



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**TERAPÖTİK TACTILE TOUCH UYGULAMALARININ,
YOĞUN BAKIMDAKİ HASTALARIN
KORKU, KAYGI VE AĞRI DÜZEYİNE ETKİSİ**

ASIYE ÇAPA GÖRGÖZ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN

İSTANBUL – 2015



ISTANBUL MEDİPOL UNIVERSITY

INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

MASTER THESIS

**THERAPEUTIC TOUCH TACTILE APPLICATIONS,
FEARS OF PATIENTS IN INTENSIVE CARE,
THE EFFECT OF ANXIETY LEVEL AND PAIN**

ASIYE ÇAPA GÖRGÖZ

DEPARTMENT NURSING

SUPERVISOR

Assist. Prof . Sibel DOĞAN

ISTANBUL – 2015

TEZ ONAYI FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Hemşirelik
Tez Sahibi : Asiye ÇAPA GÖRGÖZ
Tez Başlığı : Terapötik Tactile Touch Uygulamalarının, Yoğun Bakımdaki Hastaların Korku, Kaygı ve Ağrı Düzeyine Etkisi
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Kavacık Yerleşkesi
Sınav Tarihi : 10.09.2015

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans / Doktora Tezi Olarak kabul edilmiştir.

Danışman

Kurumu

İmza

Yrd.Doç.Dr. Sibel DOĞAN

İstanbul Medipol Üniversitesi

Sınav Jüri Üyeleri

Doç.Dr. Ayfer ÖZBAŞ

İstanbul Üniversitesi

Yrd.Doç.Dr. Nihal SUNAL

İstanbul Medipol Üniversitesi

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun **17.../09/2015** tarih ve **2015.../33... - 03** sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof.Dr. Nesrin EMEKLİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



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 içerisinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Tez Sahibinin Adı Soyadı
Asiye ÇAPA GÖRGÖZ

İMZA



TEŞEKKÜR

Tez alıŐmamn her aşamasında beni yÖnlendiren, yardımlarını ve desteğini esirgemeyen danıŐmanım Yrd. Doç. Dr. Sibel DOğAN' a

Çalışmaya gönüllü olarak katılıp, verilerin toplanmasına katkı sağlayan tüm hastalara,

Ayrıca, hayatımın her anında güven ve desteklerini hissetmekten büyük mutluluk duyduğum kıymetli aileme,

Gösterdiği sabır ve anlayıŐtan dolayı eŐim Aziz Hakan GÖRGÖZ' e teşekkür ederim.

Saygılarımla

Asiye ÇAPA GÖRGÖZ

İstanbul/2015

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ ONAYI FORMU	i
BEYAN	ii
TEŞEKKÜR	iii
TABLOLAR DİZİNİ	vii
SEMBOLLER VE KISALTMALAR	ix
TERAPÖTİK TACTILE TOUCH UYGULAMALARININ, YOĞUN BAKIMDAKİ HASTALARIN KORKU, KAYGI VE AĞRI DÜZEYİNE ETKİSİ.....	1
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	4
2.GENEL BİLGİLER	6
2.1. Yoğun bakım ünitesi ve ortam koşulları	6
a) Kapalı Yoğun Bakım Ünitesi:.....	8
b) Açık Yoğun Bakım Ünitesi:	8
2.2.Korku Kavramı	14
2.3.Kaygı Kavramı.....	18
2.4.Ağrı Kavramı	20
2.5. Therapeutic Tactile Touch Uygulamaları.....	25
3.GEREÇ VE YÖNTEM	30
3.1 Araştırmanın Tipi	30
3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı	30
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	30
3.4.Araştırmanın Uygulanması.....	30
3.5.Araştırma Değişkenleri.....	34
3.6.Veri Toplama Araçları.....	34
3.7.Verilerin Değerlendirilmesi	34

3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	34
3.9.Araştırmanın Sınırlılıkları.....	35
4.BULGULAR	36
Bölüm 1: Hastaların Tanıtıcı özellikleri ve Hastalıkla İlgili Bazı Özelliklerine İlişkin Bulgular	36
Bölüm 2: Deney ve kontrol grubundaki hastaların fiziksel parametrelerinin dağılımına ilişkin bulgular.....	38
Bölüm 3: Deney ve kontrol grubundaki hastaların kaygı, korku ve ağrı puanlarının dağılımına ilişkin bulgular.....	45
Bölüm 4: Deney ve kontrol grubundaki hastaların tanıtıcı özellikleri ve hastalıkla ilgili bazı özelliklerine göre korku, kaygı ve ağrı puanlarının dağılımına ilişkin bulgular.....	48
5.TARTIŞMA.....	67
6-SONUÇ VE ÖNERİLER.....	74
SONUÇ	74
ÖNERİLER	75
7-KAYNAKLAR.....	76
8.EKLER	85
EK-1 Anket Formu	85
EK-1 Anket Formu	86
EK-2 Görsel Yüz İfadesi Kaygı Skalası.....	87
EK-3 Görsel Yüz İfadesi Korku Skalası	88
EK-4 Görsel Ağrı Skalası.....	89
EK- 5 Araştırmanın Yapıldığı Kurumdan Alınan Yazılı İzin	90
EK-6.2 İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel olmayan Klinik Araştırma Değerlendirme Komisyonu'ndan etik kurul onayı	92

EK-6.3 İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel olmayan Klinik Araştırma Değerlendirme Komisyonu'ndan etik kurul onayı	93
EK-7 Özgeçmiş.....	94

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
2.1. YBÜ'lerinde Stresörler.....	13
2.2. YBÜ'lerinde Hastaların Stresörlere Tepkileri.....	14
2.3. Yoğun Bakım Üniteleri Hastalarının Ağrı Belirtileri.....	24
4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	36
4.2. Hastaların hastalıkla ilgili bazı özelliklerine göre dağılımı.....	37
4.3. Hastaların sistolik tansiyon değerlerinin dağılımı.....	38
4.4. Hastaların diyastolik tansiyon değerlerinin dağılımı.....	39
4.5. Hastaların nabız değerlerinin dağılımı.....	40
4.6. Hastaların vücut ısı değerlerinin dağılımı.....	41
4.7. Hastaların solunum değerlerinin dağılımı.....	42
4.8. Hastaların saturasyon değerlerinin dağılımı.....	43
4.9. Hastaların glikoz değerlerinin dağılımı.....	44
4.10. Hastaların korku değerlerinin dağılımı	45
4.11. Hastaların kaygı değerlerinin dağılımı	46
4.12. Hastaların ağrı değerlerinin dağılımı.....	47
4.13. Hastaların cinsiyetine göre korku puanlarının dağılımı.....	48
4.14. Hastaların yaş grubuna göre korku puanlarının dağılımı.....	49
4.15. Hastaların medeni durumuna göre korku puanlarının dağılımı.....	50
4.16. Hastaların eğitim durumuna göre korku puanlarının dağılımı.....	51
4.17. Hastaların yatış süresine göre korku puanlarının dağılımı.....	52

4.18. Hastaların tanılarına göre korku puanlarının dağılımı.....	53
4.19. Hastaların cinsiyetine göre kaygı puanlarının dağılımı.....	54
4.20. Hastaların yaş gurubuna göre kaygı puanlarının dağılımı.....	55
4.21. Hastaların medeni durumuna göre kaygı puanlarının dağılımı.....	56
4.22. Hastaların eğitim durumuna göre kaygı puanlarının dağılımı.....	57
4.23. Hastaların yatış süresine göre kaygı puanlarının dağılımı.....	58
4.24. Hastaların tanısına göre kaygı puanlarının dağılımı.....	59
4.25. Hastaların cinsiyetine göre ağrı puanlarının dağılımı.....	60
4.26. Hastaların yaş gruplarına göre ağrı puanlarının dağılımı.....	61
4.27. Hastaların medeni durumuna göre ağrı puanlarının dağılımı.....	62
4.28. Hastaların eğitim durumuna göre ağrı puanlarının dağılımı.....	63
4.29. Hastaların yatış süresine göre ağrı puanlarının dağılımı.....	64
4.30. Hastaların tanılarına göre ağrı puanlarının dağılımı.....	65
4.31. Hastaların Uygulama Sonrası Ağrı, Korku, Kaygı Puan Ortalamalarının Korelasyonu.....	66

SEMBOLLER VE KISALTMALAR

YBÜ	:	Yoğun bakım ünitesi
TNSA	:	Türkiye nüfus ve sağlık araştırması
SpO2	:	Saturasyon
KİBAS	:	Kafa içi basıncın artması sendromu
SVO	:	Serebro vasküler obstrüksiyon
EKG	:	Elektrokardiyografi
Std	:	Standart
S	:	Sapma
n	:	Sayı

TERAPÖTİK TACTILE TOUCH UYGULAMALARININ, YOĞUN BAKIMDAKİ HASTALARIN KORKU, KAYGI VE AĞRI DÜZEYİNE ETKİSİ

ÖZET

Therapeutic Touch Tactile Applications, Fears Of Patients In Intensive Care, The Effect Of Anxiety Level And Pain

Bu çalışma, terapötik tactile touch uygulamalarının, yoğun bakımdaki hastaların korku, kaygı ve ağrı düzeyine etkisinin belirlenmesi amacıyla deneysel olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma hastanesinde genel yoğun bakım ünitesinde 1 Kasım 2014/ 31 Ocak 2015 tarihleri arasında yatan, 25'i deney ve 25'i kontrol grubu olmak üzere, 50 hasta oluşturmuştur. Çalışmanın verileri, hastaların sosyodemografik özellikleri ve bazı tıbbi parametrelerinin olduğu anket formu, literatür taraması sonunda hazırlanmış olan, hastanın konuşmasına gerek kalmadan kolayca yaşadığı kaygı ve korku duygusunu eliyle gösterebileceği görsel materyaller ve görsel ağrı skalası kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistik olarak yüzdeler, aritmetik ortalama, standart sapma değerleri, grup karşılaştırmalarında independent samples t testi, One Way Anova testi, değişkenler arası ilişkinin incelenmesinde ise Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

Çalışmamız sonucunda; hastaların %62'sinin erkek, %44'ünün 44-64 yaş arasında, %90'ının evli ve %54'ünün ilköğretim mezunu oldukları, hastaların %42'sinin solunum sıkıntısı tanısıyla yoğun bakımda yattığı, %74'ünün 2 günden beri yoğun bakımda yattığı belirlenmiştir. Çalışmada, deney grubundaki hastaların kontrol grubundaki hastalara göre; sistolik tansiyon, diyastolik tansiyon, nabız gibi parametrelerinde istatistiksel açıdan anlamlı olmasa da düşüş olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). Aynı zamanda hastaların yüksek solunum değerlerinin azaldığı ve oksijen saturasyonu değerlerinin ise arttığı görülmüştür ($p<0.05$). Deney grubundaki hastaların, kaygı, korku ve ağrı seviyesinde belirgin azalma olduğu bu durumun istatistiksel açıdan da

önemli olduğu belirlenmiştir (p<0.05). Çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda, yoğun bakım çalışanlarının, pratik bir şekilde uygulanabilir bir uygulama olarak terapötik tactile touch uygulaması konusunda bilgilendirilmesi, farkındalık kazanması ve bu uygulamanın ülkemizde YBÜ'lerinde yatan hastaların tedavilerinin desteklemesinde pratiğe geçirilmesi önerilmiştir.

Anahtar sözcükler: Ağrı, Kaygı, Korku, Tactile touch, Yoğun bakım

ABSTRACT

Therapeutic Touch Tactile Applications, Fears Of Patients In Intensive Care, The Effect Of Anxiety Level And Pain

This work, according to the tactile touch applications, in intensive care patients fear, anxiety and pain in order to determine the effect of the level of empirically. The sample of the survey, Istanbul Sisli Hamidiye Etfal research and training hospital in General intensive care unit between the dates of 1November 2014/ 31 January 2015, 25 experiment and control groups, including 50 patients. The data of the study, sociodemographic characteristics and that a questionnaire of some medical parameters of patients, which was prepared at the end of literature, visual aids patients easily anxiety and fear experienced by without speaking may show his hand, and were collected using a visual analog scale. The evaluation of the data; descriptive statistics as percentage, arithmetic mean, standard deviation values, group comparison of independent samples t test, One Way Anova test, is to investigate the relationship between variables Pearson correlation analysis were used.

As a result of our study; 62% of patients with male, 44% of the 44-64 years of age, 90% married, and 54% of the primary school graduates, 42% of patients with a diagnosis of respiratory distress lay in intensive care, 74% 2 lies in intensive care ever since. In the study, the experimental group patients control group patients; systolic blood pressure, diastolic blood pressure, pulse, such as statistics although it has been determined that the decline in terms of significant ($p > 0.05$). Decreased respiratory patients high values at the same time and oxygen saturation values is increased ($p < 0.05$). Experimental group patients, the apparent reduction in the level of anxiety, fear and pain that this situation it has been determined that significant statistical significance ($p < 0.05$). In accordance with the results obtained in the study, intensive care unit can be applied in a practical way, as an application informing the therapeutic application of tactile touch, to gain awareness of this application and the treatment of patients hospitalized in intensive care units in our country to support the implementation in practice of has been proposed.

Key Words: Pain, Anxiety, Fear, Tactile touch, Intensive Care

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Yoğun bakım üniteleri hastaların ve hastalıkların nitelikleri, tedavi yöntemleri, fiziksel özellikleri ve emosyonel çevresi açısından diğer ünitelerinden farklıdır (Gürkan, 2009). Bireyler yaşamı tehdit eden bir hastalık ya da sağlık durumlarında ortaya çıkan ani ve ciddi değişiklikler nedeniyle yoğun bakım ünitesine yatmaktadır (Kulaksızoğlu, 2006). Yoğun bakımda hastanın durumunun hızlı değişmesi, belirsizlik ve ölüm tehdidinin olmasının yanı sıra, yoğun bakım ünitesindeki monitör sistemlerinin, ventilatörlerin, sıvı ve/veya ilaç infüzyon pompalarının sesleri hastada kaygı ve korkuya neden olmaktadır. Bu nedenle yoğun bakım ünitesinde olmak hasta için oldukça travmatik ve ürkütücü bir deneyimdir. Hastanın yaşadığı bu duygular, pek çok fiziksel parametresini olumsuz etkileyebildiği gibi, ağrı algısını da olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Meehan, 1997).

Yoğun bakım hemşireleri, yoğun bakım ünitesinde hastalarla uzun süre çalışan sağlık ekibi üyeleri olduğundan hastanın yaşadığı kaygı ve korku gibi duygular başlangıç aşamasında tanıma ve ele almada iyi bir konumdadırlar. Günümüzde yoğun bakım hastalarının iyileşme süreçlerine faydalı olabilecek tamamlayıcı uygulamaların geliştirilmesi ve uygulanması, hastaların tedavi süreçlerini olumlu etkilediği gibi, hastaların fiziksel ve ruhsal rahatlık durumunu da arttırabilmektedir. Son yıllarda özellikle yurtdışında yapılan çalışmalarda vurgulandığı üzere, yoğun bakım hastalarını rahatlatmaya yönelik tamamlayıcı uygulamalardan biri de terapötik tactile touch'tır. Günümüzde; palyatif bakım (palliative care), yaşlı bakımı (geriatric care) ve yoğun bakım (intensive care) ortamlarında tıbbi tedavi ve bakım uygulamalarının yanında tamamlayıcı bir yöntem olarak kullanılmaktadır. Terapötik tactile touch, efloraj olarak da bilinmektedir. Vücudun geniş alanlarına avuç içi ile, venöz dolaşımın kalbe dönüş yönüne doğru yapılan yumuşak, sıvazlama şeklindeki hareketlerdir (Henrikson, 2007; Homayouni, 2012). Ellerin deri üzerinde kaymasıyla uygulanan, derin kas kütlelerinde basınca neden olmayan ve bunları hareket ettirmeyen tüm hafif masajlardır. Sağlık, hizmetlerinin sunumunda iletişimde kullanılan ve sözsüz

iletişimin bir şekli olan dokunma, sağlık elemanlarının hasta ile etkileşiminde birçok amaca hizmet etmektedir. Dokunma yoluyla yapılan uygulamalar hastalara yakınlık, ilgi, güven, cesaret, içtenlik, sıcaklık, empati, saygı, destek, anlayış, kabul etme, yardıma isteklilik gibi mesajlar iletir. Bireyin hızlı iyileşme sürecine yardımcı olurken, aynı zamanda bazı semptomların azalmasını da sağlamaktadır. Ağrı, korku, yalnızlık, ümitsizlik duygularını azaltma; hasta-hemşire etkileşimini artırma, hastaların sakinleştiricilere olan gereksinimini azaltma gibi etkileri vardır. Yoğun bakım gibi kritik öneme sahip olan bir birimde, hastaların iyileşme süreçlerinin hızlanmasında terapötik dokunuş faydalı olabilir (Çınar ve Khorshid, 2003).

Ülkemizde terapötik dokunma ile ilgili yapılmış bazı çalışmalar olsa da terapötik tactile touch protokolünün uygulandığı bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Terapötik tactile touch uygulamasının, hemşireler tarafından kolay ve pratik şekilde uygulanabilecek bir uygulama olmasından ve hastaların konfor ve iyilik hissini artırmasına katkıda bulunabileceğinden dolayı, çalışma önem arz etmektedir.

Bu çalışma terapötik tactile touch uygulamasının yoğun bakım hastalarının korku, kaygı ve ağrı düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılmış yarı deneysel bir çalışmadır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Yoğun bakım ünitesi ve ortam koşulları

Yoğun bakım üniteleri zorlu müdahalelerin yapıldığı üniteler olarak karşımıza çıkarlar. Yoğun bakım ünitelerinin temel amacı yaşamsal durumu ciddi hastalara yaşam desteğinin sağlanmasıdır (Lewis ve ark., 2000). Özellikle bu ünitelerde komplike ve teknolojik cihazların kullanılması hayati destek verilmesi için son derece önemlidir. Ayrıca teknik cihazlardaki gelişim farklı tip yoğun bakım ünitelerinin gelişmesine de neden olmaktadır (Sarsılmaz, 2011).

Türkiye’de yoğun bakım ünitelerinin kurulması ise 1959 yılında Dr. Cemallet’in Öner sayesinde olmuştur. Bu yoğun bakım ünitesi Haydar Paşa Numune Hastanesi’nin reanimasyon servisi bünyesinde oluşturulmuştur (Yıldırım, 2010).

Yoğun bakım, “kısmen veya tamamen işlevleri bozulmuş olan organ veya organ sistemlerinin işlevlerinin geçici olarak tıbbi veya yapay yöntemlerle sürdürülmesi ve hastalığın altında yatan nedenin ortadan kaldırılması için kullanılan yöntemlerin tamamıdır” şeklinde tanımlanmaktadır. Yoğun bakıma ağır bir travma, zehirlenme ve hastalık ameliyat sonrası komplikasyonların yaşamı sınırladığı durumlar, vb. gibi nedenlerle alınan hastalara hastalığı oluşturan temel nedenler geçici olarak ikinci plana bırakılıp tüm bakım ve tedavi önceliği hayati fonksiyonlara (solunum, dolaşım, vücut ısısı, metabolizmanın düzenlenmesi vb.) yöneltilir (Hatipoğlu, 2002).

YBÜ, kritik hastaların daha hızlı ve yoğun tedavi aldığı eşsiz bakım uygulanan bir yerdir (Sungurtekin, 2006). Yoğun bakım üniteleri sağlık kurumlarının karmaşık cihazlarla donatılmış, genel görünüm ve atmosferi ile yalıtılmış özel alanlarıdır (Kavaklı, Uzun ve Arslan, 2009). YBÜ genel durumu kötü olan kritik hastaların izlendiği birimlerdir. YBÜ’ de bulunan hasta grubu, hastanedeki en ağır hastalığı olan, invaziv girişimlerin ve monitorizasyon cihazlarının en fazla uygulandığı, diğer hastalara göre hastanede kalış süresi daha uzun olan ve daha fazla antibiyotik kullanan hastalardır (Aytaç, Naharcı ve Öztunç, 2008).

Yoğun bakım üniteleri 24 saat boyunca hastaların gözlemlendiği ünitelerdir. Bu ünitelerde bulunan hastaların birden fazla organı ya da dokusunda fonksiyonel bozukluk bulunmaktadır. Dolayısıyla bu hastaların iyi takip edilmesi çok önemli olmaktadır. Bu bağlamda hastaların iyi takip edilebilmesi ve gerektiğinde hastalara müdahalede bulunabilmesi için teknolojik cihazlar bu ünitelerde yaygın olarak kullanılmaktadır (Sarsılmaz, 2011).

Yoğun bakım ünitelerinin içeriksel olarak şu özellikleri bulundurması gereklidir (Dede ve Çınar, 2008; Karadayı ve Aydın, 2007; Karadakovan ve Aslan, 2010):

1. Hastaların tedavilerinin en ideal şekilde yapılabilmesi için gerekli teçhizat ile malzemelerinin dışında ünite personelinin de istekli olması gereklidir.
2. Bu ünitelerde yatak sayısı en az 4, en çok 12 olmalıdır.
3. Bu üniteler içerisinde hastalara rahatlıkla erişilebilmesi gereklidir ve hastaların bulunduğu alanın 25. 5 m² civarında olması gereklidir.
4. Hasta takibinin kolaylıkla yapılabilmesi ve izolasyonun rahatlıkla yapılabilmesi mümkün olmalıdır. Bu amaçla 1.5-2 m cam bölümlerin kullanılması mümkündür.

Yoğun bakımlar uğraş verdikleri konulara göre ayrılabilirler gibi, kuruluş amaçlarına ve hedefledikleri tedavi yetkilerine göre de ayrıca düzeylere ayrılmaktadırlar.

Düzeylelerine göre yoğun bakımların sınıflandırılması 3 düzeye (level) ayrılmaktadır (Akpır, 2002);

- **1.Düzey (Level 1):** Sadece Elektrokardiyografi, kan basıncı takibi, nabız takibi ve oksijen saturasyonu izleyerek hastaların gözlemlendiği, doktor hizmetini konsültasyon şeklinde alan, servisteki hastalara göre daha yoğun hemşire bakımı verilen ve invaziv olmayan solunum desteği verilebilen yerlerdir. Ara yoğun bakım olarak ta tanımlanırlar.
- **2. Düzey (Level 2):** Yoğun bakım uzmanlarının tam gün çalıştığı fakat 24 saat sürekli doktor hizmetinin verilemediği, doktorun gerektiğinde çağrıldığı,

buna karşın tam gün iyi bir hemşirelik bakımının verilebildiği, gerektiğinde uzun süreli yapay solunum desteğinin uygulanabildiği servislerdir.

- **3. Düzey (Level 3):** Başında bir sorumlunun bulunduğu, yoğun bakım uzmanlarının sürekli olarak servis içerisinde hizmet verdiği, uzun süreli yapay solunumun tüm yöntemlerinin uygulanabildiği, 24 saat tüm radyoloji ve laboratuvar hizmetlerinin verilebildiği, en gelişmiş cihazlarla donatılmış ileri monitorizasyon (EKG, nabız, invaziv, noninvaziv kan basıncı, SpO2, CO2, ısı) sağlanabilen gelişmiş servislerdir.

Yoğun bakım üniteleri protokollerine göre de sınıflandırılır. (Tunçay, 2005);

Yoğun Bakım Üniteleri: Özel ekibi, özel donanımı olan ve temel gereksinimlerini kendi içinde sağlayabilen ünitelerdir. Özellikle Acil servisler ve cerrahi üniteleri için mutlaka gerekli olan destek üniteleridir. Günümüzde hızla değişen tedavi ve teknolojiler bunlara uyum sağlayabilecek yoğun bakımlara gereksinim duyulmaktadır. Yoğun bakım üniteleri Kapalı ve Açık olmak üzere 2 gruba ayrılmaktadır.

- a) **Kapalı Yoğun Bakım Ünitesi:** Sadece yoğun bakım ekibinin sorumluluk alıp hastayı yatıştan çıkışa kadar takip ettiği ünitelerdir.
- b) **Açık Yoğun Bakım Ünitesi:** Dışarıda hastayı izleyen doktorun yoğun bakım içinde de takibe devam edip izlemeye devam ettiği ünitelere “açık yoğun bakım ünitesi” denilmektedir.

Yoğun bakım protokollerinden de anlaşılacağı gibi yoğun bakım ünitelerinin yönetim biçimi açık ve kapalı ünite şeklinde ifade edilir. Açık ünite hastane politikası ile saptanan bütün kalifiye doktorlar tarafından hastalara bakılan ünitelerdir. Primer doktor takip eder ve karar alırlar, yoğun bakımcı konsültandır. Hasta triyajı yalnızca yatak sınırlamalarında direktör tarafından uygulanabilir veya hemşirelik tekniği ile görevli hekim arasında görüşme yapılır (Karakurt, 2012).

Bazı durumlarda yarı kapalı ünite sisteminin kullanıldığı da görülmektedir. Yarı kapalı üniteye ünite direktörü veya onun atamış olduğu kişi talepleri kabul ya da reddetme yetkisine sahip olmaktadır ve daha fazla kaynak gerekli olduğunda hasta transferlerini isteyebilir. Yoğun bakım sorumlusu kişinin hasta bakıma ile alakası çok

değişken bir durumdur, gereken konsültasyon veya ikincil planda, veya yalnızca acil durumlarda konsültan veya girişimci şeklindedir. Dolayısıyla da son sözü kimin olacağına yönelik kafa karışıklığı oluşmaktadır (Karakurt, 2012).

Kapalı ünite de bir yoğun bakım uzmanı hastaları takip eder ve karar alır, primer hekim konsültandır ve yoğun bakımdaki hastalardan meshuldür (Doroty ve Bekes, 2009).

Sonuçta yoğun bakım ünitelerinin yönetiminin bu hususta eğitilmiş bir direktör başkanlığında bir grup tarafından devamlı gerçekleştirilmesinin ve hasta üzerinde verilen kararların primer şeklinde bu ekip tarafından sunulmasının, etkinliği yükselttiği ve standardize protokollerle bakım verdiği kapalı sistem, en uygun sistem olduğu saptanmıştır (Sarsılmaz, 2011).

İdeal olarak yoğun bakım üniteleri kapalı sistem olmalıdır. Bu konuda yapılmış olan pek çok çalışma sonucunda; hastanın yatış, izlem, tedavi, çıkış kararlarını belli bir ekip tarafından üstlenildiğinde, birçok hastalık grubunda morbitide ve mortalitenin azaldığı ortaya konulmuş, kapalı sistem yoğun bakım ünitelerinin sağ kalımı olumlu yönde etkilediği gösterilmiştir (Türedi, 2011).

Yoğun bakım sağlık çalışanları, karmaşık ve yaşamı tehdit edici problemleri olan hastanın tanılamasını yapmak, hastaları sürekli izlemek, kaliteli ve ileri yoğun bakım ve tedavi girişimleri uygulamak, hasta ve yakınları ile terapötik ilişki kurmak, koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici girişimleri uygulamaktan sorumlu sağlık profesyonelidir. Yoğun bakım enfeksiyonlarının gelişiminin önlenmesi için gerekli önlemlerin alınmasını sağlar. Hasta değerlendirmesinde kurumun benimsediği skorlama sistemleri ve skalaları uygular ve değerlendirir (Kumsar ve Yılmaz, 2013; Türedi, 2011).

Yoğun bakım üniteleri hemşireleri hastaların monitörizasyonu sağlar; noninvaziv monitörizasyon tekniklerini kullanır. Kardiyak ritmi izler, yorumlar, öldürücü ritimleri tanır ve gerekli acil girişimleri bilir ve uygular (aritmî, fibrilasyon, ekstrasistol vb.). Acil durumlarda hekimle işbirliği sağlayarak ve kurumun benimsemiş olduğu protokoller doğrultusunda temel/ ileri yaşam desteğinin uygulanmasını sağlar ve uygun hemşirelik aktivitelerini yerine getirir. Acil ilaç seti,

tıbbi malzeme ve cihazları kullanıma hazır bulundurur. Aspirasyon, oksijen tedavisi, kan gazı izlemi, vücut pozisyonları, genel vücut bakımı, postural drenaj, aseptik uygulamalar (sonda/ kateter bakımı vb.) gibi temel girişimsel uygulamalara yönelik uygun hemşirelik aktivitelerini planlar, uygular ve değerlendirir(Kumsar ve Yılmaz, 2013).

Yoğun bakım hemşireleri sıvı-elektrolit ve asit-baz dengesine yönelik mevcut ve olası sorunların dikkate alınarak uygun hemşirelik bakımını planlar, uygular ve değerlendirir. Bası yaraları, risk faktörleri, prognoz üzerindeki etkilerinin gelişiminin önlenmesi için uygun hemşirelik yaklaşımını sağlar, oluşması halinde uygun hemşirelik bakımını planlar, uygular ve değerlendirir. Nörolojik hastalıkları olan (anevrizma, KİBAS, SVO vb.) ve bilinci kapalı olan (intrakraniyal kanama vb.) hastaların izlemini ve uygun pozisyon verilmesini sağlar, nörolojik değerlendirmelerini yapar. Pace-makerli hastayı izler, bakımını bilir ve uygular. Hasta ve ailesi ile ilgili kayıtların gizliliğini sürdürür. Hastanın mahremiyetini sağlar. Hastanın başka bir bölüme transferlerinin güvenli bir şekilde gerçekleşmesini, devir notu yazarak sağlar. Hasta ve ailesinin eğitiminde, onların geleneksel ve kültürel özelliklerini dikkate alır. Uygulamalarında kanıta dayalı araştırma sonuçlarından yararlanır, hizmet içi eğitim etkinliklerine katılır ve görev alır. Yönetim sistemleri ile ilgili prosedür, talimat, yasal ve diğer şartlara uyar (Tunçay, 2005).

Yoğun bakım ünitelerinde klasik sınırlar ortadan kaldırılarak hastanın acil problemlerinin çözülmesi konusunda ekip çalışması yapılmaktadır. Bu ekipte doktorların yanı sıra hemşireler, beslenme uzmanları, solunum terapistleri, farmakologlar, fizyoterapistler ve teknoloji ile çaba harcayanlar bulunmaktadır. Doktorlar ve yoğun bakım hemşirelerinin etkin iletişimi, yoğun bakım ekip çalışmasının en önemli bölümlerden bir tanesini oluşturmaktadır (Gündöndü, 2014).

Yoğun bakım uygulayan kişi (intensivist), kritik hastaya en verimli primer bakımı sunan, her uzmanlık dalının kimi bölümlerini yatak başına getirip, hastaya has şekilde kaynakların kullanılmasını gerçekleştiren bir tıbbi yönetici “primer generalist” şekilde tarif edilir. Yani, yoğun bakım hekimliği günümüz koşullarında belli bir departmana yönelik bir dal olmamakta, orijini ne olursa olsun iyi bir eğitim

almış ve günün 24 saati, haftanın 7 günü devamlı hizmet sunan bir disiplin şeklinde tanımlanmaktadır (Çelikel, 2001).

Yoğun Bakım Üniteleri genelde multi disiplinler birimler şeklinde oluşturulmuştur. Bu üniteler kritik durumda olan travmatoloji, solunum hastalıkları, pediatri, iç hastalıkları, kardiyoloji, nöroloji, genel cerrahi, nöroşirüji, kalp cerrahisi, nefroloji v.b. branşlarının hastalarını aynı kısma alarak tedavi uygularlar. Multidisipliner yoğun bakım stratejisini benimsemiş kurumlar için yoğun kapasitesi olan sahip bir çocuk hastalıkları servisi bulunuyorsa, bu hastanelerde pedyatrik yoğun bakım servisleri ayrı şekilde oluşturulabilir. Şayet kalp veya beyin cerrahi merkezi vb. bir hizmet bahsi varsa ve ameliyat sayıları bir yoğun bakım kullanılabilir kapasitede ise Kardiyovasküler Cerrahi ve Beyin cerrahisi yoğun bakımları ayrı olarak kurulabilir (Akpir, 2002).

Yoğun bakım ünitelerindeki birçok teknik cihazın olduğu birimlerdir. Bu birimler sürekli dinamik yapı sergilerler. Bu bağlamda bu birimler sürekli sesin ve ışığın olduğu yerler olarak karşımıza çıkmaktadır. Işık ve ses hastaların uyumalarını engelleyebilmektedir. Uykusuzluk çeken hastalarda bağışıklık sistemi zayıflayabilmektedir. Ayrıca uykusuzluk sebebiyle hastaların halüsinasyon görmesi de mümkün olabilmektedir. Bunun dışında hastaların şiddetli ağrı hissetmeleri, hep aynı şekilde yatmaları gibi unsurlarda hastaların uyuyamamasına neden olmaktadır. yoğun bakım ünitesinin hastaların huzuruna göre ayarlanması bu bağlamda çok önemli olmaktadır (Kahveci, 2008).

Yoğun bakım üniteleri hastaların yaşamsal göstergelerinin belirli aralıklarla izlendiği birimler olarak karşımıza çıkarlar. Ayrıca yaşamsal göstergelerinin kontrol edildiği cihazlar da oldukça gürültülüdür. Hem bu cihazların yaptığı gürültü olması hemde yaşamsal göstergelerin kontrol edilmesi hastaların uyumasını engelleyen bir durumdur (Frisk ve Nordstrom, 2003).

Yoğun bakım hastaları kendi hastalıklarıyla uğraştıkları gibi aynı zamanda yoğun bakım ortamından kaynaklanan uykusuzluk sorunuyla birlikte ortaya çıkabilecek ruhsal ve fiziksel sorunlarla baş etmeye çalışmaktadır (Artut ve Atalay, 1994).

Hastaların yoğun bakım ünitelerinde uyuyabilmelerini sağlamak adına uygulanabilecek bazı unsurları şu şekilde sıralamamız mümkündür (Artut ve Atalay, 1994):

- a) Yoğun bakım ortamı huzur verici bir biçimde düzenlenmelidir.
- b) Ses ile ışığın hastalara rahatsızlık vermemesi açısından loş ve huzurlu ortam oluşturulmalıdır.
- c) Hastanın REM uykusunu uyması için yoğun bakım ekibi tıbbi müdahale ve kontrolüleri planlamalıdır.
- d) Telefon sesi düşürülmelidir.
- e) Çalışanların yapacakları telefon görüşmeleri belirli bir sayıya indirilmelidir.
- f) Yoğun bakım çalışanları ses çıkarmayan ayakkabılar giymelidir.
- g) Hastanın hijyeni sağlanmalıdır.
- h) Çalışanlar aralarında alçak sesle konuşmalıdır.
- i) Hastaların uydukları zamanlarda zorunlu müdahaleler dışında müdahalelerde bulunulmamalıdır.
- j) Hastanın yatağının hastayı rahatsız etmeyecek niteliklere sahip olması sağlanmalıdır.
- k) Hastanın rahatlaması için hastaya masaj uygulanmalıdır.
- l) Hastanın ışıktan rahatsız olmaması için gece lambası kullanılması sağlanabilir.
- m) Hastanın uyuyabileceği pozisyonda olması sağlanmalıdır.
- n) Hastan acil durum ziline uygun ulaşabilir pozisyonda olması sağlanmalıdır.
- o) Hastaların ağrısı olması durumunda ağrıyı kesici önlemler alınmalıdır.
- p) Hastanın rahatının sağlanması açısından hastaya takılı cihazların uygun biçimlerde bağlanması sağlanmalıdır.

Yoğun bakım ünitelerinde rastlanan en önemli olgulardan biri de hastaların kaygı düzeylerinin yükselmesidir. Hastaların yakından takip edilmesi, hastalarla

iletişim kurulması, hastalarla temas halinde olunması gibi unsurlar hastanın olumsuz ruh halinden kurtulmasına yardımcı olacaktır. bu bağlamda yoğun bakım üniteleri çalışanlarının hastaya yardımcı olmaları çok önemlidir (Terzi ve Kaya, 2011).

Yoğun bakım ünitelerinde hastaların yüzleşmek durumunda oldukları bir durum ise ağrı kavramıdır. Hastalarda ağrı hastalıkları yüzünden olabildiği gibi uygulanan tıbbi müdahaleler sebebiyle de oluşabilmektedir. Ağrı kavramı hastaların karşılaşmak istemedikleri durumların başında gelmektedir (Özkan, 2006).

Yoğun bakım ünitelerinin hastalar üzerinde strese neden olan etkilerini genel olarak Tablo 2.1’de görmemiz mümkündür.

Tablo 2.1 YBÜ’lerinde Stresörler

Fiziksel	Fizyolojik	Çevresel
Oral /Nazal Tüpler	Hareketsizlik, Bağımlılık	Yatakların konforsuzluğu
Acı/Ağrı	Sık Muayene	YBÜ’nin çok sıcak veya soğuk olması
Acıkma/ Susama	İletişim problemleri	Fazla ışık ve gürültü
Ventilatör Kullanımı	Yakınlara duyulan özlem	Mahremiyet azlığı
Uykusuzluk	Konfüzyon	Hoş olmayan ses, görüntü ve kokular
İğneler	Bıkkınlık, sıkıntı	
Nefes kesilmeleri		
Sakşın		

Kaynak:Prevost SS. Individual and family response to the critical care experience. In: Sole ML, Lamborn ML, Hartshorn JC, editors. Introduction to critical care nursing. 3rd ed. Philadelphia: W. B. Saunders; 2001.p. 9-24.

Aşağıdaki Tablo 2.2 ise yoğun bakım hastalarının stresörlere maruz kalmaları sonucunda hastalarda gözlenen tepkiler verilmiştir.

Tablo 2.2 YBÜ’lerinde Hastaların Stresörlere Tepkileri

Fiziksel	Fizyolojik	Çevresel
Yaşamsal göstergelerde değişimler	Öfke	Artan Uyarılma
Disritmi	Anksiyete	Uyarılmada Düşüş
Terleme	Korku	Yoğun Bakım Ünitesi Sendromu
Anoreksi	Güçsüz Hissetme	
Bulantı	Ümitsizlik hissi	
Boşaltımda farklılaşmalar	Spiritüel Distress	
Ağrı	Yoğun Bakım Sendromu	
Kusma, Bulantı		
Uykusuzluk ile Huzursuz Hissetme		
Günlük ritimde değişim		

Kaynak:Prevost SS. Individual and family response to the critical care experience. In: Sole ML, Lamborn ML, Hartshorn JC, editors. Introduction to critical care nursing. 3rd ed. Philadelphia: W. B. Saunders; 2001.p. 9-24

2.2.Korku Kavramı

Korku insan doğasının en temel duygularından biri olup hayat sürecinde yaşanmaması imkansızdır. Özellikle insanlar tam olarak algılayamadıkları unsurlardan korkma eğilimi içerisindedir. Korku yapısal olarak birçok unsuru içinde bulundurmasından dolayı farklı biçimlerde tanımlanmıştır.

Türk Dil Kurumu korkuyu “ Bir tehlike veya tehlike düşüncesi karşısında duyulan kaygı, üzüntüdür” biçiminde açıklamaktadır(TDK Türkçe Sözlük, 1998).

Bir diğer tanımda ise korku; bir olağandışı veya tehlikeli olgu ya da olay karşısında açığa çıkan duygu, davranış tepkidir (Kavaklı, 2007). Başka bir tanımda korku; hayatta yaşanan bazı deneyimlerden ya da kötü olaylardan oluşan bir duygudur (Gardiner ve Gander, 2001).

Korku olası bir tehlike ya da bir ani olay karşısında bireylerin sergiledikleri davranış ya da tutumdur. Bazı durumlarda korku bireylerin normal davranışlarını durduran ve bireylerin düşünmesini engelleyen bir olgu olarak karşımıza çıkar. Bu bağlamda korku ani tepki verilmesi gereken durumlarda hayat kurtarıcı özellik gösterirken aşırı olması durumunda bireylere zarar vermektedir (Celmer, 2007).

Bireyler tehlikeli bir durumla yüzleşmeleri sonucunda, bireylerde bazı biyolojik salgılarda değişiklikler olmakta ve sonuç olarak korku açığa çıkmaktadır. Bu bağlamda bireylerin korkuya olan tutumları korkuyu ne derecede nitelendirdiklerine bağlı olarak değişmektedir. Korkular iki şekilde ele alınmaktadır. İlk biçimdeki korkuda dışsal faktörler etkili olurken ikinci tip korku da ise içsel öğeler etkili olur. İçsel etkilerden kaynaklı korkular genel olarak bireylerin geçmiş deneyimlerden kaynaklı olarak açığa çıkarlar. Bu korku tipi de bireylerde etkili olabilecek süreçleri açığa çıkarabilme potansiyeline sahiptirler (Collins, 2007).

Korkunun iki tip olduğunu savunan diğer bir görüşte ise; bireylerin gözlemledikleri ve bir nedenden kaynaklanan korkuları ile bireylerin belli bir gözlemi olmadan ve nedensiz durumlardan kaynaklanan korkuları bulunmaktadır. İlk tip korkuda bireyler korkularının sebepleriyle yüzleşmekteyken, ikinci tip korku da herhangi bir yüzleşme söz konusu değildir. ikinci tip korku da bireyler içsel olarak kendilerini korkutmaktadırlar (Dolu ve ark., 2010).

Korku kavramı bazı durumlarda anksiyete kavramıyla karıştırılan bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Korku genel biçimde dış unsurlardan kaynaklı olarak bireylerin savunma amaçlı ortaya koydukları fiziksel ve psikolojik tepkileri içeren bir olgudur. Bireyler korkuya neden olan unsurdan sakınarak kendini korur (Kavaklı, 2007). Belli bir dış unsurdan kaynaklanmayan, sebebi belirgin olmayan duygular ise anksiyete biçiminde açıklanabilir (Aydın ve Yolasığmaz, 1987). Anksiyete belli bir gerçeğe dayanmak zorunda değildir (Gardiner ve Gander, 2001).

Korkular bireylerde süreklilik kazanmaya başlayarak yaşamlarını olumsuz hale getirmekteyse korkular fobilere dönüşmektedir. Fobiler ise üç başlık halinde incelenmektedir (Sungur, 1997):

1. Agorafobi
2. Özgül Fobiler
3. Sosyal Fobiler

Korkular çeşitli nedenlerden dolayı ortaya çıkabilmektedir. Bireylerde ortaya çıkan korkuların temelleri genellikle çocukluk döneminde yaşanmış olaylardan atılmaktadır (Alak, 1993; Rebecca, 1993). Yapılan araştırmalar bireylerin %40'dan fazlasında çocukluk döneminde edindiği korkuların yetişkinlik döneminde de devam ettiğini göstermektedir (Karagöz, 1990).

Freud korkuların çocukluk dönemi içerisinde kazanılmış belli bir mantığı olmayan süreçlerden oluştuğunu ileri sürmektedir. Freud yaptığı çalışmalar neticesinde korkunun nedenlerini iki kapsam içerisinde ele almıştır (Dönmez 1998):

1. Korku belli bir nedene bağlıysa “nesnel kaygı” yani “korku”
2. Belli bir nedenden kaynaklanmamaktaysa “nörotik kaygı” yani “kaygı” olarak açıklanmaktadır.

Bir diğer değerlendirmede Dieter Duhm (2009) “Kapitalizm’de Korku” adlı kitabında korkunun temellerinin çocukluk yaşlarında atıldığını ileri sürmektedir. Bu açıdan çocuklar, yetişkinler tarafından belli kurallara uymaya zorlanmaları halinde korku geliştirecektir. Duhm çocukluk döneminde karşılaşılan kuralların belli bir mantığı olmadığını savunmaktadır. Ama çocukların kurallara uymaması sonucunda cezalandırılması çocuklarda korkunun temellerini atmaktadır.

Bireylerin düşünce tarzları korkuların oluşmasında etkili olabilmektedir. Bir birey için korku duyulan durum bir diğer birey için sıradan bir olay olarak değerlendirilebilmektedir. Yani bireylerin olaylar karşısında sergiledikleri tutumlar korkuların oluşmasına neden olmaktadır. Korkuların doğuş sebebi bu bağlamda bir olay karşısında bireylerin edindikleri izlenimle alakalıdır. Örnek vermek gerekirse, bir birey için köpek çok sevimli bir hayvan gibi görülürken, bir başka birey için köpek korkulacak bir hayvan şeklinde tarif edilebilmektedir (Gençöz, 1998).

Bireylerin sosyal yaşam içerisinde dinlediği haberler, gördükleri olumsuz olaylar, negatif yaşam tecrübeleri bireylerde korkuların oluşmasına neden olabilmektedir. Bireylerde korku deneyimlenmiş bir olay neticesinde oluşabileceği gibi öğrenilen bilgiler neticesinde de oluşabilmektedir. Deneyimlenmemiş bir olaya karşı korku geliştirilmesinde bireylerin fikirleri ön planda olmaktadır (Gençöz, 1998).

İnsanların olayları değerlendirme biçimleri korkulara neden olmasının yanı sıra korkuların daha da ileri boyuta giderek fobilere dönüşmesine neden olmaktadır. Fobiler ilk önceleri bir korku olarak açığa çıkmaktadırlar. Örnek vermek gerekirse, bir kişi kalabalık bir ortamda düşmüşse herkesin kendiyi dalga geçtiği düşüncesine kapılabilmektedir. Daha sonra ise kişi kalabalık ortamlara çıkarken korku duyabilmektedir. Kişinin korkusunu daha ileri taşıması sonucunda ise birey kalabalık ortamlara çıkamamaktadır. Bu durum içerisindeki birey ilk önce bir korku geliştirmiş daha sonra bunu sosyal fobiye dönüştürmüştür (Sungur, 1997).

Yoğun bakım ünitelerinde hastalarda özellikle cerrahi müdahalelerin söz konusu olduğunda durumlarda bazı korkular gelişebilmektedir. Hastalarda gelişen bu korkuları şu şekilde sıralamamız mümkündür (Cimilli, 2001):

1. Hastanın ölüm korkusu,
2. Hasta bedeninde bir hasar oluşacağı korkusu ve ağrı duyacağı korkusu,
3. Anestezi uygulamasından hastanın kendi kontrolünü kaybedeceği korkusu,
4. Cerrahi müdahale sonrasında sakat kalma korkusu ile başkalarına bağımlı yaşama korkusu,
5. Hastanın yapılacak müdahaleleri bilmemesinden kaynaklanan korku ile uyuşturulma yada anesteziyle ilgili korkusu,
6. Hastaya uygulanacak tıbbi müdahaleyle ilgili sahip olduğu korkular

Hastaların en çok korktuğu durumlardan biri de ölümdür. Bu bağlamda ölüm korkusu hayatın her anında ve her köşede olan kavram olarak karşımıza çıkarken bireyler hayatların büyük bölümü ölümlü kabul etmemekle harcamaktadırlar (Yalom, 2000).

Yoğun bakımdaki hastalar hastalıklarının etkisiyle ölümü daha çok düşünmekte ve ölen yakınlarını çok hatırlamaya başlamaktadır. Bu durum hastaların ölüm korkusuna kapılmalarına neden olur (Mete, 2008).

Tedavi sürelerinin uzaması hastaların tedaviye olan bağlılıklarında farklılaşmalara neden olabilmektedir. Bu durum tedavi sürecini olumsuz etkileyebilmektedir. Uzayan tedavi süreçlerinde hastalar hastalığı bir ceza şeklinde değerlendirebilmektedir. Hastalık başlı başına bir korku unsuru olmasından dolayı hastalar hasta değilmiş gibi davranabilmektedirler (Mete, 2008).

2.3.Kaygı Kavramı

Kaygı kavramı literatürde başlarda biyolojik nedenlerden kaynaklanan bir olgu biçiminde değerlendirilmekteydi. Daha sonra ise Freud'un 1926 yılında yayınladığı "Ketlemeler, belirtiler ve kaygı" adlı esriyle birlikte psikolojik temel altında değerlendirilmeye başlamıştır. (Gençtan, 1996).

Morgan (1991) kaygıyı, bireyleri içsel açıdan tehlikede olduğunu düşündüren olgular biçiminde açıklamıştır. Kaygı, bireyi tehlikede olduğunu hissettiren olguların birey tarafından algılanması sonucunda bireylerin verdiği tepkilerdir şeklinde açıklanabilir (Karagüven, 1999).

Nemiah (1975) kaygıyı bireylerin ilerde olabilecek olumsuz olaylara yönelik korku hissetmesi şeklinde açıklamıştır. Linn (1975) açısından kaygı, bireylerin tehlikeyle karşılaşacakları düşüncesinde olmaları sonucu olumsuz ruh haline girmeleri ve bu nedenden dolayı terleme, kalp atışında artış, hızlı soluk alıp verme gibi fiziksel belirtilerin ortaya çıkması şeklinde değerlendirmiştir. Malmo (1975)'ya göre kaygı bireyin fiziksel olarak bir işi halledecek durumda olmaması ile sağlık hizmeti ihtiyaç duyacak kadar gerilmiş olması şeklinde açıklamıştır(akt. Karagüven, 1999).

Kaygı yani anksiyete; bireyin değer yargılarına ya da güvenlik anlayışlarına uygun olmayan olaylara maruz kalması sonucunda, otonom sinir sisteminin harekete geçmesi sebebiyle, bireyin gerginlik ya da endişe hissetmesidir. (Dedeli ve ark., 2008).

Kaygı çeşitli uyarımlar sonucu organlarda acı oluşmasına neden olan duygusal bir ögedir. Bu uyarılar dış etkenli de olabilmektedir. Kişiler ani gelişen olaylar ile tehlikeli durumlarla karşılaşmaları sonucunda kalp atışları hızlanmakta, eller terlemeye başlamakta ve ağızları kurumaktadır (Ersevim, 1997).

Herkes hayatın bir evresinde olumsuz ya da tehlikeli olaylara maruz kalmaktadır ve bu yüzden çeşitli endişeler yaşamaktadır. Bu endişelerin seviyesi ise kaygıların oluşup oluşmamasını etkilemektedir. Bireyler olumsuz olayların üzerine odaklandıkça bu durum kaygılara dönüşmektedir. Kaygılarda bireylerde davranış bozukluklarına neden olmaktadır (Arkonaç, 2005).

Freud açısından kaygının üç tane özelliği bulunmaktadır. Bu özellikler şu şekildedir (Karagüven, 1999):

1. Bireylerin hayatlarından hoşlanmaması,
2. Bireylerin bedeninde fiziksel değişimlerin oluşması
3. Bireylerin 1. ve 2. maddedeki durumları farkına varmasıdır.

Hastane şartlarında bireylerde kaygının oluşması son derece yaygın görülen bir durumdur. Hastanede kalınan süreler boyunca hastalar istedikleri gibi davranmamakta, istedikleri gibi yiyip içmemektedir. Ayrıca hastalar hastane ortamında yabancılik çekmektedir. Hastalar bu gibi durumlarla başa çıkmaya çalışırken aynı zamanda hastalıklarıyla boğuşmak zorundadırlar. Hastanelerin en önemli birimlerinden olan yoğun bakım ünitelerinde yoğun tedavi süreci kaygıyı artırıcı özellik göstermektedir (Dedeli ve Akyol, 2008).

YBÜ hastalarında görülen kaygı, hastalarda algılama bozukluklarına, problem çözme ve sorunlarla başa çıkabilme yeteneklerinin azalmasına sebep olabilmektedir. Yoğun bakımdaki hastalarda kaygı, hastanın psikolojik durumu, hastanın sahip olduğu hastalığın türü, strese neden olan durumlar gibi sebeplerden dolayı oluşabilmektedir. Ayrıca hastanın ağrı duyması durumunda ağrıya verdiği tepki kaygı düzeyini belirler. Hastanın ağrı seviyesinin çok yüksek olması hastanın kaygı seviyesinin yükselmesinde etkili olmaktadır. Hastanın kaygılı olması düşük düzey uyaranlara karşı büyük tepkiler vermesine neden olabilmektedir. Bu durumda hasta çok çabuk sinirlenebilmektedir (Dedeli ve Akyol, 2008).

YBÜ hastalarındaki kaygı hastayı olumsuz etkileyerek tedavi süresinin daha da artmasına neden olmaktadır. Hastanın sergilediği olumsuz tavır nedeniyle tedavinin kalitesi de düşebilmektedir. Kaygılı hastaların bağışıklık sistemleri de güçsüzleşmektedir. Bunun dışında kaygı, yoğun bakım hastalarında halisinyasyonlara neden olabilmektedir (Sharma ve ark., 2014; Fleischer ve ark., 2014).

Yapılan çalışmalar YBÜ’de kalan hastalarının kaygı yaşadığını göstermektedir. Hastalarda kaygı, kan basıncının artmasına ve kalp atışının hızlanmasına neden olmaktadır. Ayrıca kaygılı hastaların duygusal çöküntü sebebiyle halsiz hissettikleri belirlenmiştir. Tüm bu durumların tedavi sürecine olumsuz yansıdığı tespit edilmiştir (Fleischer ve ark., 2014).

Kaygı mutsuzluk hissine, baş ağrılarına, terlemeye, midede ağrıya, korkuya neden olmaktadır. Bu gibi durumlar kaygı yüzünden oluşmakta ve bu durumlar aynı zaman kaygıyı artırıcı özellikler gösterebilmektedir (Dedeli ve Akyol, 2008).

2.4.Ağrı Kavramı

İnsanların doğumlarından ölümlerine kadar süreç içerisinde birçok kez karşılaştıkları ağrı kavramı insanlar açısından çekilmez bir durumdur. İnsanlar ağrıya sakatlanmalar, yaralanmalar, hastalıklar gibi birçok nedenden dolayı karşılaşabilmektedir.

Uluslar arası Ağrı Araştırma Teşkilatı ağrıyı; “Var olan veya olası doku hasarına eslik eden veya bu hasar ile tanımlanabilen, hoşça gitmeyen duysal ve emosyonel deneyim” ve “Ağrı bir korunma mekanizması” biçiminde açıklamaktadır (Çöçelli ve ark., 2008).

Ağrı vücudun bir bölümünden kaynaklanan, güzel olmayan, bireyi strese ya da kaçma hissine sevk eden bir durumdur (Ertekin, 1993). Başka bir tanımda ise ağrı; bir doku hasarından olan ya da hasarın oluşmasıyla birlikte açığa çıkan güzel duygulara sebep olmayan bir deneyim şeklinde açıklanmaktadır (Merskey, 1986).

Ağrının üç özelliği bulunmaktadır. Bunlar şu şekildedir (Puntillo ve Wilkie, 1991; Pasero ve McCaffery, 2000):

1. Ağrı hasta tarafından tespit edilebilir olmalı veya hastanın belli bir bölgesinden kaynaklanmalıdır.
2. Ağrının hastanın daha önce yaşadığı olaylarla ilişkisi olması gerekmektedir.
3. Ağrı hastayla alakalı olmalı ve ölçeklendirilememelidir.

Ağrılar patogeneze ve süresine göre şu şekilde ayrılmaktadır (Doğan, 2011):

- a) Patogeneze göre ağrılar;
 1. Psikojenik ağrı
 2. Nöropatik ağrı
 3. Nosipseptif ağrı
 4. İdiopatik ağrı
- b) Süresine göre ağrılar;
 1. Akut ağrı
 2. Subakut ağrı
 3. Kronik ağrı biçimindedir.

Literatürde ağrının oluşum biçimiyle alakalı teoriler bulunmaktadır. bu teorileri şu şekilde sıralamamız mümkündür (Wall ve Melzack, 2006):

1. Spesifite Teorisi: Bu teoriye göre ağrı beyinde algılanmaktadır. Ağrıya neden olan unsurun beyinde bir reseptörü bulunmakta ve bu reseptör sayesinde ağrı algılanmaktadır.
2. Patern Teorisi: bu teoriye göre ağrıya neden olan unsurların iletimlerinin birikmesi sonucunda ağrı oluşmaktadır.
3. Kapı Kontrol Teorisi: bu teoride ise ağrı hissine neden olan uyarının ilk önce omurilikte kontrol altına alınarak baskılanmaya çalıştığı ve daha sonra ise beyne iletiildiği açıklanmaktadır.

Bireyler için tam bir stres kaynağı olan ağrı, hastalarda fiziksel, tepkisel ve ruhsal sonuçlara neden olmaktadır (Doksat, 1999; Sabuncu ve Akça, 2011). Akut ağrılar hastalarda kaygının oluşmasına neden olmaktadır, kronik ağrılar hastaların depresyon yaşamalarına sebep olmaktadır (Güleç ve Güleç, 2006). Ağrıdan

kaynaklanan ruhsal durumlar hastaların agresifleşmesine neden olmakla beraber hastaların tıbbi müdahaleye izin vermemesine de neden olabilmektedir (Yapucu ve ark., 2005).

YBÜ'lerinde hastalıktan kaynaklanan ağrı dışında, hastaya takılı olan drenler ya da kateterler veya tedavi maksadıyla yapılan işlemler, pozisyon değişimleri gibi unsurlarda hastalarda ağrılara neden olmaktadır (Aslan ve Karadağ, 2007). Ayrıca yoğun bakım ünitelerinde ağrı sürecine dikkatli özen gösterilmemesi durumunda vazokonstiksiyon, anksiyete, fizyolojik sorunlar, solunum sorunları ile ölüm ve hastalık sürecinin uzaması gibi sorunlarla karşılaşmaktadır (Chong ve Burchet, 2003).

YBÜ'lerinde hastaların ağrı düzeyinin belirlenmesini engelleyen unsurlar şu şekildedir (Erdek, 2003; Shannon ve Bucknall, 2003):

- Hastayla etkili bir biçimde iletişim kurulamaması veya hastanın kendini ifade edememesi,
- Hastanın solunum durumu, kalp atış hızı, dakikada atan nabız sayısı, kan basıncı gibi unsurların sürekli değişir durumda olması,
- Karşılaşılan ağrı tipine daha önce rastlanılmamış olması veya hastayla ilgilenen sağlık çalışanının yeterli bilgiye sahip olmaması,
- Yoğun bakım ünitesinde ağrı düzeyinin belirlenmesi için genel manada kullanılacak kriterlerin veya değerlendirme araçlarının bulunmaması şeklinde açıklanabilir.

Ağrı çok farklı kriterlerde değerlendirilebildiği için, ağrının kaynağının belirlenmesi zorlaşmaktadır. Ayrıca yoğun bakımda hastalarla iletişimin kısıtlı biçimlerde yapılabilmesi, hastaların hastalık durumlarında meydana gelen hızlı farklılaşmalar, makul seviyede bilgiye sahip olunmaması gibi durumlar ağrının kaynağının belirtilmesini güçleştirmektedir (Karayurt ve Akyol, 2008).

Yoğun bakım hastalarının ağrı düzeyinin belirlenmesinde sırasıyla şu bulgular üzerinde durulmalıdır (Pasero, 2003):

1. Hastanın ağrısı nasıl ifade ettiği: yoğun bakım hastasının ağrısı nasıl nitelendirdiğinin dinlenmesidir. Ağrının belirlenmesinde en önemli olgu hastanın açıklamalarıdır.
2. Ağrının kaynağı olması muhtemel patolojik durumlar veya tıbbi müdahaleler: Hastaya uygulanmış herhangi tıbbi işlem veya hastanın sahip olduğu etkenler ağrıya neden olabilir.
3. Hastanın davranışsal tepkileri: Hastanın gözlerini sıkıca yumması, kaşlarını çatması gibi ağrıdan kaynaklanan davranışsal tepkilerdir.
4. Hastanın fizyolojik belirtileri: Solunum hızı, kalp atış hızı gibi fizyolojik belirtilerde artma ya da azalmaların gözlenmesidir.

Yoğun bakım hastalarında ağrının düzeyinin belirlenmesine etki eden unsurlar şu şekildedir (Alpen ve Titler, 1994):

- Ventilasyon ile trakeostomi benzeri aletler sebebiyle hastanın kendini ifade edememesi
- Hastada sakinleştirici kullanılması sonucu ağrı düzeyinde farklılaşmalar
- Kasların hareketini kısıtlayan ilaçlar veya kas gevşeticilerin kullanılması
- Tıbbi müdahale için kullanılan araçlar
- Hastanın uyku düzeninin bozulması
- Hastalıklardan dolayı yaşanan stres
- Ağrı belirtilerinin yorumlanabilir düzeyde olup olmadığı

Yoğun bakım hastalarının ağrılarının tespitinde kullanılabilir belirti Tablo 2. 3'deki gibi sınıflandırmak mümkündür.

Tablo 2. 3. Yoğun Bakım Üniteleri Hastalarının Ağrı Belirtileri

Fizyolojik Belirtiler	Davranışsal Belirtiler	
	Motor Tepkileri	Durumsal Tepkiler
Kalp Atımının %15 artması yada azalması		
Kan Basıncının %15 artması yada azalması	a) Yüzdeki Belirtiler	Kaygı
Solunum hızında artma yada azalma	Yüzü veya alını buruşturma	Uykusuzluk
Gözbebeklerinin genişlemesi	Gözlerin büyümesi	Hareketlilik
Kafa içi basıncın yükselmesi	Gözleri sıkıca kapama	Huzursuzluk
Oksijen Saturasyonunda düşme	Kaşları çatma	Mutsuzluk
Terleme	Ağız sıkıca kapatma	Sesli tepkiler
Kusma, Bulantı	b) Vücuttaki Belirtiler	İnleme
Deride kızarıklık ya da solgunluk	Sabit kalamama	İnilti
	Kıvrılma, bükülme	Yüksek sesle ağlama
	Elleri sıkıca kapama	
	Bacakları savurmak	
	Kasların kasılı olması	
	Hareketsiz durma	
	Karyolaya vurma	
	Hastanın yanına gelenlerin elini veya kolunu sıkıca tutması	
	Gözlerden yaş gelmesi	

Kaynak: Odhner M, Wegman D, Freeland N, Steinmetz A, Ingersoll GL. Assessing pain control in nonverbal critically ill adults. *Dimens Crit Care Nurs* 2003;22:260-7.

Bu durum düzeltilmelidir. Ayrıca hastanın yatış biçimi hastada ağrıya sebep olabilmektedir. Bu bağlamda hastanın ağrı hissetmeyeceği en uygun yatış biçiminde yatırılması önemli olmaktadır. Yoğun bakım ünitesinde hastayı rahatsız edebilecek dış unsurların en alt düzeye indirilmesi gereklidir. Ayrıca bazı tıbbi müdahaleler hastalarda ağrıya neden olabilmektedir. bu tür müdahalelerden önce doktorun onayıyla birlikte hastada ağrı kesici ilaçlar kullanılabilir (Şahinoğlu, 2003; Erdemir, 2005; Birol, 2007).

Yoğun bakım ünitelerinde ağrının kökeni fizyolojik ya da ruhsal nedenlerden kaynaklanabilmektedir. Ama hastalar sonuç olarak ağrıya ruhsal açıdan yaklaşmaktadırlar. Hastaların ağrıyı psikolojik boyutta değerlendirmesi hastalarda stres, depresyon, kaygı gibi ruhsal sorunların oluşmasına neden olmaktadır. yapılan araştırmalarda hastaların kaygı düzeyleriyle akut veya kronik ağrıları arasında ilişki olduğunu gösterilmiştir. Ağrının varlığı hastalarda kaygı düzeyi artırırken, aynı zamanda kaygının da ağrının şiddetini artırdığı gösterilmiştir. Hastanın kaygı düzeyinin düşürülmesi ile hastanın ağrıya katlanma düzeyinin arttığı bilinmektedir. Yani hastaların ruhsal durumları ile ağrı düzeyleri arasında yakın bir ilişki bulunmaktadır (Payen, ve ark., 2009).

2.5. Therapeutic Tactile Touch Uygulamaları

Eskiden günümüze bireyler sağlıklı olmak ya da sağlıklarına kavuşmak adına çeşitli yöntemleri kullanmaktadır. Günümüz koşullarında ise modern tıpla beraber tamamlayıcı ve alternatif terapilerin kullanımı hız kazanmaktadır. Therapeutic Tactile Touch günümüzde kullanılmaya başlanan bir alternatif terapi uygulamalarından biridir. Terapötik tactile touch'ın özü dokunma eylemidir.

Dokunma, birden fazla kişinin aralarında istekli ve duygusal açıdan temas halinde olmaları şeklinde açıklanmaktadır. Dokunma eylemi iki başlık açısından ele alınmaktadır ve bu başlıklar şu şekildedir (Morales, 1994):

- a) Enstürmental Dokunma: Genel olarak bir eylem sebebiyle yapılan dokunmadır. Hastaya tıbbi müdahale sebebiyle dokunmak buna örnek gösterilebilir.

- b) Ekspresif Dokunma: Bu dokunma çeşidi amaçsız bir şekilde yapılmakta ve duygusal öğeler bulundurmaktadır. Örneğin hastaya moral vermek adına hastanın eline dokunmak buna örnek gösterilebilir.

Literatüre terapötik dokunmanın kazandırılması ise 1970’li yıllarda Dolores Krieger ve Dora Kunz tarafından olmuştur. Bu yöntemle hastalara elle dokunarak alternatif tedavi amaçlanmıştır (Whelan ve Wishnia, 2003; Vitale, 2007). Terapötik dokunmayı uygulayan kişi parmakları vasıtasıyla hastaya enerji kazandırmaya çalışır (Khorshid ve Yapucu, 2005).

Therapeutic Tactile Touch;

Son yıllarda özellikle yurtdışında yapılan çalışmalarda vurgulandığı üzere, yoğun bakım hastalarını rahatlatmaya yönelik tamamlayıcı uygulamalardan biri de terapötik tactile touch’tır. Günümüzde; palyatif bakım (palliative care), yaşlı bakımı (geriatric care) ve yoğun bakım (intensive care) ortamlarında tıbbi tedavi ve bakım uygulamalarının yanında tamamlayıcı bir yöntem olarak kullanılmaktadır. Terapötik tactile touch, efloraj olarak bilinmektedir. Vücudun geniş alanlarına avuç içi ile, venöz dolaşımın kalbe dönüş yönüne doğru yapılan yumuşak, sıvazlama şeklindeki hareketlerdir. Ellerin deri üzerinde kaymasıyla uygulanan, derin kas kütlelerinde basınca neden olmayan ve bunları hareket ettirmeyen tüm hafif masajlardır (Henrikson, 2007; Homayouni, 2012).

Bireyler için dokunma bir ihtiyaçtır. Bu durum bireylerin hastalanmalarıyla birlikte daha da artmaktadır. Bu bağlamda dokunmaya en fazla ihtiyacı olan kişileri şu şekilde sıralamamız mümkündür (Mollaoğlu, 2001):

- Kaygı, depresyon gibi ruhsal sıkıntıları olan kişiler.
- Kendini ifade edemeyecek durumda olan kişiler.
- Mortalite dönemine yaklaşan hastalar.
- Sakatlığı ya da fiziksel rahatsızlığı olan bireyler ve yaşlı kişiler.
- Duyu kaybı olan bireyler.
- Önemli rahatsızlığı olan bireyler ile tıbbi operasyona girecek kişiler.

Yoğun bakım üniteleri hastalarının terapötik dokunmayla sağlayacakları faydaları ise şu şekilde sıralamamız mümkündür (Mollaoğlu, 2001; Tovar, 1991):

- a) Dokunmayla birlikte hasta sakinleşecek ve dolayısıyla solunum, kan basıncı gibi unsurlar olumlu etkilenecektir.
- b) Terapötik dokunma hastaların bilinçlerini olumlu yönde etkileyerek anlama ve kavrama yetilerini güçlendirecektir.
- c) Terapötik dokunma sayesinde hastaların depresyon, kaygı, korku gibi ruhsal sorunları azalırken, aynı zamanda dokunmayla hastaların ağrıları da hafifleyecektir.
- d) Hastalar fiziksel ve psikolojik olarak tıbbi tedaviden daha olumlu etkilenecektir.
- e) Cerrahi operasyonlar öncesi dokunma sayesinde hastaların sakinleştirici ihtiyaçları azalacaktır. Böylelikle hastalar cerrahi operasyonlara daha rahat şekilde girebileceklerdir.
- f) Hastanın kendi durumu anlamasını sağlayarak hastaların gerçek hayattan kopmalarını engeller.

Terapötik dokunmanın sahip olduğu nitelikleri ise şu şekilde sınıflandırmamız mümkündür (Çınar ve Khorshid, 2003):

- a) Dokunma müddeti: Hastaya dokunulan süre uzadıkça hasta beden bütünlüğünden emin olmaya başlayacak ve hastanın kendine olan güveni giderek yükselecektir.
- b) Dokunulan bölge: Hastayla temas kurulan vücut bölümüdür. Hastanın dokunulan bölgesi hastada o bölgenin yerinde olduğu hissiyatını oluşturacaktır. Böylece hastanın vücut bütünlüğünü daha da iyi bir şekilde kavraması sağlanmış olacaktır.
- c) Dokunma sıklığı: Hastaya ne kadar aralıklarla dokunulduğunu ifade eder. Hastayla kurulan temas sıklıklaştıkça hastanın kendine güveni artacaktır. Dokunma sayesinde hasta ve hastaya dokunan arasında olumlu bir ilişki gelişecektir.

- d) Dokunma yoğunluğu: Terapötik dokunmanın yoğunluğunu açıklamaktadır. Dokunulan yüzeye yapılan basınçla alakalıdır. Yapılan çalışmalar yoğun dokunmanın hastalarda olumlu etkileri olduğunu söylemektedir.
- e) Duyu Özelliği: Hastaya dokunulması sonucunda hastanın bundan hoşlanması ya da bu dokunuşun hastada ağrıya neden olmasıdır. Hastada ağrı olması için fiziksel veya bilinçsel sorunların bulunması gereklidir. Hastada sorun bulunmaması durumunda dokunulması sonucunda hasta bundan hoşlanacaktır.

Yoğun bakım üniteleri hastaların en çok stres yaşadığı alanlardan biridir. Hastalar bu ünitelerde normal yaşamlarından koptuklarından dolayı yalnızlık hissine kapılabilmektedir. Bu durum hastalarda kaygı, depresyon gibi ruhsal çöküntülere neden olmaktadır. Ruhsal çöküntü de hastaların tedavilerini olumsuz etkilemektedir. Ayrıca ruhsal sıkıntı çeken hastaların ağrı düzeylerinde artışlar olabilmekte ve ağrı düzeyi yükselen hastalar duygusal açıdan daha da olumsuz etkilenebilmektedir. Tüm bu sorunların azaltılmasında terapötik dokunma önemli bir rol oynamaktadır (Meehan, 1997).

Yoğun bakım ünitelerindeki hastaların yeterince sosyalleşememe sorunları ön plana çıkmaktadır. Ayrıca hastaların çevrelerini sarmalayan direnler, kateterler, solunum cihazları ve diğer teknik aletler hastaları insani ilişkilerden kopartarak daha da mutsuz olmalarına sebep olmaktadır. Hastalar yalnızlaştıkça benlik bilincinden sıyrılabilmektedir. Bu bağlamda YBÜ'lerde hastalara belirli aralıklarla dokunmak hastaların tekrar hayata bağlanmaları açısından son derece önemlidir (Potter ve Perry, 1997).

Hemşireler hastalarla en fazla etkileşim içine girebilecek sağlık çalışanlarıdır. Bu bağlamda hastalara terapötik dokunmaya ilişkin uygulamaları yapabilecek en uygun sağlık çalışanları hemşirelerdir. Hastaya sadece tıbbi müdahaleler maksadıyla yaklaşmak hastaların iyileşebilmeleri açısından tek başına yeterli olamamaktadır. Araştırmalar yoğun bakım ünitelerinde hastaların koluna dokunarak etkileşime geçen hemşirelerle hastaların daha çok konuştukları ve hastaların bu hemşirelere daha çok

tepki verdiklerini göstermiştir. Bu bağlamda hastaların kendilerini hemşirelere daha kolay ifade edilmesinde dokunuşların öneminin fazla olduğu açıktır. Hemşirelerin istekli bir biçimde hastalarla temas içinde olması hastaların kendini açıklayabilmesinde önemli bir süreçtir (Schoenhofer, 1994).

Ülkemizde terapötik dokunma ile ilgili yapılmış bazı çalışmalar olsa da terapötik tactile touch protokolünün uygulandığı bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Kolay ve pratik şekilde uygulanabilecek terapötik tactile touch uygulamasının, hemşireler tarafından farkedildiğinde, bu uygulamanın yoğun bakım hastalarının bakımında yaygınlaşacağını düşünmekteyiz.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Araştırma, Terapötik Tactile Touch Uygulamalarının, yoğun bakımdaki hastaların korku, kaygı ve ağrı düzeyine etkisinin belirlenmesi amacıyla, ön test ve son test ölçümlerin yapıldığı, deney ve kontrol grubunun olduğu yarı deneysel bir çalışma olarak planlanmış ve yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma; İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma hastanesinde, 1 Kasım 2014/ 31 Ocak 2015 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma hastanesinde yoğun bakımda yatmakta olan hastalar oluşturmuştur. Çalışma örneklemini ise, genel yoğun bakım ünitesinde yatan, çalışmaya kabul koşullarını taşıyan ve çalışmayı kabul eden, en az 24 saattir yoğun bakımda olup, şuuru açık olan (entübe veya extübe) 25 deney, 25 kontrol grubu hasta oluşturmuştur.

Çalışmaya alınma kriterleri;

- Yoğun bakımda en az 24 saattir kalıyor olmak
- 18-80 yaş aralığında olmak
- Bilinci açık olmak
- Biliç düzeyini etkileyebilecek; kafa travması ve kafa yaralanması, nörolojik hastalık, deliryum tablosu, algılama bozukluğu olmamak,
- Mevcut kardiyolojik problemi olmamak
- Çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak

3.4.Araştırmanın Uygulanması

Deney grubundaki hastalara 3 gün süresince her gün 30 dk “terapötik tactile touch protokolü” uygulanmıştır. Uygulama öncesi ve sonrası hastanın yaşadığı kaygı

ve korkuyu değerlendirmek için, literatür taraması sonunda hazırlanmış olan, hastanın konuşmasına gerek kalmadan kolayca eliyle yaşadığı duygu gösterebileceği görsel materyaller oluşturulmuştur. Aynı zamanda hastanın uygulama öncesi ve sonrası ağrı algısını değerlendirmek için, görsel ağrı skalası kullanılmıştır.

Hastanın tansiyon, nabız, solunum, vücut ısısı, O₂ saturasyonu ve glikoz seviyesi gibi fiziksel parametreleri de uygulama öncesi ve sonrası değerlendirilmiştir.

Kontrol grubundaki hastalara, ise ünitedeki rutin bakım dışında herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır. Belirtilen saatlerde ilgili ölçüm araçları uygulanarak kaydedilmiştir.

Uygulama protokolü:

Deney grubundaki hastalara; teröpatik tactile touch uygulamaları; (efloraj – sıvazlama- masaj manevrası kullanılarak;)

- ❖ 3 gün boyunca;
- ❖ Her gün 18.00-20.00 saatleri arasında 30 dk boyunca
- ❖ Hastanın,
 - Baş (5dk)
 - Yüz bölgesi (yanak ve alın) (5dk)
 - Sağ el ve ön kol, sol el ve ön kol (5dk)
 - Sağ omuz, sol omuz(5dk)
 - Sağ ayak ve sol ayak bölgelerine (5dk) uygulanmıştır,
 - Bir bölgeden diğer bölgeye geçişte hastanın komut eşliğinde 5 kez derin nefes alıp vermesi sağlanmıştır.

Uygulamaya dair bazı örnek resimler aşağıda verilmiştir (Resim-1, Resim-2, Resim-3 ve Resim-4).



Resim -1



Resim-2



Resim-3



Resim-4

3.5.Araştırma Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri, hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, tanısı, üniteye yatış süresi, entübasyon durumudur.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri ise; hastanın sistolik tansiyon, diyastolik tansiyon, nabız, solunum, saturasyon, glikoz, kaygı, korku ve ağrı düzeyleridir.

3.6.Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler, hastaların sosyodemografik ve bazı tıbbi parametreleri içeren bir anket formu (EK-1), görsel yüz ifadesi kaygı skalası (EK-2), görsel yüz ifadesi korku skalası (EK-3) ve görsel ağrı skalası (EK-4) ile toplanmıştır.

3.7.Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler bilgisayar ortamında SSPS 20.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Sayısal değişkenlerin normal dağılım gösterip göstermediğine Shapiro-Wilk testi ile bakılmıştır. Verilerin analizinde;

- Tanımlayıcı istatistik olarak yüzdeler, aritmetik ortalama, standart sapma değerleri,
- İkili grup karşılaştırmalarında independent samples t testi,
- Çoklu grup karşılaştırmalarında One Way Anova testi,
- Değişkenler arası ilişkinin incelenmesinde ise Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

Karşılaştırmalarda $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.8.Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için araştırmanın yapıldığı kurumdan yazılı izin (EK 5) ve İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel olmayan Klinik Araştırma Değerlendirme Komisyonu'ndan etik kurul onayı alınmıştır (EK 6). Hastalardan sözel ve yazılı onay alınmıştır .

3.9.Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma sadece Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma hastanesinde yoğun bakım ünitesinde yatmakta olan hastaları kapsadığından sonuçlar, Türkiye'deki bütün yoğun bakımda yatan hastalara genellemez.

4.BULGULAR

Bölüm 1: Hastaların Tanıtıcı özellikleri ve Hastalıkla İlgili Bazı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Hastaların Tanıtıcı Özellikleri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	19	38.0
Erkek	31	62.0
Yaş		
23-43 yaş	8	16.0
44-64 yaş	22	44.0
65 yaş ve üzeri	20	40.0
Medeni Durum		
Evli olan	45	90.0
Bekar olan	5	10.0
Eğitim Durumu		
Okuma-yazma biliyor	8	16.0
İlköğretim mezunu	27	54.0
Lise mezunu ve üzeri	15	30.0

Tablo 4.1’ de hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Buna göre, hastaların %62’sinin erkek, %44’ünün 44-64 yaş arasında, %90’ının evli ve %54’ünün ilkokul mezunu oldukları görülmektedir.

Tablo 4.2. Hastaların hastalıkla ilgili bazı özelliklerine göre dağılımı

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tanı		
Kolon-batın hastalıkları	10	20.0
Pnömoni	4	8.0
Kanser	9	18.0
Solunum sıkıntısı	21	42.0
Hipertansiyon	6	12.0
Uygulama Öncesi Yatış süresi		
2 gün	37	74.0
3 gün	7	14.0
4 gün	6	12.0
Entübasyon durumu		
Entübe olan	5	10.0
Extübe olan	45	90.0

Tablo 4. 2’de hastaların hastalıkla ilgili bazı özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Bu özellikler incelendiğinde hastaların %42’sinin solunum sıkıntısı tanısıyla yoğun bakımda yattığı, %74’ünün 2 günden beri yoğun bakımda yattığı, %90’ının extübe olduğu tespit edilmiştir.

Bölüm 2: Deney ve kontrol grubundaki hastaların fiziksel parametrelerinin dağılımına ilişkin bulgular

Tablo 4.3. Hastaların sistolik tansiyon değerlerinin dağılımı

	Grup	1.Ölçüm		2. Ölçüm		3. Ölçüm	
		Öncesi $\bar{x} \pm SS$	Sonrası $\bar{x} \pm SS$	Öncesi $\bar{x} \pm SS$	Sonrası $\bar{x} \pm SS$	Öncesi $\bar{x} \pm SS$	Sonrası $\bar{x} \pm SS$
Sistolik Tansiyon	Deney	141.00±24.28	132.08±21.01	138.04±21.97	134.16±17.04	135.20±16.91	128.76±15.58
	Kontrol	126.96±22.04	129.28±23.39	129.48±24.05	132.04±24.77	126.32±22.25	129.76±22.16
	*Test	<i>t=2.140</i> <i>p=0.037</i>	<i>t=0.444</i> <i>p=0.659</i>	<i>t=1.313</i> <i>p=0.195</i>	<i>t=-0.352</i> <i>p=0.726</i>	<i>t=1.588</i> <i>p=0.119</i>	<i>t=-0.184</i> <i>p=0.854</i>

Tablo 4.3' te hastaların sistolik tansiyon değerlerinin dağılımı görülmektedir. Sistolik tansiyonun değerleri incelendiğinde; terapötik tactile touch uygulaması sonrasında deney grubunda önemli bir değişiklik olmadığı tespit edilmiştir. Uygulama sonrasında sistolik tansiyon değerleri 3 ölçümde de deney ve kontrol grubunda farklı değildir ($p>0,05$). Bununla beraber terapötik tactile touch uygulamasında sistolik tansiyon değerleri deney grubunda ortalama olarak düşüş göstermişken, terapötik tactile touch uygulamasına tabi olmayan kontrol grubunda sistolik tansiyon değerleri ortalama olarak yükselmiştir.

Tablo 4.4. Hastaların diyastolik tansiyon değerlerinin dağılımı

	Grup	1.Ölçüm		2. Ölçüm		3. Ölçüm	
		Öncesi $\bar{x} \pm SS$	Sonrası $\bar{x} \pm SS$	Öncesi $\bar{x} \pm SS$	Sonrası $\bar{x} \pm SS$	Öncesi $\bar{x} \pm SS$	Sonrası $\bar{x} \pm SS$
Diyastolik Tansiyon	Deney	70.36±16.11	68.36±16.09	72.08±14.52	69.76±14.35	70.40±13.02	67.88±13.45
	Kontrol	63.40±13.33	65.20±12.72	65.60±15.36	66.88±15.54	63.44±12.65	63.76±11.78
	*Test	<i>t=1.66</i> <i>p=0.10</i>	<i>t=0.77</i> <i>p=0.44</i>	<i>t=1.53</i> <i>p=0.13</i>	<i>t=0.68</i> <i>p=0.49</i>	<i>t=1.91</i> <i>p=0.06</i>	<i>t=1.15</i> <i>p=0.25</i>

Tablo4. 4’ te hastaların diyastolik tansiyon değerlerinin dağılımı yer almaktadır. Diyastolik tansiyonun 1., 2. ve 3. ölçüm değerleri incelendiğinde terapötik tactile touch uygulaması sonrasında deney grubunda önemli bir değişiklik olmadığı tespit edilmiştir. Uygulama sonrasında diyastolik tansiyon değerleri 3 ölçümde de deney ve kontrol grubunda farklı değildir ($p>0,05$). Bununla beraber terapötik tactile touch uygulamasında diyastolik tansiyon değerleri deney grubunda ortalama olarak düşüş göstermişken, terapötik tactile touch uygulamasına tabi olmayan kontrol grubunda diyastolik tansiyon değerleri ortalama olarak yükselmiştir.

Tablo4.5. Hastaların nabız değerlerinin dağılımı

	Grup	1.Ölçüm		2. Ölçüm		3. Ölçüm	
		Öncesi $\bar{x} \pm SS$	Sonrası $\bar{x} \pm SS$	Öncesi $\bar{x} \pm SS$	Sonrası $\bar{x} \pm SS$	Öncesi $\bar{x} \pm SS$	Sonrası $\bar{x} \pm SS$
Nabız	Deney	91.96±16.16	88.64±16.14	88.52±15.37	85.76±15.08	87.64±13.26	85.76±13.22
	Kontrol	87.00±17.71	87.96±18.49	84.92±17.26	85.56±18.18	84.76±18.13	85.32±18.51
	*Test	<i>t=1.03</i> <i>p=0.30</i>	<i>t=0.13</i> <i>p=0.89</i>	<i>t=0.79</i> <i>p=0.44</i>	<i>t=0.04</i> <i>p=0.96</i>	<i>t=0.64</i> <i>p=0.52</i>	<i>t=0.09</i> <i>p=0.92</i>

Tablo 4. 5'te hastaların nabız değerleri incelendiğinde; terapötik tactile touch uygulaması sonrasında deney grubunda önemli bir değişiklik olmadığı tespit edilmiştir. Uygulama sonrasında nabız değerleri 3 ölçümde de deney ve kontrol grubunda farklı değildir ($p>0,05$). Bununla beraber terapötik tactile touch uygulamasında nabız değerleri deney grubunda ortalama olarak düşüş göstermişken, terapötik tactile touch uygulamasına tabi olmayan kontrol grubunda nabız değerleri ortalama olarak yükselmiştir.

Tablo 4.6. Hastaların vücut ısı değerlerinin dağılımı

	Grup	1. Ölçüm		2. Ölçüm		3. Ölçüm	
		Öncesi $\bar{x} \pm SS$	Sonrası $\bar{x} \pm SS$	Öncesi $\bar{x} \pm SS$	Sonrası $\bar{x} \pm SS$	Öncesi $\bar{x} \pm SS$	Sonrası $\bar{x} \pm SS$
Vücut ısı	Deney	36.72±0.412	36.68±0.416	36.68±0.49	36.66±0.48	36.43±0.36	36.42±0.33
	Kontrol	36.74±0.65	36.76±0.65	36.53±0.54	36.50±0.51	36.46±0.46	36.47±0.47
	*Test	$t=-0.07$ $p=0.93$	$t=-0.567$ $p=0.57$	$t=1.00$ $p=0.32$	$t=1.10$ $p=0.27$	$t=-0.30$ $p=0.76$	$t=-0.44$ $p=0.65$

Tablo 4. 6’ da, hastaların vücut ısı değerlerinin dağılımına bakıldığında, terapötik tactile touch uygulaması sonrasında deney grubunda önemli bir değişiklik olmadığı tespit edilmiştir. Uygulama sonrasında vücut ısı değerleri 3 ölçümde de deney ve kontrol grubunda farklı değildir ($p>0,05$).

Tablo 4. 7. Hastaların solunum değerlerinin dağılımı

	Grup	1.Ölçüm		2. Ölçüm		3. Ölçüm	
		Öncesi	Sonrası	Öncesi	Sonrası	Öncesi	Sonrası
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Solunum	Deney	20.00±5.17	17.64±4.37	18.64±5.07	16.84±5.04	17.44±4.97	15.88±5.03
	Kontrol	20.20±4.25	21.08±4.48	18.72±3.12	19.44±3.79	18.68±3.57	19.48±3.66
	*Test	$t=-1.49$ $p=0.88$	$t=-2.74$ $p=0.009$	$t=-0.06$ $p=0.94$	$t=-2.05$ $p=0.04$	$t=-1.01$ $p=0.31$	$t=-2.89$ $p=0.006$

Tablo 4. 7’de hastaların solunum değerlerinin dağılımı yer almaktadır. Terapötik tactile touch uygulaması sonrasında deney grubunda önemli değişiklik olmuştur. Uygulama sonrasında solunum değerleri 3 ölçümde de deney ve kontrol grubunda anlamlı farklılık mevcuttur ($p<0,05$). Terapötik tactile touch uygulamasında solunum değerleri deney grubunda ortalama olarak düşüş göstermişken, terapötik tactile touch uygulamasına tabi olmayan kontrol grubunda solunum değerleri ortalama olarak yükselmiştir.

Tablo 4. 8. Hastaların saturasyon değerlerinin dağılımı

	Grup	1.Ölçüm		2. Ölçüm		3. Ölçüm	
		Öncesi	Sonrası	Öncesi	Sonrası	Öncesi	Sonrası
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Saturasyon	Deney	96.04±2.73	97.32±2.07	96.60±1.87	98.00±1.58	96.44±2.08	98.20±1.32
	Kontrol	96.24±3.09	92.975.88±	95.48±3.04	95.12±3.53	95.08±3.36	95.12±3.59
	*Test	<i>t=-2.42</i> <i>p=0.81</i>	<i>t=1.98</i> <i>p=0.05</i>	<i>t=1.56</i> <i>p=0.12</i>	<i>t=3.71</i> <i>p=0.001</i>	<i>t=1.71</i> <i>p=0.09</i>	<i>t=4.01</i> <i>p=0.000</i>

Tablo 4. 8’de hastaların saturasyon değerlerinin dağılımı görülmektedir. Terapötik tactile touch uygulaması sonrasında deney grubunda önemli değişiklik olmuştur. Uygulama sonrasında saturasyon değerleri 3 ölçümde de deney ve kontrol grubunda anlamlı farklılık mevcuttur ($p<0,05$). Terapötik tactile touch uygulamasında saturasyon değerleri deney grubunda ortalama olarak yükseliş göstermişken, terapötik tactile touch uygulamasına tabi olmayan kontrol grubunda saturasyon değerleri ortalama olarak düşmüştür.

Tablo 4. 9. Hastaların glikoz değerlerinin dağılımı

	Grup	1.Ölçüm		2. Ölçüm		3. Ölçüm	
		Öncesi	Sonrası	Öncesi	Sonrası	Öncesi	Sonrası
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Glikoz	Deney	150.40±68.56	147.84±68.39	145.80±67.77	143.40±65.38	143.04±55.94	138.48±54.16
	Kontrol	146.12±51.21	144.64±50.18	135.92±45.07	135.20±46.47	125.12±35.23	131.88±37.88
	*Test	<i>t=0.25</i> <i>p=0.80</i>	<i>t=0.18</i> <i>p=0.85</i>	<i>t=0.60</i> <i>p=0.54</i>	<i>t=0.51</i> <i>p=0.61</i>	<i>t=1.35</i> <i>p=0.18</i>	<i>t=0.49</i> <i>p=0.62</i>

Tablo 4. 9’ da hastaların glikoz değerlerinin dağılımı incelendiğinde; terapötik tactile touch uygulaması sonrasında deney grubunda önemli bir değişiklik olmadığı tespit edilmiştir. Uygulama sonrasında glikoz değerleri 3 ölçümde de deney ve kontrol grubunda farklı değildir ($p>0,05$). Bununla beraber terapötik tactile touch uygulamasında glikoz değerleri deney grubunda ortalama olarak düşüş göstermiştir.

Bölüm 3: Deney ve kontrol grubundaki hastaların kaygı, korku ve ağrı puanlarının dağılımına ilişkin bulgular

Tablo 4. 10. Hastaların korku puanlarının dağılımı

	Grup	1.Ölçüm		2. Ölçüm		3. Ölçüm	
		Öncesi	Sonrası	Öncesi	Sonrası	Öncesi	Sonrası
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Korku	Deney	3.24±1.12	1.32±0.85	3.00±0.95	1.16±0.85	3.12±0.92	0.92±0.49
	Kontrol	2.92±1.15	3.08±1.15	3.16±1.10	3.20±1.11	3.04±0.97	3.16±1.02
	*Test	<i>t=0.99</i> <i>p=0.326</i>	<i>t=-6.14</i> <i>p=0.00</i>	<i>t=-0.54</i> <i>p=0.58</i>	<i>t=-7.26</i> <i>p=0.00</i>	<i>t=0.29</i> <i>p=0.76</i>	<i>t=-9.82</i> <i>p=0.00</i>

Tablo 4. 10’ da hastaların korku puanlarının dağılım sonuçlarına göre; terapötik tactile touch uygulaması sonrasında deney grubunda önemli değişiklik olmuştur. Uygulama sonrasında korku değerleri 3 ölçümde de deney ve kontrol grubunda anlamlı farklılık mevcuttur ($p<0,05$). Terapötik tactile touch uygulamasında korku değerleri deney grubunda ortalama olarak düşüş göstermişken, terapötik tactile touch uygulamasına tabi olmayan kontrol grubunda korku değerleri ortalama olarak yükselmiştir.

Tablo 4. 11. Hastaların kaygı puanlarının dağılımı

	Grup	1.Ölçüm		2. Ölçüm		3. Ölçüm	
		Öncesi	Sonrası	Öncesi	Sonrası	Öncesi	Sonrası
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Kaygı	Deney	3.40±1.11	1.44±0.86	3.28±0.89	1.20±0.81	3.24±0.77	1.08±0.70
	Kontrol	3.08±0.86	3.28±0.89	3.16±0.80	3.36±0.81	3.12±0.83	3.32±0.85
	*Test	<i>t=1.13</i> <i>p=0.26</i>	<i>t=-7.39</i> <i>p=0.00</i>	<i>t=0.50</i> <i>p=0.61</i>	<i>t=-9.38</i> <i>p=0.00</i>	<i>t=0.52</i> <i>p=0.61</i>	<i>t=-10.14</i> <i>p=0.00</i>

Tablo 4. 11’de hastaların kaygı puanlarının dağılımı incelendiğinde; terapötik tactile touch uygulaması sonrasında deney grubunda önemli değişiklik olmuştur. Uygulama sonrasında kaygı değerleri 3 ölçümde de deney ve kontrol grubunda anlamlı farklılık mevcuttur ($p<0,05$). Terapötik tactile touch uygulamasında kaygı değerleri deney grubunda ortalama olarak düşüş göstermişken, terapötik tactile touch uygulamasına tabi olmayan kontrol grubunda kaygı değerleri ortalama olarak yükselmiştir.

Tablo 4. 12. Hastaların ağrı puanlarının dağılımı

	Grup	1.Ölçüm		2. Ölçüm		3. Ölçüm	
		Öncesi	Sonrası	Öncesi	Sonrası	Öncesi	Sonrası
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Ağrı	Deney	4.96±1.69	2.04±1.81	4.96±1.56	1.92±1.57	4.72±1.40	1.52±1.08
	Kontrol	6.36±2.17	6.32±2.21	5.56±2.20	5.72±2.37	5.76±2.16	5.88±2.14
	*Test	<i>t=-2.53</i> <i>p=0.01</i>	<i>t=-7.48</i> <i>p=0.00</i>	<i>t=-1.11</i> <i>p=0.27</i>	<i>t=-6.66</i> <i>p=0.00</i>	<i>t=-2.01</i> <i>p=0.04</i>	<i>t=-9.06</i> <i>p=0.00</i>

Tablo 4.12’de hastaların ağrı puanlarının dağılımına yer verilmiştir. Bu terapötik tactile touch uygulaması sonrasında deney grubunda önemli değişiklik olmuştur. Uygulama sonrasında ağrı şiddeti değerleri 3 ölçümde de deney ve kontrol grubunda anlamlı farklılık mevcuttur ($p<0,05$). Terapötik tactile touch uygulamasında ağrı şiddeti değerleri deney grubunda önemli ölçüde düşüş göstermişken, terapötik tactile touch uygulamasına tabi olmayan kontrol grubunda önemli bir değişiklik olmamıştır.

Bölüm 4: Deney ve kontrol grubundaki hastaların tanıtıcı özellikleri ve hastalıkla ilgili bazı özelliklerine göre korku, kaygı ve ağrı puanlarının dağılımına ilişkin bulgular

Tablo 4. 13. Hastaların cinsiyetine göre korku puanlarının dağılımı

	Grup	Uygulama	Cinsiyet	Sayı	Ortalama	Std. sapma	Test
Korku	Deney	Öncesi	Kadın	9	2.81	0.72	t=-1.31
			Erkek	16	3.29	0.93	p=0.20
		Sonrası	Kadın	9	1.07	0.36	t=-0.35
			Erkek	16	1.16	0.74	p=0.73
	Kontrol	Öncesi	Kadın	10	2.86	1.04	t=-0.73
			Erkek	15	3.15	0.91	p=0.47
Sonrası		Kadın	10	2.90	1.08	t=-1.00	
		Erkek	15	3.31	0.94	p=0.32	

Tablo 4. 13'teki hastaların cinsiyetine göre korku puanları, uygulama öncesi ve sonrasında korku ile hastaların cinsiyet arasında anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4. 14. Hastaların yaş gruplarına göre korku puanlarının dağılımı

	Grup	Uygulama	Sayı	Yaş grubu	Ortalama	Std. sapma	Test
Korku	Deney	Öncesi	3	23-43 yaş	2.22	0.38	F=2.081 p=0.14
			12	44-64 yaş	3.33	0.91	
			10	65 yaş ve üzeri	3.13	0.83	
		Sonrası	3	23-43 yaş	1.11	0.19	
	12	44-64 yaş	1.16	0.74			
	10	65 yaş ve üzeri	1.10	0.58			
	Kontrol	Öncesi	5	23-43 yaş	3.06	1.03	F=0.047 p=0.95
			10	44-64 yaş	3.10	0.88	
10			65 yaş ve üzeri	2.96	1.08		
Sonrası		5	23-43 yaş	3.26	1.03	F=0.105 p=0.90	
10	44-64 yaş	3.20	0.97				
10	65 yaş ve üzeri	3.03	1.11				

*One Way Anova test

Tablo 4.14'te hastaların yaş gruplarına göre korku puanlarının dağılımı sonucunda; uygulama öncesi ve sonrasında korku ile yaş grubu arasında anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4. 15. Hastaların medeni durumuna göre korku puanlarının dağılımı

	Grup	Uygulama	Medeni durum	Sayı	Ortalama	Std. sapma	Test
Korku	Deney	Öncesi	Bekar	2	2.33	0.47	t=-1.33
			Evli	23	3.18	0.88	p=0.19
		Sonrası	Bekar	2	1.16	0.23	t=0.07
			Evli	23	1.13	0.64	p=0.93
	Kontrol	Öncesi	Bekar	3	3.00	1.45	t =-0.7
			Evli	22	3.04	0.92	p=0.94
		Sonrası	Bekar	3	3.33	1.45	t =0.33
			Evli	22	3.12	0.97	p=0.74

Tablo 4.15'te hastaların medeni durumuna göre korku puanlarının dağılımı göz önüne alındığında; uygulama öncesi ve sonrasında korku ile medeni durum arasında anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.16. Hastaların eğitim durumuna göre korku puanlarının dağılımı

	Grup	Uygulama	Eğitim durumu	Sayı	Ort.	Std. sapma	Test
Korku	Deney	Öncesi	-Okuma-yazma bilmiyor	4	2.91	0.91	F=0.214 p=0.80
			-İlköğretim	12	3.08	0.95	
			-Lise mezunu ve üstü	9	3.25	0.84	
		Sonrası	-Okuma-yazma bilmiyor	4	1.00	0.00	
	-İlköğretim	12	1.13	0.71			
	-Lise mezunu	9	1.18	0.66			
	Kontrol	Öncesi	-Okuma-yazma bilmiyor	4	3.25	1.03	F=0.320 p=0.72
			-İlköğretim mezunu	15	3.08	0.97	
-Lise mezunu ve üstü			6	2.77	1.00		
Sonrası		-Okuma-yazma bilmiyor	4	3.25	1.03	F=0.152 p=0.86	
-İlköğretim mezunu	15	3.20	1.03				
-Lise mezunu	6	2.94	1.06				

Tablo 4. 16’da hastaların eğitim durumuna göre korku puanlarının dağılımı gösterilmiştir. Korku parametresi eğitim durumuna göre incelendiğinde, uygulama öncesi ve sonrasında korku ile eğitim durumu arasında anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4. 17. Hastaların yatış süresine göre korku puanlarının dağılımı

	Grup	Uygulama	Uygulama Öncesi Yatış süresi	Sayı	Ortalama	Std. Sapma	Test
Korku	Deney	Öncesi	2 gün	17	2.98	0.84	F=1.266
			3 gün	4	3.75	0.95	p=0.30
			4 gün	4	3.08	0.91	
		Sonrası	2 gün	17	1.05	0.58	F=0.518
			3 gün	4	1.41	0.31	p=0.60
			4 gün	4	1.16	1.03	
	Kontrol	Öncesi	2 gün	20	2.93	0.97	F=1.148
			3 gün	3	3.11	0.69	p=0.33
			4 gün	3	4.00	0.94	
		Sonrası	2 gün	20	3.00	0.97	F
			3 gün	3	3.22	0.83	=2.246
			4 gün	3	4.05	0.70	p=0.13

Tablo 4. 17’de hastaların uygulama öncesi yatış süresine göre korku puanlarının dağılımı incelendiğinde, deney grubu için öncesi ve sonrası ile kontrol grubu öncesi için istatistiksel olarak anlamlı farklılık yokken ($p>0,05$), kontrol grubunda sonrası durum yatış süresine göre farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Kontrol grubunda yatış süresi arttıkça korkunun arttığı saptanmıştır.

Tablo 4. 18. Hastaların tanılarına göre korku puanlarının dağılımı

	Grup	Uygulama	Tanı	Sayı	Ortalama	Std. Sapma	Test
Korku	Deney	Öncesi	-Kolon-batın hastalıkları	4	2.75	0.87	F=2.299 p=0.09
			-Pnömoni	2	2.33	0.47	
			-Kanser hastalıkları	5	2.66	0.62	
			-Solunum sıkıntısı	12	3.38	0.88	
			-Hipertansiyon	2	4.16	0.23	
			Sonrası	-Kolon-batın hastalıkları	4	1.58	
	-Pnömoni	2	0.83	0.23			
	-Kanser hastalıkları	5	0.86	0.20			
	-Solunum sıkıntısı	12	1.08	0.71			
	-Hipertansiyon	2	1.50	0.23			
	Kontrol	Öncesi	-Kolon-batın hastalıkları	6	3.77	0.83	F=1.808 p=0.21
			-Pnömoni	2	3.33	0.00	
-Kanser hastalıkları			4	3.16	0.69		
-Solunum sıkıntısı			9	2.59	1.05		
-Hipertansiyon			4	2.66	0.72		
Sonrası			-Kolon-batın hastalıkları	6	3.83	0.96	
-Pnömoni	2	3.66	0.47				
-Kanser hastalıkları	4	3.25	0.68				
-Solunum sıkıntısı	9	2.70	1.11				
-Hipertansiyon	4	2.75	0.87				

Tablo 4.18’de hastaların tanılarına göre korku puanlarının dağılımı incelendiğinde, uygulama öncesi ve sonrasında korku ile tanı arasında anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4. 19. Hastaların cinsiyetine göre kaygı puanlarının dağılımı

	Grup	Uygulama	Cinsiyet	Sayı	Ortalama	Std. sapma	Test
Kaygı	Deney	Öncesi	Kadın	9	3.18	0.86	t=-0.57
			Erkek	16	3.37	0.73	p=0.56
		Sonrası	Kadın	9	1.25	0.52	t=0.10
			Erkek	16	1.22	0.80	p=0.92
	Kontrol	Öncesi	Kadın	10	3.03	0.69	t=-0.53
			Erkek	15	3.17	0.64	p=0.59
		Sonrası	Kadın	10	3.13	0.67	t =1.09
			Erkek	15	3.44	0.70	p=0.28

Tablo 4.19’da hastaların cinsiyetine göre kaygı puanlarının dağılımına bakıldığında, uygulama öncesi ve sonrasında kaygı ile cinsiyet arasında anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.20. Hastaların yaş gurubuna göre kaygı puanlarının dağılımı

	Grup	Uygulama	Yaş grubu	Sayı	Ortalama	Std. sapma	Test	
Kaygı	Deney	Öncesi	23-43 yaş	3	2.66	0.00	F=2.247 p=0.12	
			44-64 yaş	12	3.19	0.73		
			65 yaş ve üzeri	10	3.63	0.82		
		Sonrası	23-43 yaş	3	1.33	0.00		F=0.369 p=0.69
			44-64 yaş	12	1.11	0.74		
			65 yaş ve üzeri	10	1.36	0.77		
	Kontrol	Öncesi	23-43 yaş	5	3.33	0.66	F=0.418 p=0.66	
			44-64 yaş	10	3.00	0.56		
65 yaş ve üzeri			10	3.13	0.75			
Sonrası		23-43 yaş	5	3.53	0.90	F=0.297 p=0.74		
	44-64 yaş	10	3.23	0.60				
	65 yaş ve üzeri	10	3.30	0.72				

Tablo 4.20.'de hastaların yaş gurubuna göre kaygı puanlarının dağılımı sonucuna göre; uygulama öncesi ve sonrasında kaygı ile yaş arasında anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4. 21. Hastaların medeni durumuna göre kaygı puanlarının dağılımı

	Grup	Uygulama	Medeni durum	Sayı	Ortalama	Std. sapma	Test
Kaygı	Deney	Öncesi	Bekar	2	2.66	0.00	t=1.23
			Evli	23	3.36	0.78	p=0.23
		Sonrası	Bekar	2	1.33	0.00	t=0.19
			Evli	23	1.23	0.73	p=0.85
	Kontrol	Öncesi	Bekar	3	3.33	0.50	t =0.59
			Evli	22	3.09	0.13	p=0.55
		Sonrası	Bekar	3	3.77	0.67	t =1.22
			Evli	22	3.25	0.13	p=0.23

Tablo 4. 21’de hastaların medeni durumuna göre kaygı puanlarının dağılımı gösterilmiştir. Uygulama öncesi ve sonrasında kaygı ile medeni durum arasında anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4. 22. Hastaların eğitim durumuna göre kaygı puanlarının dağılımı

	Grup	Uygulama	Eğitim durumu	Sayı	Ort.	Std.S	Test
Kaygı	Deney	Öncesi	-Okuma-yazma bilmiyor	4	3.58	0.91	F=0.763 p=0.47
			-İlköğretim	12	3.11	0.65	
			-Lise mezunu ve üzeri	9	3.44	0.88	
		Sonrası	-Okuma-yazma bilmiyor	4	1.41	0.41	F=0.385 p=0.68
			-İlköğretim	15	1.11	0.71	
			-Lise mezunu ve üzeri	6	1.33	0.81	
Kaygı	Kontrol	Öncesi	-Okuma-yazma bilmiyor	4	3.08	0.95	F=0.318 p=0.73
			-İlköğretim mezunu	15	3.20	0.54	
			-Lise mezunu ve üzeri	6	2.94	0.77	
		Sonrası	-Okuma-yazma bilmiyor	4	3.25	0.78	F=0.047 p=0.95
			-İlköğretim mezunu	15	3.35	0.62	
			-Lise mezunu ve üzeri	6	3.27	0.92	

Tablo 4. 22.'de hastaların eğitim durumuna göre kaygı puanlarının dağılımı verilmiştir. Kaygı parametresi eğitim durumuna göre incelendiğinde, uygulama öncesi ve sonrasında kaygı ile eğitim durumu arasında anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4. 23. Hastaların yatış süresine göre kaygı puanlarının dağılımı

	Grup	Uygulama	Uygulama Öncesi Yatış süresi	Sayı	Ortalama	Std. S.	Test	
Kaygı	Deney	Öncesi	2 gün	17	3.35	0.74	F=1.033 p=0.37	
			3 gün	4	3.58	0.87		
			4 gün	4	2.83	0.79		
		Sonrası	2 gün	17	1.23	0.75		F=0.211 p=0.81
			3 gün	4	1.41	0.31		
			4 gün	4	1.08	0.87		
	Kontrol	Öncesi	2 gün	20	3.06	0.66	F =0.755 p=0.48	
			3 gün	3	3.11	0.69		
			4 gün	2	3.66	0.47		
		Sonrası	2 gün	20	3.20	0.61		F =3.936 p=0.03
			3 gün	3	3.33	0.66		
			4 gün	2	4.50	0.70		

Tablo 4. 23'te hastaların uygulama öncesi yatış süresine göre kaygı puanlarının dağılımı incelendiğinde, deney grubu için öncesi ve sonrası ile kontrol grubu öncesi için istatistiksel olarak anlamlı farklılık yokken ($p>0,05$), kontrol grubunda sonrası durum uygulama öncesi yatış süresine göre farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Kontrol grubunda yatış süresi arttıkça kaygının arttığı saptanmıştır.

Tablo 4.24. Hastaların tanısına göre kaygı puanlarının dağılımı

	Grup	Uygulama	Tanı	Sayı	Ortalama	Std. S	Test
Kaygı	Deney	Öncesi	-Kolon-batın hastalıkları	4	2.91	0.56	F=1.950 p=0.14
			-Pnömoni	2	2.50	0.23	
			-Kanser hastalıkları	5	3.00	0.52	
			-Solunum sıkıntısı	12	3.61	0.86	
			-Hipertansiyon	2	3.83	0.23	
			-Kolon-batın hastalıkları	4	1.66	0.60	
	-Pnömoni	2	1.00	0.47			
	-Kanser hastalıkları	5	0.93	0.54			
	-Solunum sıkıntısı	12	1.22	0.84			
	-Hipertansiyon	2	1.50	0.23			
	Kontrol	Öncesi	-Kolon-batın hastalıkları	6	3.38	0.64	F=0.658 p=0.62
			-Pnömoni	2	3.50	0.23	
-Kanser hastalıkları			4	3.08	0.83		
-Solunum sıkıntısı			9	3.00	0.66		
-Hipertansiyon			4	2.83	0.63		
-Kolon-batın hastalıkları			6	3.55	0.65	F =0.521 p=0.72	
-Pnömoni	2	3.66	0.47				
-Kanser hastalıkları	4	3.41	0.56				
-Solunum sıkıntısı	9	3.14	0.86				
-Hipertansiyon	4	3.08	0.63				

Tablo 4. 24'te hastaların tanısına göre kaygı puanlarının dağılımı verilmiştir. Uygulama öncesi ve sonrasında kaygı ile tanı arasında anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4. 25. Hastaların cinsiyetine göre ağrı puanlarının dağılımı

	Grup	Uygulama	Cinsiyet	Sayı	Ortalama	Std. S	Test
Ağrı	Deney	Öncesi	Kadın	9	5.29	1.36	t=1.19
			Erkek	16	4.64	1.27	p=0.24
		Sonrası	Kadın	9	1.96	1.61	t=0.36
			Erkek	16	1.75	1.30	p=0.72
	Kontrol	Öncesi	Kadın	10	5.46	2.48	t=-0.85
			Erkek	15	6.17	1.68	p=0.40
		Sonrası	Kadın	10	5.46	2.55	t=-0.98
			Erkek	15	6.31	1.75	p=0.33

Tablo 4.25'te hastaların cinsiyetine göre ağrı puanlarının dağılımı yer almıştır. Uygulama öncesi ve sonrasında ağrı ile cinsiyet arasında anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.26. Hastaların yaş grubuna göre ağrı puanlarının dağılımı

	Grup	Uygulama	Yaş grubu	Sayı	Ortalama	Stand. sapma	Test
Ağrı	Deney	Öncesi	23-43 yaş	3	4.11	0.69	F=0.567 p=0.57
			44-64 yaş	12	4.94	1.04	
			65 yaş ve üzeri	10	5.03	1.73	
		Sonrası	23-43 yaş	3	1.55	1.01	
	44-64 yaş	12	1.72	1.35			
	65 yaş ve üzeri	10	2.03	1.61			
	Kontrol	Öncesi	23-43 yaş	5	5.73	3.11	F =0.787 p=0.46
			44-64 yaş	10	6.50	1.90	
65 yaş ve üzeri			10	5.36	1.51		
Sonrası		23-43 yaş	5	5.80	3.20	F =0.873 p=0.43	
44-64 yaş	10	6.63	2.02				
65 yaş ve üzeri	10	5.40	1.50				

Tablo 4. 26’te hastaların yaş grubuna göre ağrı puanlarının dağılımına göre; uygulama öncesi ve sonrasında ağrı ile yaş arasında anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4. 27. Hastaların medeni durumuna göre ağrı puanlarının dağılımı

	Grup	Uygulama	Medeni durum	Sayı	Ortalama	Stand. sapma	Test
Ağrı	Deney	Öncesi	Bekar	2	4.00	0.94	t=-0.98
			Evli	23	4.95	1.33	p=0.33
		Sonrası	Bekar	2	2.00	0.94	t=0.18
			Evli	23	1.81	1.43	p=0.85
	Kontrol	Öncesi	Bekar	3	7.66	2.30	t =1.67
			Evli	22	5.65	1.91	p=0.107
		Sonrası	Bekar	3	7.77	2.41	t =1.64
			Evli	22	5.72	1.99	p=0.115

Tablo 4. 27’ de hastaların medeni durumuna göre ağrı puanlarının dağılımı incelendiğinde, uygulama öncesi ve sonrasında ağrı ile medeni durum arasında anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4. 28. Hastaların eğitim durumuna göre ağrı puanlarının dağılımı

	Grup	Uygulama	Eğitim durumu	Sayı	Ort.	Std. S	Test	
Ağrı	Deney	Öncesi	-Okuma-yazma bilmiyor	4	5.66	1.51	F=0.902 p=0.42	
			-İlköğretim	12	4.63	1.43		
			-Lise mezunu ve üstü	9	4.85	1.08		
		Sonrası	-Okuma-yazma bilmiyor	4	1.66	1.76		F=0.029 p=0.97
			-İlköğretim	12	1.86	1.39		
			-Lise mezunu ve üstü	9	1.85	1.39		
	Kontrol	Öncesi	-Okuma-yazma bilmiyor	4	6.41	2.11	F=0.649 p=0.532	
			-İlköğretim mezunu	15	5.51	1.92		
-Lise mezunu ve üstü			6	6.50	2.36			
Sonrası		-Okuma-yazma bilmiyor	4	6.50	2.25	F=0.648 p=0.533		
	-İlköğretim mezunu	15	5.57	2.02				
	-Lise mezunu ve üstü	6	6.61	2.35				

Tablo 4. 28’de hastaların eğitim durumuna göre ağrı puanlarının dağılımına göre; uygulama öncesi ve sonrasında ağrı ile eğitim durumu arasında anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4. 29. Hastaların uygulama öncesi yatış süresine göre ağrı puanlarının dağılımı

	Grup	Uygulama	Uygulama Öncesi Yatış süresi	Sayı	Ortalama	Std.S	Test	
Ağrı	Deney	Öncesi	2 gün	17	4.70	1.46	F=0.502 p=0.62	
			3 gün	4	5.41	1.10		
			4 gün	4	5.08	0.83		
		Sonrası	2 gün	17	1.78	1.47		F=0.036 p=0.96
			3 gün	4	1.83	1.55		
			4 gün	4	2.00	1.18		
	Kontrol	Öncesi	2 gün	20	5.66	1.86	F=1.938 p=0.16	
			3 gün	3	5.66	2.96		
			4 gün	2	8.50	0.70		
		Sonrası	2 gün	20	5.70	1.91		F=2.232 p=0.13
			3 gün	3	5.88	3.02		
			4 gün	2	8.83	0.23		

Tablo 4.29’da hastaların uygulama öncesi yatış süresine göre ağrı puanlarının dağılımına yer verilmiştir. Ağrı şiddet parametresi yatış süresinde göre incelendiğinde, uygulama öncesi ve sonrasında ağrı şiddeti ile yatış süresi arasında anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4. 30. Hastaların tanılarına göre ağrı puanlarının dağılımı

	Grup	Uygulama	Tanı	Sayı	Ortalama	Std.S	Test
Ağrı	Deney	Öncesi	-Kolon-batın hastalıkları	4	4.00	0.81	F=1.88 p=0.15
			-Pnömoni	2	4.33	0.47	
			-Kanser hastalıkları	5	4.13	1.34	
			-Solunum sıkıntısı	12	5.50	1.35	
			-Hipertansiyon	2	5.33	0.94	
	Deney	Sonrası	-Kolon-batın hastalıkları	4	1.66	1.30	F=1.020 p=0.42
			-Pnömoni	2	2.00	0.94	
			-Kanser hastalıkları	5	0.80	0.96	
			-Solunum sıkıntısı	12	2.27	1.60	
			-Hipertansiyon	2	1.83	0.70	
Kontrol	Öncesi	-Kolon-batın hastalıkları	6	6.16	2.35	F=0.240 p=0.91	
		-Pnömoni	2	5.50	3.53		
		-Kanser hastalıkları	4	6.00	1.24		
		-Solunum sıkıntısı	9	5.44	2.06		
		-Hipertansiyon	4	6.58	2.23		
Kontrol	Sonrası	-Kolon-batın hastalıkları	6	6.22	2.24	F=0.264 p=0.89	
		-Pnömoni	2	5.66	4.24		
		-Kanser hastalıkları	4	6.25	1.54		
		-Solunum sıkıntısı	9	5.44	2.16		
		-Hipertansiyon	4	6.66	2.07		

Tablo 4. 30'da hastaların tanılarına göre ağrı puanlarının dağılımına bakıldığında; uygulama öncesi ve sonrasında ağrı ile tanı arasında anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır ($p>0,05$)

Tablo 31. Hastaların Uygulama Sonrası Ağrı, Korku, Kaygı Puan Ortalamalarının Korelasyonu

Ölçekler	Kaygı	Korku	Ağrı
Ağrı	r=0.751** p=0.000	r=0.718** p=0.000	-
Kaygı	-	r=0.924** p=0.000	r=0.751** p=0.000
Korku	r=0.924** p=0.000	-	r=0.718** p=0.000

Tablo 31. Hastaların uygulama sonrası ağrı, korku, aygı puan ortalamaların korelasyonu yer almaktadır. Hastaların uygulama sonrası ağrı, korku, kaygı puan ortalamalarında pozitif yönlü ilişki olduğu, ağrı, kaygı ve korku duygularının birbiriyle paralel olarak azaldığı belirlenmiştir ($p \leq 0.001$).

5.TARTIŞMA

Bireyler yaşamı tehdit eden bir hastalık ya da sağlık durumlarında ortaya çıkan ani ve ciddi değişiklikler nedeniyle yoğun bakım ünitesine yatmaktadır (Kulaksızoğlu, 2006). Yoğun bakımda hastanın durumunun hızlı değişmesi, belirsizlik ve ölüm tehdidinin olmasının yanı sıra, yoğun bakım ünitesindeki monitör sistemlerinin, ventilatörlerin, sıvı ve/veya ilaç infüzyon pompalarının sesleri hastada kaygı ve korkuya neden olmaktadır. Bu nedenle yoğun bakım ünitesinde olmak hasta için oldukça travmatik ve ürkütücü bir deneyimdir. Hastanın yaşadığı bu duygular, pek çok fiziksel parametresini olumsuz etkileyebildiği gibi, ağrı algısını da olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Meehan, 1997). Son yıllarda özellikle yurtdışında yapılan çalışmalarda vurgulandığı üzere, yoğun bakım hastalarını rahatlatmaya yönelik tamamlayıcı uygulamalardan biri de terapötik tactile touch'tır. Bu bölümde; Terapötik tactile touch uygulamasının yoğun bakım hastalarının korku, kaygı ve ağrı düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular aşağıda tartışılmıştır.

Çalışmada, hastaların %62'sinin erkek, %38'inin kadın olduğu bulunmuştur. Yoğun bakım hastalarıyla yapılan benzer çalışmalarda; Özer ve ark. (2006) hastaların %54.4'ünün erkek, 46.6' sının kadın, Gündöndü (2014) hastaların %51.9'un kadın, %48.1'inin erkek, Uysal ve ark. (2010) ise çalışmalarında kadın-erkek dağılımının eşit olduğunu belirlenmiştir. Çalışmada, çalışmanın yürütüldüğü süreçte, yoğun bakıma alınan olguların tanıları ile cinsiyetleri arasında ilişki olduğunu düşünmekteyiz. Çalışma kapsamına alınan hastaların tanıları göz önüne alındığında, solunum sıkıntısı (KOA, Akciğer kanseri gibi nedenlerle) ve kolon- batın hastalıkları (kolon kanseri vs.) gibi sorunlar ülkemizde erkeklerde daha fazla görüldüğünden, çalışma sonucumuz bunun yansımını göstermektedir. (http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/2009_kanser_raporu.pdf)

Çalışmada; hastaların %44'ünün 44-64 yaş arasında olduğu saptanmıştır. Uçar ve Tunçay (2010) yoğun bakım hastalarıyla yapmış oldukları çalışmada, hastaların çoğunluğu 42-67 yaşları arasında, Gündöndü (2010) yapmış olduğu araştırmada, hastaların %42.2'sinin 50 yaş üzerinde olduğu, Uysal ve ark.(2010)

hastaların yaş ortalamasının 55 olup, geriatrik hasta (>65 yaş) oranının %38.0 olduğunu, Özer ve ark.(2006) ise çalışmalarında hastaların yaş ortalaması 57.8±17.5. olduğu sonucu elde etmişlerdir. Çalışma sonucumuz literatürle benzerlik göstermektedir. Ülkemizde kronik hastalıkların orta yaş ve üzerinde başladığını (TNSA, 2013) bunlara bağlı gelişen ve yoğun bakım endikasyonu gerektiren komplikasyonlarında bu süreçte geliştiği göz önüne alındığında, orta yaş ve ileri yaştaki hastaların daha fazla yoğun bakım ihtiyacının olması ve bu servislere yatışlarının yapılması beklenen bir sonuçtur.

Çalışmada hastaların %90'nının evli olduğu saptanmıştır. Yapılan başka bir çalışmada, hastaların %71.8'in evli olduğu (Gündöndü, 2014), saptanmıştır. Çalışmada hastaların büyük çoğunluğu orta yaş ve ileri yaştaki hastalardan oluştuğu için, (TNSA, 2013) verileriyle de uyumlu olarak bu yaş grubundaki kişilerin büyük çoğunluğunun evli olması, ülkemizde yaygın olarak görülen bir durumdur.

Çalışmada hastaların %54'ünün ilkokul mezunu olduğu belirlenmiştir. Başka bir çalışmada, yoğun bakımdaki hastaların %50' sinin ortaöğretim mezunu olduğu (Uçar ve Tunçay, 2010) , bir diğerinde ise % 53.1' inin orta öğretim olduğu (Gündöndü, 2014) belirlenmiştir. TNSA (2013) verilerine göre; Türkiye nüfusunun 45-49 yaş aralığındaki kadın (% 51.3) ve erkeklerin (%50.6) çoğunluğunun eğitim durumunun ilkokul olduğu, bu sonucun 50 yaş ve üstündeki kadın ve erkeklerde de aynı şekilde olduğu saptanmıştır (TNSA, 2013). Çalışmamızda 44-64 yaş aralığındaki bireyler çoğunlukta olduğundan, çoğunluğunun eğitim durumunun ilkokul olması, ülkemizdeki eğitim durumuyla ilgili istatistiklerle uyumludur.

Hastaların hastalıkla ilgili özellikleri incelendiğinde, %42'sinin yoğun bakıma yatış nedeninin solunum sıkıntısı olduğu bulunmuştur. Uysal ve ark. (2010) hastaların %30'unun solunum yetmezliği tanısıyla YBÜ'de yattığını, Ceylan ve ark (2001) %29,8'inin akciğerle ilgili bir hastalık nedeniyle YBÜ'de yattığını, Gürsel ve ark. (2002) ise yoğununda yatan hastaların %66'sının KOAH tanısının olduğunu belirlemişlerdir. Solunum sıkıntısı/yetmezliğinin pek çok nedeni vardır. En önemli nedeni ise akciğer fonksiyonlarını bozan hastalık ya da durumlardan kaynaklanmaktadır. Solunum yaşamsal bir yaşam fonksiyonu olduğundan, solunum sıkıntısı/yetmezliği olan bireyler sıklıkla yoğun bakımda izlenmektedir. KOAH ve

akciğer kanseri ülkemizde sık görülen kronik hastalıklardır (Gürsel ve ark, 2000). Hastalık ilerlediğinde bireyler yoğun bakım koşullarında tedavi almaya gereksinim duymaktadırlar. Bunun yanında pek çok göğüs travmasıyla sonuçlanan kazalar, aynı zamanda metabolik hastalıklara bağlı gelişen solunuma ilişkin problemlerde bireylerin solunum sıkıntısı yaşamasına ve yoğun bakım desteği almasına yol açmaktadır. Çalışma sonucumuz literatürle paralellik göstermektedir.

Çalışmada hastaların %74'ünün 2 günden beri yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) yattığı saptanmıştır. Uçar ve Tunçay (2010) yapmış oldukları çalışmada, hastaların %73. 6' sının YBÜ'de yatış süresinin 3 gün, Keleş ve ark. (2006) tarafından yapılan çalışmada ise, hastaların YBÜ'de yatış süresinin ortalama 4.6 gün, Uysal ve ark. (2010) ise 4.3 gün olduğunu tespit etmişlerdir. Hastaların tanısına göre tedavi planları şekillenmekte ve yoğun bakım kalış süreleri bundan etkilenmektedir.

Çalışmada hastaların %90'ının extübe olduğu saptanmıştır. Ceylan ve ark (2001) çalışmasında hastaların %76.8'i entübe olduğu belirlenmiştir. Çalışma kapsamına, çalışmamızın yöntemi gereği, bilinci açık olmayan, bilinç düzeyini etkileyebilecek; kafa travması, kafa yaralanması, nörolojik hastalık, deliryum tablosu, ve algılama bozukluğu olan hastalar alınmamıştır. Bu sorunlara sahip bireylere genellikle yoğun bakım koşullarında entübasyon uygulandığından, çalışma sonucumuzda extübe hastalar çoğunluğu oluşturmaktadır.

Çalışmada, sistolik tansiyon, diyastolik tansiyon ve nabız yaşam bulgularında; tekrarlı ölçüm değerleri incelendiğinde; tactile touch uygulaması sonrasında deney grubunda istatistiksel bir değişiklik olmadığı tespit edilmiştir. Ancak terapötik Tactile touch uygulamasından sonra hastalarda, kaygı, korku ve ağrı düzeyinde azalma olduğundan, sistolik tansiyon, diyastolik tansiyon ve nabız değerleri deney grubunda ortalama olarak düşüş göstermiş, terapötik tactile touch uygulamasına tabi olmayan kontrol grubunda ise bu değerler ortalama olarak yükselmiştir. Jarianin et.al (2011) progresif gevşeme egzersizleri sonrasında, hastaların sistolik ve diastolik kan basıncı azalma olduğunu belirtmiştir. Aynı şekilde Post-White et al. (2003) kanser semptomlarının düzeltilmesinde terapötik mesaj ve iyileştici dokunma etkisini inceledikleri çalışmasında tüm yaşamsal parametrelerde

yüksek değerlerin (sistolik ve diastolik kan basıncı, solunum, nabız) normale yaklaşacak şekilde düştüğünü ifade etmişlerdir.

Çalışmada vücut ısısı ölçüm değerleri incelendiğinde, terapötik tactile touch uygulaması sonrasında deney grubunda önemli bir değişiklik olmadığı, vücut ısısı değerlerinin deney ve kontrol grupları arasında fark olmadığı görülmüştür. Yoğun bakımda yatan hastalarda görülen vücut ısısı ile ilgili değişikliklerin nedenleri düşünüldüğünde, vücut ısısıyla ilgili sorunlar, hastane yatışı gerektiren bir enfeksiyon kaynaklı olabileceğinden ve aynı zamanda hastaların burada buldukları süre içerisinde gelişen hastane enfeksiyonu ile çoğunlukla ilişkili olduğundan, buna yönelik etkin farmakolojik tedavi ile yönetilmektedir. Bundan dolayı non-farmakolojik bir müdahale olarak uygulanan teröpatik tactile touch uygulamalarının vücut ısısı üzerinde herhangi bir değişikliğe yol açmadığı görülmüştür.

Çalışmada, glikoz ölçüm değerlerine baktığımız zaman terapötik tactile touch uygulaması sonrasında deney grubunda önemli bir değişiklik olmadığı, bununla beraber deney grubunda ortalama olarak normale yaklaşma yönünde düşüş gösterdiği tespit edilmiştir.

Solunum değerleri incelendiğinde; terapötik tactile touch uygulaması sonrasında deney grubunda önemli değişiklik olmuştur. Uygulama sonrasında solunum değerleri 3 ölçümde de deney ve kontrol grubunda anlamlı farklılık mevcuttur ($p<0,05$). Tactile touch uygulamasında solunum değerleri deney grubunda ortalama olarak normal solunum değerlerine yaklaşma yönünde düşüş göstermişken, terapötik tactile touch uygulamasına tabi olmayan kontrol grubunda solunum değerleri ortalama olarak yükselmiştir.

Solunumla ilişkili bir parametre olan saturasyon değerleri incelendiğinde; terapötik tactile touch uygulaması sonrasında deney grubunda önemli değişiklik olmuştur. Uygulama sonrasında saturasyon değerleri bütün ölçümlerde deney ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık mevcuttur ($p<0,05$). Terapötik Tactile touch uygulamasında saturasyon değerleri deney grubunda ortalama olarak yükseliş göstermişken, terapötik tactile touch uygulamasına tabi olmayan kontrol grubunda saturasyon değerleri ortalama olarak düşmüştür.

Birey, stres veya kaygı yaşadığında stres hormonlarının etkisiyle bedeninde bir takım fizyolojik belirtiler oluşmaktadır; kan basıncı yükselir, solunum hızı artar, kan glikoz seviyesi yükselir. Stres ve kaygı seviyesi azaldıkça stres hormonlarının da azalmasına paralel olarak, belirtilen bu bulgular normale düşmektedir (Baltaş, 1998). Çalışmada terapötik tactile touch uygulamaları hastalarda kaygı ve korku seviyesinde azalmaya yol açmış olduğundan, hastaların kaygı ve korkuya eşlik eden bu fiziksel belirtilerinde düzelmeler görülmüştür. Aynı zamanda çalışmada; terapötik tactile touch uygulama sırasında, her bir vücut bölümüyle ilgili uygulama bitince, hastaya 5 kez nefes egzersizi yaptırılıp diğer vücut bölümüne geçilmiştir. Deney grubundaki hastanın solunum ve buna bağlı olarak saturasyon düzeyindeki düzelmelerin bununla da ilişkili olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmada terapötik tactile touch uygulaması sonrasında hastaların kaygı düzeyinde önemli değişiklik olmuştur. Terapötik tactile touch uygulanan deney grubunda, kaygı değerleri ortalama olarak düşüş göstermişken, terapötik tactile touch uygulamasına tabi olmayan kontrol grubunda kaygı değerleri ortalama olarak yükselmiştir. Çalışmada korku değerlerine bakıldığında; terapötik tactile touch uygulaması sonrasında korku değerleri deney grubunda ortalama olarak düşüş göstermişken, terapötik tactile touch uygulamasına tabi olmayan, kontrol grubunda korku değerleri ortalama olarak yükselmiştir. Korku ve kaygı sıklıkla birbirine eşlik eden duygulardır. Biri arttığında diğeri de artar, biri azaldığında diğeri de azalmaktadır. Çalışmamızda her iki duygu deney grubunda azalma göstermiştir. Henricson (2008) yoğun bakımda terapötik tactile touch isimli çalışmasında, terapötik tactile touch uygulanan yoğun bakım hastalarının anksiyete seviyelerinde azalma olduğunu, Kunter ve ark. (2008) yaptıkları çalışmalarında, dokunarak tedavinin hastaların anksiyetesini, ağrıları azalttığı, uykuya yardımcı olduğunu tespit etmişlerdir. Homayouni et al. (2012) ‘terapötik tactile touch’ uygulamalarının hastaların stres seviyesini önemli ölçüde azalttığını saptamıştır. Abolhasani et.al (2007) masajın hastaların anksiyetesini azalttığını, Terzioğlu ve Gönenç (2012), masaj ve akupressürün hastaların durumluk anksiyete puanlarını azalttığını saptanmışlardır. Cooke (2013) kanser tedavisi gören hastalarda gevşeme uygulamaları ve biyofeedbeckin hastaların anksiyetesini azalttığını belirtmiştir. Jarianin et.al (2011) progresif gevşeme egzersizleri sonrasında, hastaların anksiyete

seviyesinde azalma olduğunu belirtmiştir. Post-White et al. (2003) kanser hastalarıyla yaptıkları çalışmada terapötik mesaj ve iyileştirici dokunma sonrasında hastaların anksiyete puanlarında azalma olduğunu saptamışlardır. Çalışma sonuçlarımız literatürle paraleldir.

Çalışmada ağrı değerleri incelendiğinde ağrı şiddeti değerleri deney grubunda önemli ölçüde düşüş göstermişken, terapötik tactile touch uygulamasına tabi olmayan kontrol grubunda önemli bir değişiklik olmamıştır. Soykan ve Kumbasar (1999) yaptıkları çalışmada kronik ağrı tedavisinde psikiyatrik yaklaşımların önemini vurgulamışlardır. Çalışmalarında dokunarak tedavi uygulamalarının ve diğer psikiyatrik tedavi yöntemlerinin hastanın ağrı şiddetini önemli derecede düşürdüğünü belirtmişlerdir. Post-White et al. (2003) terapötik mesaj ve iyileştici dokunmanın ağrıyı azalttığını saptamışlardır.

Çalışmada, deney ve kontrol grubundaki hastaların tanıtıcı özellikler (cinsiyet, yaş grubu, medeni durum, eğitim durumu) ve tanıları ile hastaların korku, kaygı ve ağrı düzeyleri arasında anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır. Benzer olarak, Şeker (2014), çalışmasında katılımcıların eğitim durumları ile stres yaşama durumları arasında ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Rattray ve ark.(2005) çalışmasında, yoğun bakım ünitesinde yaş, cinsiyet ve üniteye yatış süresi ile hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında ilişki saptamamıştır. Hintisyan (2009) çalışmasında; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, meslek, tanı, yoğun bakım ünitesinde yatış süresi ile emosyonel durumlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığını belirlemiştir. Sonuçlarımız literatürle uyumludur. Yoğun bakımda hastanın durumunun hızlı değişmesi, belirsizlik ve ölüm tehdidinin olmasının yanı sıra, yoğun bakım ünitesindeki monitör sistemlerinin, ventilatörlerin, sıvı ve/veya ilaç infüzyon pompalarının sesleri; hastaların cinsiyet, yaş grubu, medeni durum, eğitim durumu gibi özelliklerinden bağımsız olarak, bütün hastaları olumsuz etkilemektedir. Çünkü yoğun bakım ünitesinde olmak hastalar için oldukça travmatik ve ürkütücü bir deneyimdir.

Çalışmada, kontrol grubu hastaların yatış süresine göre korku ve kaygı puanlarının dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu, hastaların yatış süresi arttıkça korku ve kaygı duygusunda da artış olduğu saptanmıştır

($p < 0.05$). Çalışmada deney grubundaki hastaların uygulama sonrası korku, kaygı ve ağrı puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Hastaların uygulama sonrası korku, kaygı ve ağrı puanlarının birbiriyle paralel olarak azaldığı belirlenmiştir ($p \leq 0.001$). Henricson (2008) yoğun bakımda terapötik tactile touch isimli çalışmasında, terapötik tactile touch uygulanan yoğun bakım hastalarının anksiyete seviyelerinde azalma olduğunu, Homayouni et al. (2012) terapötik tactile touch' uygulamalarının hastaların stres seviyesini önemli ölçüde azalttığını saptamıştır. Post-White et al. (2003) terapötik mesaj ve iyileştici dokunmanın ağrıyı azalttığını saptamışlardır. Dokunma yoluyla yapılan uygulamalar hastalara yakınlık, ilgi, güven, cesaret, içtenlik, sıcaklık, empati, saygı, destek, anlayış, kabul etme, yardıma isteklilik gibi mesajlar ilettiğinden korku, kaygı gibi olumsuz duyguları azaltması, bunlara paralel artan ağrı algısını da azaltması beklenen bir sonuçtur.

6-SONUÇ VE ÖNERİLER

SONUÇ

Yoğun bakım hastalarına; Terapötik Tactile Touch Uygulamalarının, yoğun bakımdaki hastaların korku, kaygı ve ağrı düzeyine etkisinin belirlenmesi amacıyla, yapılan çalışmada hastaların;

- % 62 'sinin (n:31) erkek, %38' inin (n:19) kadın olduğu;
- %44'ünün 44-64 yaş arasında olduğu;
- %42'sinin solunum sıkıntısı tanısıyla yoğun bakımda yattığı, belirlenmiştir.
- Araştırmada, (sistolik tansiyon, diyastolik tansiyon ve nabız) yaşam bulgularında; terapötik tactile touch uygulaması sonrasında deney grubunda önemli bir değişiklik olmamıştır. Ancak terapötik Tactile touch uygulamasından sonra hastalarda; kaygı, korku ve ağrı düzeyinde azalma olduğundan, sistolik tansiyon, diyastolik tansiyon ve nabız değerleri deney grubunda ortalama olarak düşüş göstermiş, terapötik tactile touch uygulamasına tabi olmayan kontrol grubunda ise bu değerler ortalama olarak yükselmiştir.
- Çalışmada hastaların vücut ısısı ve glikoz seviyesinde önemli değişiklik saptanmamıştır.
- Deney grubundaki hastaların solunum ve saturasyon değerlerinde ise istatistiksel açıdan anlamlı değişiklik olduğu görülmüştür ($p<0.05$).
- Terapötik tactile touch uygulaması yapılan Deney grubundaki hastaların, kaygı, korku ve ağrı seviyesinde belirgin azalma olduğu bu durumun istatistiksel açıdan da önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).
- Hastaların uygulama sonrası korku, kaygı ve ağrı puan ortalamalarının korelasyon sonucuna göre; hastaların uygulama sonrası ağrı, korku, kaygı puan ortalamalarında pozitif yönlü ilişki olduğu, ağrı, kaygı ve korku duygularının birbiriyle paralel olarak azaldığı belirlenmiştir ($p\leq 0.001$).

ÖNERİLER

Sonuçlarımız göz önüne alındığında;

- Yoğun bakım çalışanları; hastaların yaşam bulguları ile hastaların korku, kaygı ve ağrı seviyeleri arasında yakın ilişki olduğu konusunda bilinçlendirilmesi,
- Yoğun bakım hastalarında, terapötik dokunmanın hemşirelik bakım rutinleri içerisinde daha sık yer almasının sağlanması,
- Yoğun bakım hastalarına yönelik tıbbi tedaviyi destekleyen, tamamlayıcı özelliği olan, fiziksel ve ruhsal iyilik hallerini arttıran terapötik tactile touch uygulamalarının yoğun bakım hemşirelerine öğretilmesi ve rutin hemşirelik bakımına entegre edilmesi,
- Terapötik tactile touch uygulamalarının, YBÜ' de düzenli ve kontrollü bir şekilde yapılmasının sağlanması,
- Terapötik tactile touch uygulamalarının YBÜ yatan hastalardaki etkilerini gösteren çalışmaların sayısının artması,
- Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin rutin bakım için ayırdıkları zaman içerisine tamamlayıcı uygulamalar da entegre edebilmeleri için ünitelerde yeterli hemşire sayısının sağlanması önerilmektedir.

7-KAYNAKLAR

1. Abolhassani S. Sensory Stimulation effect on Patient Anxiety in Coronary Care Unit. J Med Sci Kurdistan; (12):46-52,2007.
2. Akpir K. Yoğun bakım serüveni: dün bugün. Yoğun Bakım Dergisi; 1: 6-12, 2002.
3. Alak V. Hastaneye Ameliyat Olmak Üzere Gelen 7- 14 Yaş Grubu Çocukların Korkuları ve Hemşirelik Uygulamaları. İzmir, E.Ü. S.B.E. Doktora Tezi, 1993.
4. Alpen MA, Titler MG. Pain management in the critically ill: what do we know and how can we prove? AACN Clin Issues Crit Care Nurs; 5:159-68, 1994.
5. Arkonaç S. Psikoloji zihin süreçleri bilimi. İstanbul: alfa basım yayım. Melisa matbaacılık, 2005.
6. Artut Ş., Atalay M. Yaşlı hastaların hastanenin fiziksel çevre düzenlemesine yönelik yaşadığı sorunlar ve beklentilerinin belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi;10:31-43,1994.
7. Arslan S., Özer N. Yoğun Bakım Hastalarının Duyusal Girdi Sorunlarında Tamamlayıcı Tedaviler, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi; 13:2, 2010.
8. Aslan FE., Karadağ Ş, AĞRI: Yoğun Bakım Ünitesinde Hemşireye Hastanın Yerine Düşünme ve Hissetme Zorunluluk ve Sorumluluğu Yükleyen Bir Sorun, Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi;11(2):89-95, 2007.
9. Aştı N. Terapötik dokunma ve hemşirelik bakımındaki rolü. Hemşirelik Bülteni;8:1-6, 1987.
10. Aydın C., Yolaşmaz G. Hastanede Yatan Çocuklarda Anksiyete Belirtilerinin Değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi; 3(3): 1-9 , 1987.
11. Aytaç N., Naharcı H., Öztunç G. Adana'da eğitim araştırma hastanelerinin yoğun bakım hemşirelerinde hastane enfeksiyonları bilgi düzeyi. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi; 9 (3): 9-15, 2008.

12. Bal B. Hemşire ve Hekimlerin Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavilere İlişkin Görüşleri, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2009.
13. Baltaş Z, ve ark. Stres and Anxiety Research Society, Boğaziçi üniversitesi, İstanbul, 1998.
14. Birol L. Hemşirelik Sureci 8. Baskı. İzmir: Etki Matbaacılık, 2007.
15. Celmer, D. S. Fear, Organizational Learning, And Group Think InThe Small Work Group. Phd Thesis Of Fordham University. New York, 2007.
16. Ceylan E. İç Hastalıkları yoğun bakım ünitesinde izlenmiş hastalarda mortalite ve morbiditeyi etkileyen faktörler, Toraks Dergisi, 2(1):6-12, 2001.
17. Chong CA, Burchett, Kenneth, R. Pain management in the critical care. CEPD Rewiews 3; 183 186, 2003.
18. Cimilli C. Cerrahide Anksiyete, Klinik Psikiyatri; 4: 182-186, 2001.
19. Collins D. D. Entrepreneurial Success: The Effect Of Fear On Human Performance. Phd. Capella University,USA, 2007.
20. Çınar Ş., Khorshid L. Yoğun Bakım Hastasında Terapötik Dokunma Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi;7(1):15-18, 2003.
21. Çöçelli PL., Bacaksız DB., Ovayolu N., Ağrı Tedavisinde Hemşirenin Rolü, Gaziantep Tıp Dergisi; 14(2):53-58, 2008.
22. Daley B. Therapeutic touch, nursing practice and contemporary cutaneous wound healing research. adv nurs; 25:1123-32,1997.
23. Dede M, Çınar S. Dahiliye Yoğun Bakım Hemşirelerinin Karşılaştıkları Güçlükler ve İş Doyumlarının Belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi; 1(1): 3-14, 2008.
24. Dedeli Ö, Akyol-Durmaz A. Yoğun Bakım Hastalarında Psikososyal Sorunlar, Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi; 12(1-2):26-32,2008.
25. Dedeli Ö, Akyol-Durmaz A. Yoğun bakım sendromu. Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği II. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı. 26-28 Eylül 2005, İzmir, s. 116, 2005.
26. Doğan N. Santral ve Periferik Nöropatik Ağrılı Nörolojik Hastalığı Olan Olgularda, Nöropatik Ağrı Ölçütleri, Spesifik Nörofizyolojik Refleks

- Yöntemler ile Ağrı Seyrinin Değerlendirilmesi, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Manisa, Tıpta uzmanlık tezi, 2011.
27. Doksat KM. Ağrı ve Psikiyatri, Psikiyatri Dünyası; 8(1):23-31, 1999.
 28. Dolu O., Uludağ Ş., Doğutaş C. Suç Korkusu: Nedenleri, Sonuçları ve Güvenlik Politikaları İlişkisi. Ankara Üniversitesi SBF Dergisi;. 65 (1). 57-81, 2010.
 29. Dönmez A. Sosyal Psikoloji, 3.Basım, İmge Kitabevi Yayınları, Ankara, 1998.
 30. Duhm D. Kapitalizmde Korku, Çev. Sargut Sölçün, Kırmızı Yayınları, İstanbul, 2009.
 31. Ekizler H. Hastaya uygulanan dokunsal temasın hastanın bakımındaki önemi. Hemşirelik Bülteni;8:63-8, 1987.
 32. Erenoğlu R. Ekspresif dokunmanın doğum ağrısı ve anne memnuniyetine etkisi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Kayseri, 2013.
 33. Erdek M. Pain in the critically ill patient. Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management, 7: 161–165, 2003.
 34. Erdemir F. Hemşirelik Tanıları El Kitabı 7. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2005.
 35. Ersevimi İ. Freud ve Psikanalizin Temel İlkeleri. Nobel Tıp kitapevleri. Tayf ofset, İstanbul, 1997.
 36. Ertekin C. Ağrının Nöroanatomisi ve Nörofizyolojisi. Ağrı ve Tedavisi. İbrahim Yegül (ed). Yapım Matbaacılık; İzmir, 1993.
 37. Fleischer S.,Berg A., Behrens J., Kuss O., Becker R., Horbach A., Neubert T. R, Does an additional structuredin formation program during the intensive care unit stayreduce anxiety in ICU patients?: a multi center randomized controlled trial Fleischer et al. BMC Anesthesiology, <http://www.biomedcentral.com/1471-2253/14/48>, 2014.
 38. Frisk U, Nordström G. Patients' sleep in an intensive care unit-patients' and nurses' perception. Intensive Crit Care Nurs;19:342-9, 2003.
 39. Gardiner H.W, Gander M.J. (Çev: Dönmez A, Çelen N, Onur B.). Çocuk ve Ergen Gelişimi, 4.Basım, İmge Kitabevi Yayınları; Ankara, 2001.

40. Geçtan E. Psikanaliz ve Sonrası. İstanbul: Remzi kitapevi, 1996.
41. Gençöz T. Korku: Sebepleri, Sonuçları Ve Baş Etme Yolları. Kriz Dergisi; 6 (2): 9-16 , 1998.
42. Güleç G., Güleç, S. Ağrı ve Ağrı Davranışı, Ağrı;18(4):5-10, 2006.
43. Gürkan A. Holistic Approach: Family Member Who Have Patiens In Intensive Care Unit. Intensive Care Nurses Magazine; 13(1):1-5, 2009.
44. Gürsel G. ve ark. Kronik Solunum Yetmezlikli Hastaların Akut Atak Sırasında Yoğun Bakım Tedavi Özelliklerinin Karşılaştırılması. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara,2002.
45. Gündöndü D. Ameliyat Sonrası Yoğun Bakıma Alınan Hastalarda Ağrı Yönetimiyle Anksiyete Düzeyi Arasındaki İlişki, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2014.
46. Hatipoğlu S. Cerrahi Yoğun Bakım Hemşireliği İlkeleri. Gülhane Tıp Dergisi; 44 (4) : 475 – 479, 2002.
47. Henricson M. Tactile Touch in Intensive Care, Master thesis of Karlstads University, Sweden, 2008.
48. Hintistan S. Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Deneyimleri. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi; 13(1): 40- 46, 2009.
49. Homayouni K. et. al. Effect of Tactile Touch on Stress in Patients With Myocardial Infarction, Iran J Crit Care Nurs, 5:182-187, 2012.
50. Jariani M, Saki M, Momeni N, Ebrahimzade F, Seydian Ali. The Effect of Progressive Muscle Relaxation Techniques on Anxiety in Patients with Myocardial Infarction, 22(4):544-547, 2011.
51. Kahveci F. Yoğun Bakım Hastalarında Ateş-Hipotermi. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi; 6(2):7-12, 2008.
52. Karadakovan A, Aslan F E. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Nobel Kitabevi; Adana, 2010 .
53. Karadayı A, Aydın K. İdeal Hastane Mimarisinde Sterilizasyon Ünitesi, Yoğun bakım Ünitesi ve Ameliyat Odasının Mimari Yapısı ve İnfeksiyon İlişkisi. İnternette.5. Ulusal Sterilizasyon Kongresi 2007. (05.05.2015). elektronik adresi: [http:// www. das. Org .tr/ tr/ dosya/ kongre/ kong2007/ yazi/ kemalettin. aydin- das- yazi. pdf](http://www.das.Org.tr/tr/dosya/kongre/kong2007/yazi/kemalettin.aydin-das-yazi.pdf) , 2007.

54. Karagöz S. Kronik Olan Hastalarda Ağrının Hafifletilmesinde Psikolojik Yaklaşımlar III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri: 105, İzmir ,1990.
55. Karagüven, H. Ü. Açık Kaygı Ölçeğinin Geçerlik Ve Güvenirliği İle ilgili Bir Çalışma, M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi; 11, 203-218, 1999.
56. Karakurt S. Yoğun Bakım Ünitesine Yatırılma Endikasyonları, 2012, http://168.144.121.167/TORAKS_FD_23_NJKL_4_NJ_4_H_3BG3JH/mesleki-gelisim-kursu-6-ppt-pdf/ yoğun bakım ünitesine yatırılma endikasyonları. pdf. 2009.
57. Karayurt Ö., Akyol Ö. Yoğun Bakım Hastalarında Ağrı Değerlendirmesi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 11: 4 , 2008.
58. Kavaklı A. Çocukluk Yaşlarında Büyüme ve Gelişme, İstanbul, Hilal Matbaacılık A.Ş, 1992.
59. Kavaklı Ö., Uzun, Ş., Arslan F. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Profesyonel Davranışlarının Belirlenmesi. Gülhane Tıp Dergisi; 51(3): 168-173, 2009.
60. Kavaklı Ö., Uzun, Ş., Arslan F. Yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel davranışlarının belirlenmesi. Gülhane Tıp Dergisi; 51(3): 168-173, 2009.
61. Khorshid L, Yapucu Ü. Tamamlayıcı Tedavilerde Hemşirenin Rolü. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 2 :124-130, 2005.
62. Kulaksızoğlu IB. Yoğun Bakım Şartlarında Deliryum Ve Psikiyatrik Sorunlar.Yoğun Bakım Derneği Dergisi; 4(1):77-82, 2006.
63. Kumsar Azize K., Yılmaz Feride T. Yoğun Bakım Ünitesinin Yoğun Bakım Hastası Üzerindeki Etkileri ve Hemşirelik Bakımı, Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi;10 (2): 56-60, 2013.
64. Kunter J,S. et. al. Massage therapy vs.Simple Touch to Impore Pain and Mood in Patients with Advanced Cancer; 149(6): 369-79, 2008.
65. Lewis S M, Heitkemper M M, Dirksen S R. Medical Surgical Nursing Assesment Management Of Clinical Problems. St Louis: Mosby, USA, 2000.
66. Meehan TC. Therapeutic touch as a nursing intervention. J Adv Nurs 1998;28:117-25.
67. Merskey HM. Pain terms; suppl. 3: 215-21,1986.

68. Mete H. E. Kronik Hastalık ve Depresyon, Klinik Psikiyatri; 11(Ek 3):3-18, 2008.
69. Mollaoğlu M. Yoğun Bakım Ünitelerinde Dokunmanın Önemi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi; 5:34-40, 2001.
70. Morales E. Meaning of touch to hospitalized Puerto Ricans with cancer. Cancer Nurs; 17: 464- 9,1994.
71. Morgan, C. T. Psikolojiye Giriş. Hacettepe Üniversitesi, Psikoloji Bölümü Yayınları. No:1, 8.Baskı, Meteksan Ltd.: Ankara, 1991.
72. Odhner M, Wegman D, Freeland N, Steinmetz A, Ingersoll GL. Assessing pain control in nonverbal critically ill adults. Dimens Crit Care Nurs; 22:260-7, 2003.
73. Özkan Seyhan T. Yoğun bakımda kullanılan sedatif ve analjezik ajanlar. Yoğun Bakım Derneği Dergisi; 4(1):45-49,2006.
74. Özer B. ve ark. Yoğun Bakım Ünitesinde Hastane İnfeksiyonu Etkenleri, Antibiyotik Duyarlılıkları ve Antibiyotik Kullanımı. İnfeksiyon Dergisi, s.166, 2006.
75. Pasero C, Mc Caffery M. When patient can't report pain. American Journal of Nursing; 10(9): 22–23, 2000.
76. Pasero C. Pain in the critically ill patient. Journal of Peri Anesthesia Nursing, 6: 422–425, 2003.
77. Payen JF, Bosson JL, Chanques G, Mantz J, Labarere J; DOLOREA Investigators. Pain assessment is associated with decreased duration of mechanical ventilation in the intensive care unit: a post hoc analysis of the DOLOREA study. Anesthesiology; 111(6):1308-16, 2009.
78. Post W, et al. Therapeutic Massage and Healing touch Improve Symptoms in Cancer. Integrative Cancer Therapies, 2(4): 2013.
79. Potter PA, Perry AG (editors). Sensory alterations. In: Fundamentals of nursing. 4th ed. St. Louis: Mosby; p. 993-1013, 1997.
80. Prevost SS. Individual and family response to the critical care experience. In: Sole ML, Lamborn ML, Hartshorn JC, editors. Introduction to critical care nursing. 3rd ed. Philadelphia: W. B. Saunders; p. 9-24, 2001.

81. Puntillo KA, Wilkie DJ. Assessment of pain in the critically ill. In: Puntillo KA, editors. Pain in the critically ill: assessment and management. Gaithersburg: Aspen Publishers; p. 31-44, 1991.
82. Rebecca G. Emotional Responses to Paediatric Hospitalisation. Nursing Times; Nov.17, 89(46): 45- 49, 1993.
83. Sabuncu N., Akça AF. Klinik Beceriler. Sabuncu N, Akçay AF.ed. Ağrı Ağrıya Yönelik Uygulamalar ve Hasta Bakımı. 1. Baskı. Nobel Tıp Kitabevi, Ankara. 2011.
84. Sarsılmaz H. Yoğun Bakım Hemşireliği Durum İndeksi Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenirliliği. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2011.
85. Sağkal T, Demiral S, Odabaş H, Altunok E, Kırsal Kesimde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavi Yöntemlerini Kullanma Durumları, F.Ü.Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi: 27(1):19-26, 2013.
86. Schoenhofer SO. Affectiona ltouch in critical care nursing: a descriptive study. Heart Lung;18: 146-54, 1989.
87. Shannon K, Bucknall T. Painassessment in critical care: what have welearnt from research. Intensive and Critical Care Nursing; 19: 154–162 , 2003.
88. Sharma G.S.,Maben EV S, Kotian MS., Nagaraja B. ark., Psychological Evaluation of Patients in Critical Care/Intensive Care Unit and Patients Admitted in Wards, Journal of Clinical and Diagnostic Research. 8(12): WC01-WC03, 2014.
89. Sungur MZ. Fobik Bozukluklar, Psikiyatri Dünyası; 5-11, 1997.
90. Şahinoğlu AH. Yoğun Bakım Etiği: İçinde: Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri. Şahinoğlu AH (Ed.), Ankara, Türkiye Klinikleri Yayınevi; 243-6, 2003.
91. Şeker M. Güreş Eğitim Merkezlerindeki Güreşçilerin Depresyon, Kaygı Ve Stres Düzeylerinin İncelenmesi. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014.
92. Tercan Keleş G. Yoğun Bakım Ünitesinde Obstetrik Olgular, Fırat Tıp Dergisi; 11(1) :62-65, 2006.

93. Terzi, B., Kaya, N. Yoğun bakım hastasında hemşirelik bakım. Yoğun Bakım Dergisi; 1: 21-25, 2011.
94. Tovar MK, Cassmayer VL. Dokunma, cerrahi hastasında dokunmanın etkileri. [Çeviren: Şelimen D] Hemşirelik Bülteni;21: 31-7, 1991.
95. Tunçay G.Y. Hastaların Yoğun Bakım Ünitesinin Fiziksel Ortamına İlişkin Görüşleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2005.
96. Tunçay G.Y., Uçar Y. Hastaların Yoğun Bakım Ünitesinin Fiziksel Ortam Özelliklerine İlişkin Görüşleri. Sağlık Bilimleri Fakültesi hemşirelik dergisi, 1: 33-46, 2010.
97. Türedi D, Yoğun Bakım Hastalarının Akut Fizyolojik Durum Değişikliklerinin Hasta Yakınlarının Psikolojileri Üzerindeki Etkisi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Adana, 2011.
98. Türkçe Sözlük, Türk Dil Kurumu yayınları, Ankara, 1998.
99. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kanser İstatistikleri, http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/2009_kanser_raporu.pdf, 2009.
100. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 2013.
101. Uysal N. ve ark. Üçüncü basamak merkezde dahili yoğun bakım hastalarının prognozu. Yoğun Bakım Dergisi; 1: 1-5, 2010.
102. Vitale A. An integrative review of reiki touch therapy research. Holist Nurs Pract; 21: 167-79, 2007.
103. Wall PD, Melzack R: Textbook of Pain. Türkçe Baskı. Erdine S (Çeviri Editörü). Güneş Kitabevi, Ankara, 2006.
104. Whelan K, Wishnia G. Reiki therapy: the benefits to a nurse/ reiki practitioner. Holist Nurs Pract; 17: 209-17, 2003.
105. Yalom I. Varoluşçu Psikoloji, (Çev. Zİ Babayiğit), Kabalcı Yayınları, İstanbul, 2000.

106. Yapucu, Ü., Eser, İG., Khorshid, L. Hekim ve Hemşirelerin Hastaların Yas ve Cinsiyetine Göre Ağrıya Verdikleri Yanıtlara İlişkin İnanışları, E.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 21(1):145-156, 2005.
- 107.Yıldırım, F. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sürekli Eğitim Etkinliklerinden Yararlanma Durumları. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2010.

8.EKLER

EK-1 Anket Formu

YAŞ :.....

CİNSİYETİ : 1. Kadın 2. Erkek

EĞİTİM DURUMU : 1. Okuma-yazma bilmiyor
2. İlköğretim mezunu
3. Lise mezunu ve üzeri

MEDENİ DURUMU : 1. Bekar 2. Evli

TANI :

UYGULAMA ÖNCESİ YATIŞ SÜRESİ :

HASTA;

ENTÜBE

EXTÜBE

EK-1 Anket Formu

	1.GÜN		2.GÜN		3.GÜN	
	Öncesi	Sonrası	Öncesi	Sonrası	Öncesi	Sonrası
TANSİYON						
NABIZ						
SOLUNUM						
ATEŞ						
O₂SATURASYONU						
GLİKOZ						

SKORLAR	1.GÜN		2.GÜN		3.GÜN	
	Öncesi	Sonrası	Öncesi	Sonrası	Öncesi	Sonrası
<u>AĞRI</u>						
<u>KORKU</u>						
<u>ANKSİYETE</u>						

EK-2 Görsel Yüz İfadesi Kaygı Skalası

KAYGI

1	ÇOK HAFİF	
2	HAFİF	
3	ORTA	
4	ŞİDDETLİ	
5	ÇOK ŞİDDETLİ	

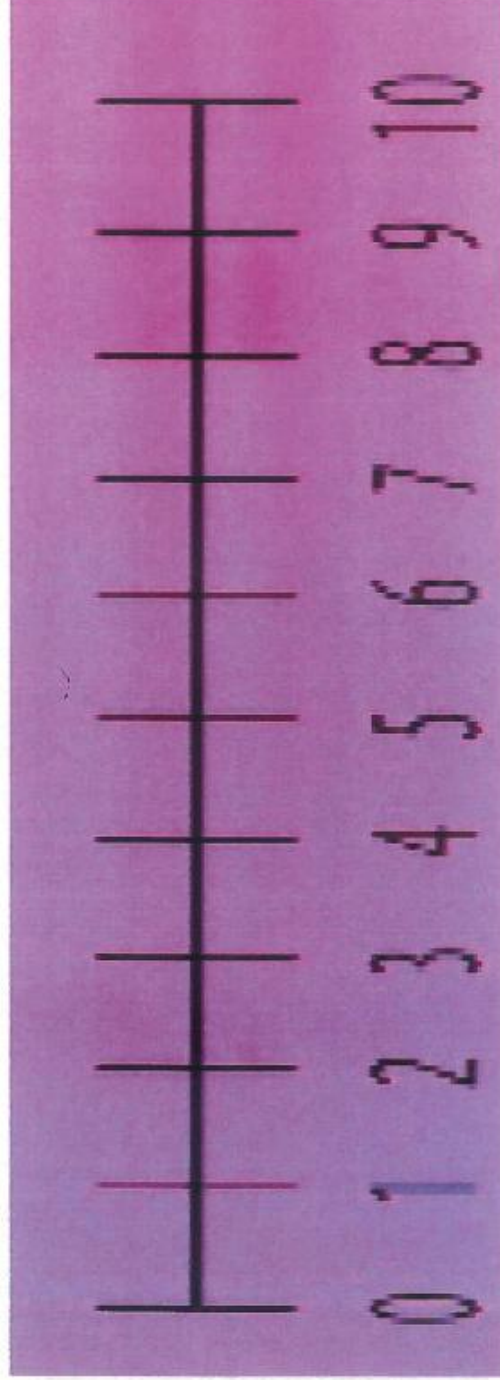
EK-3 Görsel Yüz İfadesi Korku Skalası

KORKU



EK-4 Görsel Ağrı Skalası

AĞRI



YOK

DAYANILMAZ

EK- 5 Araştırmanın Yapıldığı Kurumdan Alınan Yazılı İzin

T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Tarih: 27/08/2015

Karar: Asiye Çapa' nın yüksek lisans tez çalışması hk.

“Therapeutic Tactile Touch Uygulamalarının, Yoğun Bakımdaki Hastaların Korku, Kaygı ve Ağrı Düzeyine Etkisi” konulu yüksek lisans tez çalışması'nın hastanemizde yapılması uygun bulunmuştur.

Op. Dr. Mesut DEMİR
Kurul Başkanı

EK- 6.1 İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel olmayan Klinik Araştırma Değerlendirme Komisyonu'ndan etik kurul onayı

**T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

Sayı : 10840098 – 214
Konu: Etik Kurulu Kararı

09/09/2014

Sayın Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Therapeutic Tactile Touch uygulamalarının, yoğun bakımdaki hastaların korku, kaygı ve ağrı düzeyine etkisi” isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.


Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

EK:
-Karar Formu (2 sayfa)

Tel: (0216)681 51 37
Faks: (0212)531 75 55
E-mail: ilknurfil@medipol.edu.tr

Adres: Kavacık Mah. Ekinciler Cad.No:19,34810
Kavacık/BEYKOZ

EK-6.2 İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel olmayan Klinik Araştırma Değerlendirme Komisyonu'ndan etik kurul onayı

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Therapeutic Tactile Touch uygulamalarının, yoğun bakımdaki hastaların korku, kaygı ve ağrı düzeyine etkisi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUŞAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUŞLARARASI <input type="checkbox"/>

EK-6.3 İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel olmayan Klinik Araştırma Değerlendirme Komisyonu'ndan etik kurul onayı

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	27.08.2014	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	27.08.2014		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 197	Tarih: 09.09.2014		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekeçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.			

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişkisi		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	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. Tangül MÜDOK	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	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"/>	
Yrd. Doç. Dr. Berna EREN	Halk Sağlığı	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Emir YÜZBAŞIOĞLU	Protetik Diş Tedavisi	İstanbul Medipol Üniversitesi	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"/>	
Yrd. Doç. Dr. İknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Op. Dr. Muhammed Fatih EVCİMİK	Kulak-Burun Boğaz	Özel Nisa Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

EK-7 Özgeçmiş

Kişisel bilgiler

Adı	Asiye	Soyadı	ÇAPA GÖRGÖZ
Doğum Yeri	DİYARBAKIR	Doğum Tarihi	01.01.1988
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	252567632924
E-mail	asiyecapa@gmail.com	Tel	(507)4438857

Eğitim düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans	Medipol Üniversitesi	
Lisans	Mardin Artuklu Üniversitesi	2009
Lise	Melik Ahmet Lisesi	2004

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Genel Yoğun Bakım	Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2013/2015
2.	Genel Yoğun Bakım	Bingöl Devlet Hastanesi	2010/2013
3.	Acil Servis	Universal Hospital Grup	2009/2010

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	İyi	Orta	Orta

* Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	66.125	63.261	54.656
(Diğer) Puanı			

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office Programları	İyi