirilmesi. *Yoğun Bakım Derg* 6: 90-7.

Akansel, N. (2004). *Gürültünün yoğun bakımdaki hastalar üzerindeki etkisinin incelenmesi*. (Doktora tezi) Ege Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Akbal Ergün, Y. (2017). Yoğun Bakım Hemşireliği Standartları. Durmaz Akyol, A.(Ed). *Yoğun Bakım Hemşireliği*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri. (s:27-36).

Akdemir, N.B. (2013). *Hastaların Yoğun Bakım Deneyimleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi*. (Yüksek lisans tezi). Gazi Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Akın Ş, Arıboğan A. (2006). Yoğun bakım ünitesinde tedavi edilen hastalarda strese neden olan faktörlerin cinsiyetler açısından değerlendirilmesi. *Anestezi Dergisi*. 14:232-6.

Akıncı, S.B., Kanbak, M., Güler, A., Canbay, Ö., Aypar, Ü. (2007). Mekanik Ventilasyondaki Hastalarda Stres Yaratan Deneyimler. *Türk Anest Rean Der Dergisi*. 35(5):320-328.

Akpir, K., Tuğrul, S. (Ed.) (2009). *Klinik Yoğun Bakım*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.

Aktaş, Y. (2016). Yoğun Bakımda Hasta ve Ailesiyle İletişim. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 1(3): 39-43.

Aktaş, Y. (2016). *Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hastaların Psikolojik Bakım Gereksinimlerini Belirlemeye ve Uygulamaya Yönelik Görüşlerinin İncelenmesi* (Yüksek lisans tezi). İzmir Katip Çelebi Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Akten, R. (2017). *Hastanelerde Hasta Mahremiyetine Gösterilen Özenin Hasta Bakış Açısıyla Değerlendirilmesi (Antalya Örneği)* (Yüksek lisans tezi). Selçuk Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.

Arslan Yaşar, B. (2014). *Yoğun Bakım Hemşirelerinde İş Stresinin Çalışan Performansına Etkileri (Bir Kamu Hastanesi Uygulaması)* (Yüksek lisans tezi). Beykent Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Aslan, F. (2010). *Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Hastaların Algıladıkları Çevresel Stresörler: Geçerlik Güvenirlik Çalışması*. (Yüksek lisans tezi). Marmara Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Aydın, A., Gürsoy, A. (2017). Yoğun Bakımda Bir Ses: “Burdayım.”. doi: 10.5222/ Jaren. 2017.097.

Aykin, Ç. (2013). *Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Ailelerin Gereksinimleri*. (Yüksek lisans tezi). Haliç Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Balcı Akpınar, R. (2015). *Farklı İşitsel Uyaranların Yoğun Bakım Hastalarının Yaşam Bulgularına Oksijen Saturasyonuna ve Koma Düzeyine Etkisi*. (Doktora tezi). Atatürk Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

Bulut, H. (2006). Acil servislerde hasta ve yakınlarını bilgilendirmenin memnuniyet üzerine etkisi. *Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi*. 12 (4): 288-298.

Cochran, J., Ganong, LH. (1989). A comparison of nurses ‘and patients’ perceptions of intensive care unit stressors. *Journal of Advanced Nursing*, 14, 1038-1043.

Cornock, MA. (1998). Stress and the intensive care patient: perceptions of patients and nurses. *J Adv Nurs* 27:518-27.

Çelik, S. (2016). Yoğun Bakım Hastalarında Ağrı Yönetimi. *Zonguldak Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 20(1).

Çelik, S. (2016). Ağrı. Eti Aslan F, Olgun N. (Ed). *Yoğun Bakım Seçilmiş Semptom ve Bulguların Yönetimi*. Birinci Baskı. Ankara: Akademisyen Kitabevi; s. 157-67.

Çetinkaya, B., Altundağ, S., Azak, A. (2007). Spiritüel Bakım ve Hemşirelik. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 8(1) : 47-50.

Çevik Akyıl, R. (2017). Yoğun Bakım Ünitesinde Yaşanan Etik İnkilemler ve Karar Verme Süreci. Durmaz Akyol, A. (Ed.), *Yoğun Bakım Hemşireliği*. (s:409-411). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.

Çınar, S., Aslan, F., Kurtoğlu, T. (2011). Yoğun Bakım Ünitesi Çevresel Stresörler Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 15(2): 61-66

Çil, A., Olgun, N. Oksijen tedavisi ve oksijen tedavisi alan hastanın bakımı. (2004). *Yoğun Bakım Hemsireliği Dergisi*. 8 (1): 38-44.

Çizmeci, E. A. (2013). *Anesteziyoloji ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesinde İzlenen Hastaların Yatış Öncesi ve Sonrası Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi*. (Uzmanlık tezi). Hacettepe Üniversitesi/ Tıp Fakültesi, Ankara.

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

Demir, Y. (2012). Yoğun bakım Ünitesinde Ağrı Deneyimi ve Ağrının Değerlendirilmesi: Literatür İncelemesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2(1): 24-30.

Demir, S.T. (2017). Modernite ve Ölüm: Açık Erişimli Ölüm Döşeginden İzole Yoğun Bakım Ünitelerine Bedenin ve Ölmenin Değişen Yüzü. *Global Media Journal TR Edition*. 7(14):190-202.

Dias, DS., Resende, MV., Diniz, GC.(2015). Patient Stress in İntensive Care: Comparison Between a Coronary Care Unit and a General Postoperative Unit. *Rev Bras Ter Intensiva*. 27(1):18-25.

Dikmen, Y. (2017). Yoğun Bakımda Ağız Bakımı Uygulamaları. Durmaz Akyol, A.(Ed.), *Yoğun Bakım Hemşireliği*. (s:83-85). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.

Durmaz Akyol, A. (2017). Yoğun Bakımda Endokrin Sistem Sorunları ve Hemşirelik Bakımı. Durmaz Akyol, A. (Ed.), *Yoğun Bakım Hemşireliği*. (s:637-639). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.

Durmaz Akyol, A. (2017). Yoğun Bakım Ünitelerinin Planlanması ve Sınıflandırılması. Durmaz Akyol, A.(Ed.), *Yoğun Bakım Hemşireliği*. (s:51-66). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.

Efil, S., Kurucu, N.M., Eser, O. (2011). Beyin cerrahi yoğun bakımında takip edilen hastaların hasta yakını ziyaret sıklığının ve hemşire ile olan iletişimin hastanın iyileşmesine etkisi. *Kocatepe Tıp Dergisi* 12(3): 151-5.

Erdoğan, Z. (2016). Yorgunluk. Eti Aslan, F., Olgun, N. (Ed.), *Yoğun Bakımda Seçilmiş Semptom ve Bulguların Yönetimi*. (s:519-525). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Erol, Ö., Enç, N. (2009). Yoğun bakım alan hastaların uyku sorunları ve hemşirelik girişimleri. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*. 1(1): 24-31.

Eti Aslan, F., Karadağ, Ş. (2007). Ağrı: Yoğun bakım ünitesinde hemşireye hastanın yerine düşünme ve hissetme zorunluluk ve sorumluluğu yükleyen bir sorun. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 11:89-95.

Eti Aslan, F., Çakır, M. (2016). Yoğun Bakım Ortamı. Eti Aslan, F., Olgun, N.(Ed.), *Yoğun Bakımda Seçilmiş Semptom ve Bulguların Yönetimi*. (s:3-13). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Gabor, JY., Cooper, AB., Hanly, PJ. (2001). Sleep disruption in the intensive care unit. *Curr Opin Crit Care*. 7 (1): 21-7.

Gültekin, Y., Özçelik, Z., Akıncı, S.B., Yorgancı, H.K. (2018). Evaluation of stressors in intensive care units. *Turk J Surg* 34: 5-8.

Gündöndü, D. (2014). *Ameliyat Sonrası Yoğun Bakıma Alınan Hastalarda Ağrı Yönetimiyle Anksiyete Düzeyi Arasındaki İlişki*. (Yüksek lisans tezi). Haliç Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Harrison, L., Nixon, G. (2002). Nursing activity in general intensive care. *Journal of Clinical Nursing*. 11 (2): 158-167.

Hatipoğlu, S. (2002). Cerrahi Yoğun Bakım Hemşireliği İlkeleri. *Gülhane Tıp Dergisi* 44 (4) : 475 – 479.

Hintistan, S., Nural, N., Öztürk, H. (2009). Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Deneyimleri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 13(1):40-46.

Hofhuis, GM., Spronk, PE., Stel, HF., Schrijvers, A., Rommes, J., Bakker, J. (2008). Experiences of critically ill patients in the ICU. *Intensive and Critical Care Nursing* 24 (5):300-313.

Hweidi, IM. (2007). Jordanian patients' perception of stressors in critical care units: A questionnaire survey. *Int J Nur Stud* 44: 227-235.

<https://www.saglik.gov.tr/TR,10979/yogun-bakim-unitelerinin-standartlari-genelgesi-200853.html> (Erişim tarihi: 01.12.2017).

<http://www.tdk.gov.tr/> (Erişim tarihi: 21 Aralık 2017).

<http://www.ybhd.org.tr/> (Erişim tarihi: 03 Ocak 2018).

İlçe Özcan, A., Çam, R., Yavuz, M. (2009). Bir Üniversite Hastanesinin Yoğun Bakım Ünitelerinde Ortam Sıcaklığı ve Nem Oranının İncelenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 13(2):85-89).

Karabacak, Ü., Şenturan, L., Özdilek, S., Şimşek, A., Karateke, Y., Eti Aslan, F., Yıldız, N., Kaya, B., Ertekin, C. (2012). Cerrahi yoğun bakım hastalarında ziyaretin yaşam bulguları üzerine etkisi: Pilot çalışma. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 18 (1):18-22.

Karagözoğlu, S., Çabuk S., Tahta Y., Temel F. (2007). Hastanede yatan yetiskin hastaların uykusunu etkileyen bazı faktörler. *Türk Toraks Dergisi*. 8 (4): 234-240.

Karakoç Kumsar, A., Taşkın Yılmaz, F. (2013). Yoğun Bakım Ünitesinin Yoğun Bakım Hastası Üzerindeki Etkileri ve Hemşirelik Bakımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 10 (2): 56-60.

Karaman, Z. (2011). *Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Yakınlarının Anksiyete ve Depresyon Açısından Değerlendirilmesi*. (Uzmanlık Tezi). Gazi Üniversitesi/ Tıp Fakültesi, Ankara.

Karaveli, S., Özbayır, T., Karacabay, K. (2014). Kolorektal Kanser Ameliyatı Geçiren Hastaların Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Dönemde Yaşadıkları Deneyimlerin İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 17:2.

Little, A., Either, C., Ayas, N., Thanachayanont, T., Jiang, D., Mehta, S.(2012). A patient survey of sleep quality in the Intensive Care Unit. *Minerva Anesthesiol.* 78: 406-14.

Maddox, M., Dunn, S. V., Pretty, L.E. (2001). Psychosocial recovery following ICU: experiences and influences upon discharge to the community. *Intensive and Critical Care Nursing*, 17, 6–15.

Malak Akgün, B., Akgün, M. (2017). Terapötik Ortamda Gürültü Kontrolü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 9(4):431-440.

Menekli Amaç, T. (2017). Yoğun Bakım ve Yaşam Sonu Bakım. Durmaz Akyol, A. (Ed.), *Yoğun Bakım Hemşireliği*. (s:415-419). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.

Özcan İlçe, A., Çam, R., Yavuz, M. (2009). Bir Üniversite Hastanesinin Yoğun Bakım Ünitelerinde Ortam Sıcaklığı ve Nem Oranının İncelenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 13(2):85-89.

Özdemir, L. (2010). Koroner Yoğun Bakımda Kalan Hastaların Deneyimlerinin Belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 1:5-12.

Özel, F. (2017). Yoğun Bakımda Hasta ve Aile Eğitimi. Durmaz Akyol, A.(Ed.), *Yoğun Bakım Hemşireliği*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri.

Özşaker, E., Okgün Alcan, A., Demir Korkmaz, F. (2013). Yaşlı Hastaların Yoğun Bakım Deneyimlerinin İncelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*. 16 (4) 408-413.

Rattray, JE., Hull, AM. (2008). Emotional outcome after intensive care : literature review. *J Adv Nurs*. Oct; 64 (1): 2-13.

Sarihasan, B.,Üstün, Y.B. (2013). Yoğun Bakımda Sedasyon ve Analjezi İhtiyacı. *Deneyisel ve Klinik Tıp Dergisi*. 30: 25-31.

Sekmen, K., Hatipoğlu, S. (1999). Yoğun Bakım Ünitesi Teknolojik Ortamının Hasta ve Ailesi Üzerine Etkileri. *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi*. 3(1);22-26

Simini, B. (1999). Patients' perceptions of intensive care. *Lancet*. 354:571-2

Smith, LS., Medves, J., Harrison, MB., Tranmer, J., Waytuck, B. (2009). The impact of hospital visiting hours policies on paediatric and adult patients and their visitors. *JAN* 65;2293-8.

So, HM., Chan, DMK. (2004). Perception of stressors by patients and nurses of critical care units in Hong Kong. *International Journal of Nursing Studies* 41(1):77-84.

Söyüç, S., Ören, B., Yürügen, B. (2001). İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi İlk ve Acil Yardım Anabilim Dalı yoğun bakım ünitesinde hasta tatmininin ölçülmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 5:12-5.

Şirin Gök, M. (2015). *Farklı İşitsel Uyaranların Yoğun Bakım Hastalarının Yaşam Bulgularına Oksijen Saturasyonuna ve Koma Düzeyine Etkisi*. (Doktora tezi). Atatürk Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

Taşdemir, N., Özşaker, E. (2007). Yoğun bakım ünitesinde ziyaret uygulaması: ziyaretin hasta, hasta ailesi ve hemşire üzerine etkileri. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 11:27- 31.

Terzi, B., Kaya, N. (2011). Yoğun bakım hastasında hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Derg* 1:21-5.

Terzi, B., Kaya, N. (2011). Yoğun bakım ünitesinden taburcu olan bireylerin yoğun bakım deneyimleri. *Türkiye Klinikleri J Anest Reanim* 9:34-45.

Tokem, Y. (2010). Eriskinde astım ve hemşirelik yönetimi. *Maltepe Üniversitesi Bilim ve Sanat Dergisi*. 3 (2): 71-76.

Torun, S., Kadioğlu, S., Öztunç, G. (2012). Yoğun Bakımda Yatan Bilinci Açık Hastaların Ziyaret Edilme Hakkı. *Cumhuriyet Tıp Derg.* 34: 33-40.

Tuna, H.İ. (2014). *Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Hemşire Hasta İletişimine Yönelik Düşüncelerinin İncelenmesi*. (Yüksek lisans tezi). Süleyman Demirel Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Isparta.

Tunçay, G.Y. Uçar, H. (2010). Hastaları Yoğun Bakım Ünitesinin Fiziksel Ortam Özelliklerine İlişkin Görüşleri. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. 33-46.

Tüzüner, F. (Ed). (2010). *Yoğun bakım temel ilkeleri, Anestezi Yoğun Bakım Ağrı*. İstanbul: Nobel.

Uzelli, D., Korhan, E.A. (2014). Yoğun bakım hastalarında duyuşal girdi sorunları ve hemşirelik yaklaşımı. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 22(2): 120-8.

Uzun, K, Yavşan, D.M. (2014). Yoğun bakımda uyku. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*. 2(2): 230-6.

Ünsal, A. (2017). Hemşireliğin Dört Temel Kavramı: İnsan, Çevre, Sağlık & Hastalık, Hemşirelik. *Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*.1(1): 11-25.

Üzar Özçetin, Y.S. (2013). *Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Hastaların Duyusal Gereksinimlerine Yönelik Yaklaşımları*. (Yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Yalın, H. (2016). Yoğun Bakımda Uykusuzluk. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 20(1):9-15.

Yaman Aktaş, Y., Karabulut, N., Yılmaz, D., Özkan, A.S. (2015). Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Hastaların Algıladıkları Çevresel Stresörler. *Kafkas J Med Sci* 5(3):81–86.

Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ. Sağlık Bakanlığı. Resmi gazete 2011. Elektronik adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/07/20110720-15.htm>.

Yava, A., Koyuncu, A. (2006). Entübe Hastalar ile İletişim Deneyimlerimiz: Olgu Sunumları. *Gülhane Tıp Dergisi*. 48: 175-179.

Yava, A., Tosun, N., Ünver, V., et al. (2010). Patient and nurse perceptions of stressors in the intensive care unit. *Stress and Health*. 27:36-47.

Zaybak, A., Çevik, K. (2015). Yoğun Bakım Ünitesindeki Stresörlerin Hasta ve Hemşireler Tarafından Algılanması. *Yoğun Bakım Derg* 6: 4-9.

Zaybak, A., Yapucu Güneş, Ü. (2010). Hastaların yoğun bakım deneyimlerinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*.26(2):17-26.

Zazpe, C., Margall, M.A., Otano, C., Perochena, M.P., Asiain, M.C. (1997). Meeting needs of family members of critically ill patients in a Spanish intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*.13(1):12-16.

Zengin, N. (2017). Dünyada ve Türkiyede Yoğun Bakım Ünitelerinin Tarihçesi. Durmaz Akyol, A. (Ed.), *Yoğun Bakım Hemşireliği*. (s:3-11). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri.

Zengin, N. (2010). Hasta ve yakınlarının konforunu etkileyen faktörler. 4. *Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı*. Adana: Nobel.

Zengin, N. (2010). Konfor kuramı ve yoğun bakım ünitesinin hasta konforuna etkisi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 14(2):61-66.

HAM VERİLER

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE ÇEVRESEL STRESÖRLER ÖLÇEĞİ (YBÜÇSÖ) DEĞERLENDİRMELERİ

Tablo 8: Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği (YBÜÇSÖ) Cevaplarına İlişkin Dağılımlar

	Hiç Etkilemez		Çok Az Etkiler		Sıklıkla Etkiler		Çok Fazla Etkiler	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Tüplere bağlanmış olmak	66	46,5	16	11,2	18	12,7	42	29,6
2. Hemşirelerin kendilerini tanıtmamaları	123	86,6	10	7,0	6	4,2	3	2,1
3. Hemşirelerin çok aceleci olmaları	125	88,0	9	6,3	7	4,9	1	0,7
4. Su içmemek	50	35,2	30	21,1	15	10,6	47	33,1
5. Sık sık tansiyon (kan basıncı) ölçülmesi	128	90,1	7	4,9	4	2,8	3	2,1
6. Yatak ve/veya yastığın rahat olmaması	116	81,7	17	12,0	1	0,7	8	5,6
7. Telefon sesini duymak (telefonun çalması)	123	86,6	9	6,3	4	2,8	6	4,2
8. Doktor ve hemşireler tarafından sık aralıklarla (sık sık) fiziksel muayene yapılması	128	90,1	7	4,9	2	1,4	5	3,5
9. Etrafta garip (tuhaf) makinelerin olması	117	82,4	12	8,5	7	4,9	6	4,2
10. Hemşirelerin makineleri, sizi izlediklerinden daha yakın izlemeleri	133	93,7	4	2,8	3	2,1	2	1,4
11. Makinelerin seslerini ve alarmları duymak	89	62,7	22	15,5	21	14,8	10	7,0
12. Hemşire ve doktorların yüksek sesle konuşmaları	105	73,9	17	12,0	13	9,2	7	4,9
13. Oksijen almak / oksijen maskesi takmak	82	57,7	28	19,7	22	15,5	10	7,0
14. Eşinizi özlemek ($n=115$)	54	47,0	20	17,4	11	9,6	30	26,1
15. Yapılan tedavilerin size açıklanmaması	85	59,9	18	12,7	26	18,3	13	9,2
16. Kalp monitörünüzün alarminin bozulduğunu (kesildiğini) fark etmek (duymak)	119	83,8	10	7,0	10	7,0	3	2,1
17. Hemşirelerin, yatağınızın etrafında sürekli bir şeyler yapmaları	134	94,4	5	3,5	3	2,1	0	0,0
18. Burnunuzda veya ağızınızda tüplerin olması	74	52,1	20	14,1	20	14,1	28	19,7
19. Saatin kaç / zamanın ne olduğunu bilmemek	77	54,2	22	15,5	21	14,8	22	15,5
20. Diğer hastaların ağlama / inlemelerini duymak	95	66,9	22	15,5	14	9,9	11	7,7
21. Erkek ve kadınların aynı odada kalmaları	104	73,2	9	6,3	11	7,7	18	12,7
22. Aile ve arkadaşları günde birkaç dakika görmek	55	38,7	21	14,8	31	21,8	35	24,6

23. Size yapılacak uygulamaların ne zaman yapılacağını bilmemek	70	49,3	16	11,3	39	27,5	17	12,0
24. Hemşireler tarafından uyandırılmak	104	73,2	11	7,7	12	8,5	15	10,6
25. Alışılmadık sesler duymak	100	70,4	11	7,7	20	14,1	11	7,7
26. Diğer hastalara yapılan tedavileri görmek	116	81,7	12	8,5	8	5,6	6	4,2
27. Sürekli tavana bakmak (tavanı izlemek)	108	76,1	8	5,6	10	7,0	16	11,3
28. Uyuyamamak	80	56,3	20	14,1	16	11,3	26	18,3
29. Serum setler nedeniyle ellerinizi ve kollarınızı kıpırdatamamanız (hareket ettirememeniz)	66	46,5	26	18,3	29	20,4	21	14,8
30. Çevredeki alışık olmadık kokuları duymak	104	73,2	5	3,5	17	12,0	16	11,3
31. Işıkların sürekli (açık) olması	83	58,5	16	11,3	18	12,7	25	17,6
32. Ağrı olması	30	21,1	39	27,5	33	23,2	40	28,2
33. Başınızın üzerindeki (damar içi) serum/kan torbalarını görmek	116	81,7	8	5,6	10	7,0	8	5,6
34. İğneler yapılması (iğnelerle delinmek)	103	72,5	13	9,2	11	7,7	15	10,6
35. Nerede olduğunuzu bilmemek	115	81,0	13	9,2	7	4,9	7	4,9
36. Hemşirelerin, anlaşılmayan kelimeler kullanmaları	112	78,9	11	7,7	11	7,7	8	5,6
37. Kendi kontrolünüzün kendi elinizde olmaması	81	57,0	20	14,1	22	15,5	19	13,4
38. Hangi günde olduğunu bilmemek	105	73,9	17	12,0	11	7,7	9	6,3
39. Sıkılmak	62	43,7	31	21,8	26	18,3	23	16,2
40. Mahremiyetin olmaması (gizliliğin olmaması)	65	45,8	16	11,3	16	11,3	45	31,7
41. Tanıdık olmayan doktorlar tarafından bakılmak	113	79,6	14	9,9	5	3,5	10	7,0
42. Çok sıcak ya da çok soğuk bir odada olmak	94	66,2	16	11,3	14	9,9	18	12,7

Olguların Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği sorularına vermiş olduğu cevaplara ilişkin dağılımlar Tablo 8’de verilmiştir.

FORMLAR

EK-1 BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Bu çalışma İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Fatma Tezcan Karadeniz tarafından yüksek lisans tezi kapsamında, Prof. Dr. Nevin KANAN danışmanlığında yürütülmektedir. Çalışmada Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Çevresel Stresörlerden Etkilenme Durumlarının belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırma içinde yer alan soruların doğru ya da yanlış cevapları yoktur. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir.

Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya f.tezcankaradeniz@gmail.com e-posta adresi ve 0212 414 20 00 / 31874 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Katılıminız için teşekkür ederim.

Araştırmacı: Fatma Tezcan KARADENİZ

İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Nevin KANAN

İÜ Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman yarıda bırakabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı kullanılmasını kabul ediyorum.

EK-2 HASTA TANITIM FORMU

Bu çalışma, Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesinde çevresel stresörlerin belirlenmesi amacıyla Reanimasyon ünitesinde tedavi gören hastalara uygulanacaktır. Lütfen aşağıda bulunan sorularda boş bırakılan yerleri, sizin için uygun cevapları gösterecek şekilde doldurun veya çarpı (x) işareti ile işaretleyin.

1. Yaşınız:.....

2. Cinsiyet: a. Kadın b. Erkek

3. Eğitim durumunuz nedir?

a. Okur- yazar

b. İlkokul mezunu

c. Ortaokul mezunu

d. Lise mezunu

e. Üniversite ve üzeri

4. Medeni haliniz aşağıdakilerden hangisidir?

a. Bekar b. Evli

5. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı? (Diyabet, hipertansiyon, kalp hastalığı, solunum sistemi hastalıkları vb.)

a. Evet. b. Hayır.

F. Varsa aşağıdakilerden hangisi?

a. Solunum sistemi hastalıkları

b. Kalp hastalığı

c. Hipertansiyon (yüksek tansiyon)

d. Diyabet (şeker hastalığı)

e. Diğer (yazınız).....

G. Yoğun bakımda yatış sebebiniz? Lütfen belirtiniz.

EK-3 YOĞUN BAKIMDA ÇEVRESEL STRESÖRLER ÖLÇEĞİ

(Intensive Care Unit Environmental Stressor Scale, ICUESS)

Aşağıdaki Stresörlerden ne derecede etkilendiğinizi uygun sütuna çarpı (X) koyarak belirtiniz.

Stresörler	Hiç Etkilemez	Çok Az Etkiler	Sıklıkla Etkiler	Çok Fazla Etkiler
1. Tüplere bağlanmış olmak	1	2	3	4
2. Hemşirelerin kendilerini tanıtmamaları	1	2	3	4
3. Hemşirelerin çok aceleci olmaları	1	2	3	4
4. Su içememek	1	2	3	4
5. Sık sık tansiyon (kan basıncı) ölçülmesi	1	2	3	4
6. Yatak ve/veya yastığın rahat olmaması	1	2	3	4
7. Telefon sesini duymak (telefonun çalması)	1	2	3	4
8. Doktor ve hemşireler tarafından sık aralıklarla (sık sık) fiziksel muayene yapılması	1	2	3	4
9. Etrafta garip (tuhaf) makinelerin olması	1	2	3	4
10. Hemşirelerin makineleri, sizi izlediklerinden daha yakın izlemeleri	1	2	3	4
11. Makinelerin seslerini ve alarmları duymak	1	2	3	4
12. Hemşire ve doktorların yüksek sesle konuşmaları	1	2	3	4
13. Oksijen almak / oksijen maskesi takmak	1	2	3	4
14. Eşinizi özlemek	1	2	3	4
15. Yapılan tedavilerin size açıklanmaması	1	2	3	4
16. Kalp monitörünüzün alarminin bozulduğunu (kesildiğini) fark etmek(duymak)	1	2	3	4
17. Hemşirelerin, yatağımızın etrafında sürekli bir şeyler yapmaları	1	2	3	4
18. Burnunuzda veya ağızınızda tüplerin olması	1	2	3	4

19. Saatin kaç / zamanın ne olduğunu bilmemek	1	2	3	4
20. Diğer hastaların ağlama / inlemelerini duymak	1	2	3	4
21. Erkek ve kadınların aynı odada kalmaları	1	2	3	4
22. Aile ve arkadaşları günde birkaç dakika görmek	1	2	3	4
23. Size yapılacak uygulamaların ne zaman yapılacağını bilmemek	1	2	3	4
24. Hemşireler tarafından uyandırılmak	1	2	3	4
25. Alışılmadık sesler duymak	1	2	3	4
26. Diğer hastalara yapılan tedavileri görmek	1	2	3	4
27. Sürekli tavana bakmak (tavanı izlemek)	1	2	3	4
28. Uyuyamamak	1	2	3	4
29. Serum setler nedeniyle ellerinizi ve kollarınızı kıpırdatamamanız (hareket ettirememeniz)	1	2	3	4
30. Çevredeki alışık olmadık kokuları duymak	1	2	3	4
31. Işıkların sürekli (açık) olması	1	2	3	4
32. Ağrı olması	1	2	3	4
33. Başınızın üzerindeki (damar içi) serum/ kan torbalarını görmek	1	2	3	4
34. İğneler yapılması (iğnelerle delinmek)	1	2	3	4
35. Nerede olduğunuzu bilmemek	1	2	3	4
36. Hemşirelerin, anlaşılmayan kelimeler kullanmaları	1	2	3	4
37. Kendi kontrolünüzün kendi elinizde olmaması	1	2	3	4
38. Hangi günde olduğunu bilmemek	1	2	3	4
39. Sıkılmak	1	2	3	4
40. Mahremiyetin olmaması (gizliliğin olmaması)	1	2	3	4
41. Tanıdık olmayan doktorlar tarafından bakılmak	1	2	3	4
42. Çok sıcak ya da çok soğuk bir odada olmak	1	2	3	4

Anket Bitti! Çalışmaya Katılımlınızdan Dolayı Teşekkür Ederiz.

EK-4 ÖLÇEK KULLANIM İZNI

 **FATMA TEZCAN KARADENİZ** <f.tezcankaradeniz@gmail.com> 8 Haz ☆ ↶

Alıcı: fndsln ▾

Sayın Funda Aslan

Danışmanınız Prof Dr Sezgi ÇINAR PAKYÜZ Yoğun Bakım Ünitesinde tedavi gören hastaların algıladıkları çevresel stresörler: Geçerlik Güvenirlik Çalışması 'ndaki Çevresel Stresörler Ölçeği'nin kullanımında bir sakınca görmemiştir. Çalışma yazarı olarak sizin de izninizi rica ediyorum.

Prof Dr Sezgi ÇINAR PAKYÜZ' ün iletişi size yönlendirilmiştir.
Saygılarımı sunarım.

 **Funda Aslan** <fndsln@hotmail.com> 8 Haz ☆ ↶

Alıcı: bana ▾

Sayın Fatma Tezcan Karadeniz,

Danışmanım Prof. Dr. Sezgi Çınar Pakyüz'ün sakınca görmediği, 'Yoğun Bakım Ünitesinde tedavi gören hastaların algıladıkları çevresel stresörler: Geçerlik Güvenirlik Çalışması' ndaki Çevresel Stresörler Ölçeği'ni yüksek lisans tez çalışmanızda kullanmanızda bir sakınca yoktur.

Başarılar dilerim.

Funda Aslan

...

 **FATMA TEZCAN KARADENİZ** <f.tezcankaradeniz@gmail.com> 8 Haz ☆ ↶

Alıcı: Funda ▾

Sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

8 Haziran 2017 16:45 tarihinde Funda Aslan <fndsln@hotmail.com> yazdı:

 **FATMA TEZCAN KARADENİZ** <f.tezcankaradeniz@gmail.com> 8 Haz ☆ ↶

Alıcı: sezcinar ▾

Merhaba Sezgi Hocam
İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği tezli yüksek lisans öğrencisiyim.
2010 yılında Marmara Üniversitesi'nde Danışmanlığını yaptığınız Funda Aslan' a ait yüksek lisans tezi "Yoğun Bakım Ünitesinde tedavi gören hastaların algıladıkları çevresel stresörler: Geçerlik Güvenirlik Çalışması' ndaki Çevresel Stresörler Ölçeği'ni yüksek lisans tez çalışmamda kullanmak için izninizi istiyorum.
Funda Aslan bu konuda size danışılmasını uygun görmüştür.
Saygılarımı sunarım.

Fatma Tezcan Karadeniz
0534 425 22 21

 **sezgi cinar** <sezcinar@hotmail.com> 8 Haz ☆ ↶

Alıcı: bana ▾

Sayın Fatma Tezcan Karadeniz,

'Yoğun Bakım Ünitesinde tedavi gören hastaların algıladıkları çevresel stresörler: Geçerlik Güvenirlik Çalışması' ndaki Çevresel Stresörler Ölçeği'ni yüksek lisans tez çalışmanızda kullanmanızda bir sakınca yoktur. Başarılar dilerim

Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ

Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

EK-5 ETİK KURUL KARARI

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



Sayı : 911

Konu: Prof. Dr. Nevin KANAN hk.

Tarih : 23.08.2017

Sayın Prof. Dr. Nevin KANAN
Hemşirelik

İlgi : Sağlık Bilimleri Enstitüsünün 11/08/2017 gün ve 303887 sayılı yazısı

Sorumlu araştırmacılığını üstlendiğiniz ve Hemşire Fatma TEZCAN KARADENİZ' in yürüteceği 2017/882 dosya numaralı "Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Çevresel Stresörlerden Etkilenme Durumları" başlıklı çalışma kurulumuzun 11/08/2017 gün ve 13 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup, tutanaklar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.


Prof. Dr. A.Yağuz ÜRESİN
İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı

Eki: İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu Karar Formu

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Çevresel Stresörlerden Etkilenme Durumları"
-----------------------	--

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	02/08/2017	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	<input checked="" type="checkbox"/>		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU	<input type="checkbox"/>		Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	<input type="checkbox"/>		Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	<input type="checkbox"/>	Açıklama	
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>		
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
KARAR BELGELERİ	Karar No: 13	Tarih: 11/08/2017		
	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesinde görevli Prof. Dr. Nevin KANAN' in sorumluluğunda ve Hemşire Fatma TEZCAN KARADENİZ' in yürüteceği yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekeç, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıyla katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU									
ÇALIŞMA ESASI	19.08.2011 tarihli, 28030 sayılı Resmî Gazetede yayınlanan Klinik Araştırmalar Hakkındaki Yönetmelik								
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. A. Yağız ÜRESİN								
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki *	Katılım **	İmza		
Prof. Dr. A. Yağız ÜRESİN	Farmakoloji ve Klinik Farmakoloji	İstanbul Tıp Fakültesi (Etik Kurul Başkanı)	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Berrin UMMAN	Kardiyoloji	İstanbul Tıp Fakültesi (Etik Kurul Başkan Yardımcısı)	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	İZİNLI
Prof. Dr. Ahmet GÜL	Romatoloji	İstanbul Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Oğuzhan ÇOBAN	Nöroloji	İstanbul Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Sevda ÖZEL YILDIZ	Biyostatistik	İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Biyostatistik	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	İZİNLI

* -Araştırma ile ilişki
** -Toplantıda Bulunma

İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Klinik araştırmalar Etik kurulu 13.04.2013 tarih, 28617 sayılı Resmî Gazetede yayınlanan Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik çerçevesinde kurulmuş ve T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu tarafından onaylanmıştır. İlgili yönetmelik kapsamında kalan araştırmalar Sağlık Bakanlığından izin almak zorundadır. Yönetmelik kapsamı dışında kalan araştırmalar ise Etik Kurul bünyesinde oluşturulmuş 5 kişilik alt komisyon tarafından değerlendirilmekte olup Sağlık Bakanlığı iznine tabi değildir.

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ETİK KURULU BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	İ.Ü.İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ HULUSİ BEHÇET KÜTÜPHANESİ KAT:3 FATİH/İSTANBUL
	TELEFON	0 (212) 414 21 53
	FAKS	0 (212) 414 21 53
	E-POSTA	itifetikkurul@istanbul.edu.tr.

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Çevresel Stresörlere Etkilenme Durumları"			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	---			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Nevin KANAN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Cerrahi Hastalıkları Hemşirelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi			
	DESTEKLEYİCİ	---			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	---			
	ARAŞTIRMANIN FAZI	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	<input type="checkbox"/>			
	Yüksek Doz Araştırması	<input type="checkbox"/>			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Diğer ise belirtiniz :				
	TEK MERKEZ	ÇOK MERKEZLİ	ULUSAL	ULUSLAR ARASI	
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

EK-6 ANABİLİM DALI İZİNİ

AKADEMİK KURUL TOPLANTISI

20.07.2017 tarihinde toplanan Akademik Kurulumuzda;

1. Sorumlu yürütücülüğüne Doç. Dr. A. Kemalettin KOLTKA'nın yaptığı "Laparoskopik Kolosistektomilerde PVB ve İ.V. Analjezik Yöntemlerin Postoperatif Ağrı Yöntemi ve Opioid Tüketimine Etkileri" başlıklı Dr. Levent GÜNDOST'un tez çalışmasının etik kurula sunulmasına,
2. Sorumlu yürütücülüğüne Y.Doç.Dr. Hacer Aysen YAVRU'nun yaptığı "Santral Venöz - Arteriyel Karbondioksit Farkı Postop Cerrahi Komplikasyonları Ön Görmede Etkin midir" başlıklı çalışmasının etik kurula sunulmasına,
3. Sorumlu yürütücülüğünü Prof. Dr. Nevin KANAN'ın yaptığı "Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Çevresel Stresörlerden Etkilenme Durumları" başlıklı Hemşire Fatma TEZCAN KARADENİZ'in çalışmasının Anabilim Dalımız tarafından yürütülmesine;
4. Yeni başlayan Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinden, Dr. Nihan ESMER'in rehber öğretim üyesinin Doç. Dr. Mehmet BÜGET olmasına, oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof.Dr. Lütfi TELİCİ
Anesteziyoloji Anabilim Dalı
Yoğun Bakım Birim Dalı Başk.

Prof.Dr. Kamil PEMBEÇİ
(İzinli)

Prof.Dr. Mehmet TUĞRUL

Prof.Dr. Figen ESEN
(İzinli)

Prof.Dr. A.Emre ÇAMCI

Prof.Dr. Gül KÖKNEL TALU
Algoloji Bilim Dalı Başkanı

Prof.Dr. N.Mert ŞENTÜRK

Prof.Dr. İ.Özkan AKINCI

Prof.Dr. Tülay ÖZKAN SEYHAN

Prof.Dr. Perihan ERGİN ÖZCAN
(İzinli)

Doç.Dr. Zerrin SUNGUR
(İzinli)

Doç.Dr. A.Kemalettin KOLTKA
(İzinli)

Doç.Dr. Mukadder ORHAN SUNGUR

Doç.Dr. Mehmet İlke BÜGET

Yard. Doç.Dr. H.Aysen YAVRU
(İzinli)

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

REANİMASYON YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN HASTALARIN ÇEVRESEL STRESÖRLERDEN ETKİLENME DURUMLARI

ORJİNALLİK RAPORU

% 19 BENZERLİK ENDEKSİ	% 16 İNTERNET KAYNAKLARI	% 8 YAYINLAR	% 9 ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
----------------------------------	---------------------------------------	------------------------	--------------------------------

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Beykent Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% 2
2	istanbul saglik.gov.tr İnternet Kaynağı	% 2
3	saglikbe.cbu.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
4	Submitted to Ege Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% 1
5	www.hacettepehemsirelikdergisi.org İnternet Kaynağı	% 1
6	AKTAŞ, Yeşim Yaman, KARABULUT, Neziha, YILMAZ, Durdane and ÖZKAN, Ayşe Sevde. "Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Hastaların Algıladıkları Çevresel Stresörler", Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2015. Yayın	% 1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	FATMA	Soyadı	TEZCAN KARADENİZ
Doğ.Yeri	ÇORLU	Doğ.Tar.	30.12.1985
Uyruğu	T.C	TC Kim No	15020682464
Email	f.tezcankaradeniz@gmail.com	Tel	05344252221

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi	2016-Halen
Lisans	İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksekokulu	2009
Lise	Çorlu Ticaret Borsası Süper Lisesi (YDA)	2004

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Yoğun Bakım Hemşiresi	İstanbul Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ABD Reanimasyon Ünitesi	2009- Halen

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	iyi	orta	iyi	68,75/Yökdil	

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	73		
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Word	İyi
Power Point	İyi
SPSS	Orta

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

İlkyardım Eğitimliği Sertifikası 2012 (Geçerlilik tarihi: 2020)

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Kitap okumak, yüzmek, sinema, tiyatro.

