

T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**KONSÜLTASYON LİYEZON PSİKIYATRİSİ
HEMŞİRELİĞİNE DUYULAN GEREKSİNMENİN
İNCELENMESİ**

Çiğdem ALACA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Rana YİĞİT**

TEZ NO:.....

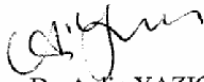
MERSİN- 2008

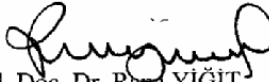
Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliğine Duyulan Gereksinmenin İncelenmesi adlı çalışma, aşağıdaki jüri üyeleri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 13.06.2008


Prof. Dr. Ayşe ÖZCAN
Mersin Üniversitesi
Jüri Başkanı


Doç. Dr. Aylın YAZICI
Mersin Üniversitesi
Jüri Üyesi


Yrd. Doç. Dr. Rana YİĞİT
Mersin Üniversitesi
Jüri Üyesi

Yukarıdaki tez, Enstitü Yönetim Kurulunun 22.12.2008 tarih ve 2008/202...
Sayılı kararı ile kabul edilmiştir.


Doç. Dr. Ülkü ÇÖMELEKOĞLU
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimime ve çalışmamın gerçekleştirilmesine bilimsel katkı ve desteklerini esirgemeyen, meslek hayatımın vizyonunu değiştiren, insana ve hemşirelik mesleğine bakış açısıyla kendime örnek aldığım, değerli hocam; ME. Ü. Sağlık Yüksekokulu Müdürü **Sn. Prof. Dr. Ayşe ÖZCAN'a**,

Tezimi hazırlamamda bana destek olan, tezimin heyecanını benimle paylaşan, destekleyen, zamanını ve deneyimlerini benden esirgemeyen değerli tez danışman hocam **Sn. Yrd. Doç. Dr. Rana YİĞİT'e**,

Tezimin tüm bulgularında zamanını, yardımını ve desteklerini esirgemeyen **Sn. Yrd. Doç. Dr. Devrim Alıcı'ya**,

Tezimin istatistiksel analizlerinde yardımları için; **Sn. Araş. Gör. İlter Helvacıoğlu'na**,

Uzmanlık eğitim süresini birlikte paylaştığım tüm **arkadaşlarıma**,

Mersin Toros Devlet Hastanesi'ndeki tüm çalışma **arkadaşlarıma**, özellikle **Zuhal Artuvan'a**,

Eğitimim için hiçbir fedakârlığı esirgemeyen, desteklerini her zaman hissettiğim ve minnet borçlu olduğum **canım aileme** sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Hem. Çiğdem ALACA

Haziran-2008

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
ÇİZELGELER DİZİNİ	vi
KISALTMALAR DİZİNİ	viii
ÖZET.....	ix
ABSTRACT.....	x
1.GİRİŞ.....	1
1.1. PROBLEMİN TANIMI ve ÖNEMİ.....	1
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI ve ÖNEMİ.....	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. KONSÜLTASYON LİYEZON PSİKİYATRİSİ(KLP)	5
2.2. KONSÜLTASYON LİYEZON PSİKİYATRİSİ HEMŞİRELİĞİ(KLPH).....	6
2.2.1. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliğinin(KLPH) Tarihsel Gelişimi.....	6
2.2.2. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliğinin Rollerini.....	15
2.2.2.1. Klinik Rolü.....	16
2.2.2.2. Eğitim Rolü.....	23
2.2.2.3. Araştırma Rolü.....	24
2.2.2.4. Yönetim-İdari Rolü.....	25
2.3. PSİKOSOSYAL BAKIM.....	25
2.4. HASTALIK, HASTANEYE YATMA VE YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ.....	28
2.4.1. Hastalık ve Hastalığa Tepkiler.....	28
2.4.2.Hastaneye Yatma ve Yoğun Bakım Ünitesi.....	34
2.5. ANKSİYETE.....	40
2.5.1. Anksiyetenin Etyolojisi	41
2.5.2. Anksiyetenin Belirtileri.....	42
2.5.3. Bedensel Hastalığı Olan Bireylerde Anksiyete.....	43

2.5.4. Tedavi.....	44
2.5.5. Hemşirelik Yaklaşımı.....	44
2.6. DEPRESYON.....	46
2.6.1. Genel Görünüm ve Dışa Vuran Davranış.....	47
2.6.2. Duygu Durum	47
2.6.3. Bilişsel Yetiler	47
2.6.4. Düşünce Akımı ve İçeriği	47
2.6.5. Somatik Belirtiler	48
2.6.6. Bedensel Hastalığı Olan Bireylerde Depresyon.....	48
2.6.7. Tedavi.....	49
2.6.8. Hemşirelik Yaklaşımı.....	50
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	53
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ŞEKLİ.....	53
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER ve ÖZELLİKLERİ.....	53
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ.....	53
3.4. VERİLERİN TOPLANMASI	54
3.4.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması	54
3.4.2. Veri Toplama Formunun Uygulanması.....	55
3.5. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	55
3.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	57
4. BULGULAR.....	58
5. TARTIŞMA.....	96
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	105
6.1. SONUÇ.....	105
6.2. ÖNERİLER.....	107
7. KAYNAKLAR.....	108
8. EKLER.....	115
8.1. EK-1 HASTA İLE GÖRÜŞME FORMU.....	115
8.2. EK-2 HASTANE ANKSİYETE DEPRESYON ÖLÇEĞİ (HAD).....	117
8.3. EK-3 HASTALARA İLİŞKİN GÖZLEMLER ANKETİ.....	120
8.4. EK-4 UYGULAMA PLANI.....	124
8.5. EK-5 İZİN YAZISI.....	125
ÖZGEÇMİŞ.....	128

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge	Sayfa No
Çizelge 2.1. Konsültasyon Çeşitleri ve Özellikleri.....	19
Çizelge 2.2. Konsültasyon ile Liyezon Arasındaki Farklar.....	22
Çizelge 2.3. Yoğun Bakım Ünitelerine Göre Psikiyatrik Sendromlar.....	39
Çizelge 4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri.....	58
Çizelge 4.2. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	60
Çizelge 4.3. Hastaların Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puanlar.....	61
Çizelge 4.4. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre HAD Ölçek Puanları.....	62
Çizelge 4.5. Hastaların Hastalığını İlk Öğrendiğinde Yaşadıkları Duygular Konusunda Hasta ve Hemşirelerin Görüşleri	63
Grafik 4.1. Hastaların Hastalığını İlk Öğrendiğinde Yaşadıkları Duygular Konusunda Hasta ve Hemşirelerin Görüşleri	64
Çizelge 4.6. Hastaların Hastalıklarını Bağladıkları Nedenler Konusunda Hasta ve Hemşire Görüşleri.....	66
Grafik 4.2. Hastaların Hastalıklarını Bağladıkları Nedenler Konusunda Hasta ve Hemşire Görüşleri.....	67
Çizelge 4.7. Hastalığın Hastanın Hayatını Etkilemesi Konusunda Hasta ve Hemşire Görüşleri.....	70
Grafik 4.3. Hastalığın Hastanın Hayatını Etkilemesi Konusunda Hasta ve Hemşire Görüşleri.....	71
Çizelge 4.8. Hastanede Olma Konusunda Hasta ve Hemşire Görüşleri.....	74
Grafik 4.4. Hastanede Olma Konusunda Hasta ve Hemşire Görüşleri	75
Çizelge 4.9. Yoğun Bakım Ünitesinde Olma Konusunda Hasta ve Hemşire Görüşleri.....	77
Grafik 4.5. Yoğun Bakım Ünitesinde Olma Konusunda Hasta ve Hemşire Görüşleri.....	78

Çizelge 4.10. Hastaların Hastanede Yaşadığı Sıkıntı Konusunda Hasta ve Hemşire Görüşleri.....	81
Grafik 4.6. Hastaların Hastanede Yaşadığı Sıkıntı Konusunda Hasta ve Hemşire Görüşleri.....	82
Çizelge 4.11. Hastaların Yaşadığı Güçlük Konusunda Verdiği Yanıtlar.....	85
Çizelge 4.12. Hastaların Son Günlerde Yaşadıkları Zorlukların Üstesinden Gelme Konusundaki Yanıtlar.....	89

KISALTMALAR DİZİNİ

KLP: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi

KLPH: Konsültasyon liyezon psikiyatri hemşiresi

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ANA: Amerikan Hemşireler Birliği

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

YBÜ: Yoğun Bakım Ünitesi

HAD: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

SML: Sağlık Meslek Lisesi

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

CA: Kanser

SSK: Sosyal Sigortalar Kurumu

BAĞ-KUR: Esnaf ve Sanatkârlar ile Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu

ÖZET

Bu araştırma, yoğun bakım ünitesi hasta ve hemşirelerinin, konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliğine duydukları gereksinimi ortaya koymak amacıyla, tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Mersin Toros Devlet Hastanesi, Mersin Devlet Hastanesi ve Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi yoğun bakım ünitelerinde yatan hasta ve çalışan hemşireler oluşturmaktadır.

Hasta verileri, araştırmacı tarafından görüşme tekniği ile "Görüşme Formu" ve "Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği" (HAD) kullanılarak toplanmıştır. Hemşire verileri, "Hastalarla İlgili Gözlemler Anketi" ile toplanmıştır. Elde edilen veriler bilgisayarda Microsoft Office Excel programı, Medcalc programı ve Statistical Package for the Social Sciences programında (SPSS) Ki-Kare, Independent t, ANOVA, Post Hoc testlerden Tukey, Cramer's V testleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

Hastaların %53'ü eş ve çocukları ile yaşamakta ve %64'ü cerrahi yoğun bakım ünitesinde yatmaktadır. Hemşirelerin; yarıdan fazlası (%64,6) 30 yaşın altında ve dörtte üçü yoğun bakım hemşireliği alanı ile ilgili eğitim almamıştır.

Yoğun bakım hastaları önemli bir kesimi depresyon (%72) ve yarıya yakını da anksiyete (%42) yaşamaktadır.

Hastalıklarını ilk öğrendiklerinde hastaların %43'ü korku yaşamakta ve yarısı (%50) yoğun bakım ünitesini ölümle bağdaştırmaktadır. Hastaların %69'u hemşirelerin kendilerini anlamadıklarını, iş merkezli çalıştıklarını, kendileriyle konuşmadıklarını ve dinlemediklerini belirtmiştir.

Hemşireler; hastaların hastalığını ilk öğrendiğinde korktuğunu (%36,7), yoğun bakım ünitesini durumunun ağır ve ciddi olması ile bağdaştırdıklarını (%59,5), karşılaştıkları güçlükler konusunda hastalara yardımcı olabildiklerini (%84,8) ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşiresi ile çalışmak istediklerini (%92,4) belirtmişlerdir.

Hastaların yoğun bakım ünitesinde yaşadıkları duygu ve düşünceler ile hemşirelerin tanımladığı duygu ve düşüncelerin birbiriyle örtüşmediği ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliğine gereksinim olduğu belirlenmiştir.

Anahtar sözcükler: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği, Depresyon, Anksiyete, Yoğun Bakım Ünitesi, Hasta Gereksinimleri

ABSTRACT

This research was carried out as a descriptive study in order to determine the need of the intensive care unit patients and nurses for CLP nursing . The population of this study consists of the patients in intensive care units and the nurses working at these units in Mersin Toros Public Hospital, Mersin Public Hospital and Mersin University Faculty of Medicine Research and Practice Hospital.

The data of the patients was collected by using the “Interview Form” and “Hospital Anxiety and Depression(HAD) Scale” by the researcher. The data of the nurses was gathered through the “Observation Survey About Patients”. The data was analysed through Ki-Kare, Independent t, ANOVA, from Post Hoc tests-the Tukey and Cramer’s V tests in Statistical Package for the Social Sciences program (SPSS), Medcalc Package program and through the Microsoft Office Excel program.

53% of the patients live with their spouses and children, 64% of them are in the surgical intensive care unit. More than half of the nurses (%64,6) are under the age of 30 and three out of four have no education on intensive care unit nursing.

A significant part of the patients have depression (72%) and almost half of them (42%) have anxiety.

When they learned their illnesses, 43% of the patients stated that they felt afraid. In addition, half of the patients (%50) correlated the intensive care with death. %69 of the patients said that nurses didn’t understand the patients, worked on job-based, they didn’t speak and listen to them.

The nurses stated that when the patients learned their illnesses, they felt afraid (%36,7), they correlated that intense unit care with being serious illnesses of them (59,5%). Beside this, the nurses stated that they could help the patients who suffered from any difficulties (%84,8) and that they desired to work with the consultation liaison psychiatric nurses (%92,4).

According to the results of this study, the thoughts and feelings which patients experienced in the intensive care units are not parallel to the ones of the nurses and there is a necessity of consultation liaison psychiatric nursing.

Key Words: Consultation Liaison Psychiatric Nursing, Depression, Anxiety, Intensive Care Unit, Patients Needs

1.GİRİŞ

1.1.PROBLEMİN TANIMI ve ÖNEMİ

Sağlık fiziksel, ruhsal ve sosyal boyutları ile ayrılmaz bir bütündür ve her boyut birbirini etkiler. Bu boyutların birbiriyle uyumlu olması ve bir bütün olarak devam etmesi önemlidir. Aksi halde hastalık durumu ortaya çıkar. Hastalık birey için; biyolojik, ruhsal, sosyal, çevresel, ailesel, psikoseksüel yönleri olan bir olgudur ve bazı durumlarda bir yaşam, kimlik ve var oluş krizi oluşturabilir (1,2,3,6,8).

Fiziksel hastalıklar; hastalığın niteliğine, kişinin ve çevresinin özelliklerine göre çeşitli psikiyatrik reaksiyonlar oluşturabilir. Bireyin kişilik yapısı, yaşı, eğitimi, cinsiyeti, etkilenen organ ve birey için o organın anlamı, hastalığı algılayış biçimi, hastalığın akut ya da kronik oluşu ve destek sistemleri bireyin baş etmesini belirleyici özelliklerdir. Fiziksel hastalıkların birçoğunda; davranışsal, duyuşsal, bilişsel, duygusal ve kişilerarası tepkiler gelişir. Ortaya çıkan psikiyatrik durum ve tepkiler organizmanın uyum sürecidir (1,3,4,7).

Psikiyatrik ve fiziksel hastalıklar sıklıkla birlikte görülebilir. Bu birliktelik, fiziksel hastalığın nedenleri arasında sayılabilecek; psikolojik etmenler, fiziksel belirtilerle seyreden psikiyatrik bozukluklar, fiziksel hastalığın psikiyatrik sonuçları, psikiyatrik ve fiziksel bozukluğun bir arada olması şeklinde karşımıza çıkabilir (1,7,9,10).

Fiziksel hastalığı olan bireylerde ruhsal bozukluklar, sağlıklı bireylere göre daha sık görülmektedir. Genel nüfusta ruhsal bozuklukların bir aylık görülme sıklığı %16 iken, fiziksel hastalığı olan bireylerde %21 – 26 arasındadır. Kronik fiziksel hastalığı olan bireylerde yaşam boyu ruhsal bozukluk sıklığı %42 olarak bulunmuştur. Genellikle fiziksel hastalıklara psikolojik ve psikiyatrik sorunlar da eklenmekte, ancak büyük çoğunluğu tanınmadığından tedavileri sağlanamamaktadır. Bu da fiziksel hastalığı olan bireylerin, hastalığın oluşturduğu sorunlarla baş etmelerini zorlaştırmakta ve hastanede kalış sürelerini uzatmaktadır (5,11).

Genel fiziksel hastalıklar arasında, daha önce psikiyatrik bir hastalık tanısı alan hasta sayısı %15-50 arasında değişmektedir. Psikiyatrik komorbiditesi olan hastalar olmayanlara göre, daha fazla tanısız test alırlar, daha uzun süre hastanede kalırlar ve bunun sonucu hastane giderleri daha fazla olur (5,11).

Günümüzde, birçok fiziksel hastalığın etiolojisinde psikolojik faktörlerin rol oynadığı kabul edilmektedir. Yine bedensel yakınmaların organik ya da psikolojik temelli olarak ayrılması görüşünden çok, tüm hastalara bütüncül yaklaşılması gerektiği anlayışı da benimsenmektedir. Bu yaklaşım konsültasyon liyezon psikiyatrisinin (KLP) temelini oluşturmaktadır (7,10,12).

Konsültasyon liyezon psikiyatrisi (KLP); biyopsikososyal anlayışı hayata geçirmeye, fiziksel bakım ve tedavi ile ruhsal tedavi ve bakımı bütünleştirmeye yöneliktir ve genel hastane uygulamasında bireylere psikiyatrik tedavi ve bakım hizmetlerinin sunulmasını sağlar (7,11,10,12).

Genel hastane ortamı; gerek hastalar, gerekse sağlık çalışanları için yüksek düzeyde stres kaynağı olabilmektedir. Ayrıca sağlık alanındaki her bir yenilik ve gelişim beraberinde yeni sorunlar yaratmaktadır. Konsültasyon-liyezon psikiyatrisi alanında çalışan hemşirelerin amacı, hastalık durumunda bozulan dengenin düzeltilmesine yardımcı olmaktır. Bu yardım geleneksel yaklaşımın tersine; bireyin, ailenin ve toplumun fiziksel, ruhsal ve sosyal gereksinimlerine yönelen, bütüncül (holistik) bakımı gerektirir. Bütüncül tanılama ve girişimler, fiziksel hastalığı olan hasta ve ailesinin psikososyal bakımının çatısını oluşturur. Konsültasyon liyezon psikiyatri hemşiresi (KLPH) genel hastanede yatan ya da ayaktan tedavi alan hastaların fiziksel ve psikolojik bakımı arasında bir bağ oluşturarak hizmet verir (1,8,10,12,13).

Hastaneye yatış; önceden planlanmış olsa bile birey için, kimliğini ve benliğini tehdit eden ve kriz yaşatabilen bir durumdur. Yapılan araştırmalar, hastaneye yatışla ortaya çıkan krizin, hastanın hastaneye yatacağını öğrendiği anda başladığını ve yatış işlemi sırasında anksiyetesinin en üst düzeyde olduğunu göstermektedir. Hastaneye yatış, birey için; bilinmeyen bir ortamda tanımadığı kişilerle aynı odayı paylaşma, farklı alet ve makineler arasında olma, yapılan tetkikler, istenilen düzeyde bilgi verilmemesi, konuşulanların anlaşılabilmesi, hastalığa, ameliyata ve mahremiyete ilişkin belirsizlikler, ölüm korkusu, duygularını yeterli düzeyde ifade edememe ve daha önce yaşanmış olumsuz deneyimlerin tekrar yaşanacağı kaygılarını ifade eder (7,14).

Hastaneye yatan birey ayrıca pek çok duygu ve tepkilerle baş etmek durumunda kalabilir. Bu tepkiler; daha önce yapabildiği şeyleri yapamamaya bağlı olarak yaşanan anksiyete ve yetersizlik duygusu, bakım için başka insanlara bağımlı olması, hastalığına neden olduğunu düşündüğü şeylere karşı öfke duyması, geleceğine ilişkin belirsizlikler, bağımsızlık kaybı sonucu yardımsızlık ve umutsuzluk duygusu ile ilgili olabilir (14).

Yaşamı tehdit eden ciddi hastalıklar sürecinde; bireyin hem hastalığa bağlı hem de tedavi sürecinde yaşananlarla ilgili olarak psikososyal güçlüklerle karşılaşması özellikle yoğun bakım ünitelerinde sıkça karşımıza çıkabilen bir durumdur. Yoğun bakım gerektiren hasta bireylerde; çoğunlukla anksiyete, depresyon, uyum güçlüğü ve deliryum gibi psikiyatrik tablolar görülebilmektedir (5,17).

Anksiyete bozuklukları genel hastane ortamında yatan hastalar arasında %5 – 20 olarak bildirilmiştir. Yoğun bakım hastalarında daha yaygın olduğu düşünülmektedir. Anksiyete yaratan başlıca durumlar arasında; ölüm korkusu, sevdiklerinden ve aile çevresinden ayrı kalma, kontrol kaybı, ağırlı işlemlerin sıklığı ve hareket kısıtlılığı sayılabilir (5,17).

Genel hastane ortamında hastaların % 20 – 30'unda en azından hafif düzeyde depresif belirtiler olduğu bilinmektedir. Fiziksel hastalığın kendisi, tedavide kullanılan ilaçlar, hastalığa karşı psikolojik tepkiler depresyon gelişmesinde önemli etkenlerdendir. Depresyonun; genellikle, hastanede uzun süre yatan, yatağa bağımlı, şiddetli ağrısı olan, fiziksel bakıma muhtaç olan ve yaşamı tehdit eden hastalık durumlarında daha şiddetli olduğu bildirilmiştir (5,17).

Özellikle yoğun bakım acil birimlerinde izlenen hastalarda, ortaya çıkan davranış bozukluklarından biri de deliryumdur. Çeşitli çalışmalarda yoğun bakım ünitelerinde deliryum yaygınlığının % 20 – 30 arasında olduğu gösterilmiştir (5,17).

Davranışsal, duygusal, bilişsel alanlarda ve kişilerarası ilişkilerde yaşanan psikososyal sorunlar; hasta bireyde olduğu kadar, aile ve sağlık ekibi içinde de birçok güçlüğü yol açabilmektedir. Bu nedenle; hasta bireylerin gösterdiği tepkilerin tanınması, bir mesaj olarak algılanması, değerlendirilmesi ve uygun yaklaşımın gösterilmesi önemlidir. Hasta bireyin; bozukluğun ya da işlev kaybının olduğu bir organ olarak ele alınması yerine, bir bütün olarak değerlendirilmesi ve anlaşılması gerekmektedir (5,17).

Bütüncül hasta bakımının sağlanması, tedavi ve bakımın niteliğini artırır. Hasta bireyin bütüncül yaklaşımla ele alınması; psikiyatrik hastalıkların ve ölümlerin önlenmesinde, hastalığın daha çabuk iyileşmesinde, hastanede yatma süresinin kısalmasında ve hastane maliyetinin düşmesinde etkilidir. Ancak, sağlık çalışanlarının eğitimi ve sağlık sisteminin işleyiş biçimi gibi birçok noktada yaşanan sorunlar, bakımın psikososyal boyutuna ve hastaların psikososyal gereksinimlerinin göz ardı edilmesine neden olabilmektedir

(5,10,15,17). Bu nokta da konsültasyon-liyezon psikiyatrisi hemşiresi önemli bir boşluğu doldurur (1).

1.2.ARAŞTIRMANIN AMACI ve ÖNEMİ

Literatürde, konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliği uygulaması sonucunda; iyileşme sürecinin hızlanacağı, hasta ve aile memnuniyetinin artacağı, hasta bakım standartlarının yükseleceği, hemşirelerin hastaların psikiyatrik durumlarıyla ilgili farkındalıklarının ve bakım gereksinimlerinin karşılanması ile ilgili becerilerinin artacağı, hemşirelerin duygusal gerginliğinin azalacağı ve iş doyumlarının artacağı, hasta ve tedavi ekibi arasındaki iletişimin iyileşeceği ve maliyetlerin azalacağı belirtilmektedir (10,14,15,16,17). Ülkemizde bu anlamda bir psikiyatri hemşireliği uygulaması yok denecek kadar azdır. Bu tür bir uygulamanın başlatılabilmesi ve yaygınlaştırılması uygun olacaktır. Bunun için hastaların ve hemşirelerin bu konudaki görüşleri ve böyle bir uygulamaya gereksinim duyulup duyulmadığı merak edilmektedir. Bu nedenle, hasta ve hemşirelerin, konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliği ile ilgili görüş ve gereksinimlerinin ortaya konması uygun olacaktır. Bu çalışmada bu gereksinimin ortaya konması amaçlanmaktadır.

2.GENEL BİLGİLER

Konsültasyon liyezon psikiyatrisi (KLP); biyopsikososyal anlayışın yaşama geçirilmesi ve fiziksel ve duygusal bakım ve tedavi yoluyla psikososyal bakımı bütünlemeye dönüktür. Klinikte; fiziksel bakım ve tedavinin yanı sıra psikiyatri hizmetlerinin de sunulmasıdır. Bu yaklaşım; hastayı anlamadan hastalığın tedavi edilemeyeceğini öngören anlayış doğrultusunda, insanın; bedensel, ruhsal, toplumsal bütünlüğü içinde ele alınmasına yardımcı olur. Temel amacı, tıbbi bölümlerde psikiyatrik morbiditeyi engellemek, tanımak, tedavi etmek, hastalıkların ortaya çıkmasında, seyrinde, tedavisinde ve bakımında psikososyal etkenleri inceleyerek, hizmetleri rasyonel ve bütüncül kılmaktır (1,5).

2.1.KONSÜLTASYON LİEZON PSİKİYATRİSİ (KLP)

Psikiyatri üst disiplini ve uzmanlık alanı olarak Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi şöyle tanımlanmaktadır (Lipowski):

1. Fiziksel hastalıklarda ve fiziksel yakınması olan hastalarda (somatizasyon) psikiyatrik morbiditenin araştırılması, tanısı, tedavisi, izlenmesi ve engellenmesi, klinik tıp ortamlarında psikiyatrik tıp hizmetlerinin sağlanması,
2. Klinik ortamlarda (psikiyatri dışı); sağlık çalışanlarına, konsültasyon ve liyezon hizmetlerinin sunulması, psikiyatri dışında çalışan hekim ve hemşirelere psikososyal tıp eğitimi verilmesi,
3. Tıp ile psikiyatrinin çakıştığı alanlarda, tıbbi hastalarda ya da fiziksel yakınma ile genel kliniklere başvuran hastalarda araştırmalar yapılması.

Konsültasyon liyezon psikiyatrisinin temel işlevleri, psikiyatri dışı kliniklerdeki hastalara ruh sağlığı hizmetlerinin sağlanması, psikiyatrik-psikososyal tıp alanında eğitim, tıbbi hastalarda psikiyatrik-psikososyal araştırmalar olarak özetlenebilir. Tıbbi bölümlerde psikiyatrik morbiditeyi engellemek, tanımak, tedavi etmek, hastalıkların ortaya çıkmasında, seyrinde, tedavi ve bakımda psikososyal etkenleri inceleyerek hizmetleri rasyonel ve bütüncül kılmak temel amacıdır. Böylece tıp ile psikiyatri disiplinleri arasında kavramsal ve klinik köprü oluşturur (5,9,15,17,18,19,25).

2.2.KONSÜLTASYON LIYEZON PSİKİYATRİSİ HEMŞİRELİĞİ(KLPH)

Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği; “gerçek veya potansiyel fiziksel fonksiyon bozukluğu nedeniyle sağlık bakım sistemine giren hasta ve ailelerin, primer koruma, tedavi, bakım ve rehabilitasyona kadar uzanan yelpazede ortaya çıkan “duygusal, felsefi, gelişimsel, bilişsel ve davranışsal” tepkilerini, ruhsal ve psikososyal sorunlarını tanımlayan, tedavi ve bakımında rol alan, izleyen hemşirelerin eğitimlerini sağlayan ve bu alanda araştırmalar yapan psikiyatri hemşireliğinin bir üst uzmanlık alanı” olarak tanımlanabilir (1,10,14,17,21,23,28,31).

2.2.1. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliğinin (KLPH) Tarihsel Gelişimi

Dünyada, 20. yüzyıl başlarında; psikiyatrinin genel hastanelerde yerleşmesi ve tıbbi hastalara ruh sağlığı hizmetlerinin sunulmasına dönük düşünceler gündeme gelmiştir. (5,9,17)

1920’lerde liyezon psikiyatrisinin gelişmesine önemli katkı sağlayan psikoanalitik yaklaşım ve özellikle psikobiyolojik ve holistik yönelimli yaklaşımlardır. Cannon’un duyguların fizyolojisine ilişkin bulguları (hemeostazis), Wolf’un stresin psikofizyolojisine ilişkin çalışmaları, Alexander’ın psikosomatik hastalıklara ilişkin “özgül çatışmalar” kuramı, Dunbar’ın belirli psikosomatik hastalıklarda, belirli kişilik profilleri olduğu yönündeki gözlemleri, Selye’nin “genel adaptasyon sendromu” kuramı (stres-otonom sinir sistemi ilişkisi) bu alanda önemli katkılar sağlamıştır. Öte yandan belirli tıbbi hastalıkların belirli davranış kalıpları veya alışkanlıklarla ilişkisi saptanmış, fiziksel hastalık öncesi psikolojik durum ile morbidite arasında bir ilişki gösterilmiştir (5,9,12,17,18,25,26,27).

Tıpta biyo-psiko-sosyal bütüncül yaklaşımın geçerli kılınmasına dönük sistematik klinik çalışmalar, 1930’larda başlamıştır. Daha öncesinde psikoanalitik yaklaşımlar; bazı tıbbi hastalıkların kökenindeki psikodinamik çatışmaların rolünü ortaya koymuş ve tüm fiziksel belirtiler, sembolik psikolojik anlamları içinde psikolojik çatışmalarla yorumlanmaya yönelinmiştir. Ancak tıbbi hastalıkların etiyolojisindeki genetik faktörler, edinilmiş biyolojik süreçler, çevresel, psikososyal ve sosyokültürel faktörler yeterince dikkate alınmamıştır (5,9,19,24,39)

1939 yılında ABD’de Colorado Hastanesi’nde “Liyezon Psikiyatrisi” adı altında ilk klinik kurulmuştur. Liyezon Psikiyatrisi deneyimini klinik uygulama anlamında ilk tanımlayan ve bu kliniği kuranın Edward G. Bblings olduğu kabul edilmektedir. Bblings, tıp

ve psikiyatrinin genel hastanede bütünleşmesi ile tanı ve tedavi etkinliğinin ve kalitenin arttığını, hastanede yatış süresinin kısaldığını araştırmalarıyla ortaya koymuştur. II. Dünya Savaşı'ndan sonra ABD'de başta üniversiteler olmak üzere, genel hastanelerde KLP servislerinin hızla geliştiğini ve kurumsallaştığını görülmektedir (5,9,12,17,25,30).

1950'li yıllarda psikofarmakolojideki gelişmeler, psikotrop ilaçların kullanımı, psikoterapi uygulamalarının yayılmaya başlanması üniversite ve eğitim hastanelerinde KLP servislerinin gelişmelerini olumlu yönde etkilemiştir. 1960'larda tıp, psikiyatri ve hemşirelik yayınlarında hümanizme önem verildiği görülmüştür. Hemşirelik dergilerinde, hastanın psikososyal gereksinimleri ve hastaneye yatışın psikolojik etkileri konusunda yayınlar çıkmıştır. Psikolojik faktörlerin tedavi sürecini etkilediği, hastaların kültürel ve psikososyal gereksinimlerinin algılanıp, yalnız hastalığın değil, insanın bir bütün olarak tedavi edilmesinin gerekli olduğu vurgulanmıştır (22,24,29,30).

1960'lı yıllarda ilk kez hemşirelik konsültasyonları uygulanmaya başlandığında, psikiyatri servisinde tam zamanlı çalışan konsültan psikiyatri hemşiresi genel hastanedeki hastalar ile doğrudan çalışmamıştır. Daha çok hemşire-hasta arasındaki ilişkileri kuvvetlendirmede, hastaların duygusal durumuna hemşirelerin duyarlılığını arttırmada, hastaların hastalıkları ve iyileşmeleriyle ilgili yaşadıkları endişelerin etkilerini tanımlamada, klinik hemşirelerin hastaları için uygun psikolojik müdahaleleri planlamalarında rol almıştır. Zamanla, hasta ve ailelerin ruhsal sorunlarını uygun biçimde değerlendirmek için doğrudan müdahalenin gerekli olduğu görülmüştür (1,17,28,31).

Hemşirelik literatüründe 1960'lı yıllarda; hastanın psikososyal gereksinimleri ve hastaneye yatışının, psikolojik etkileri üzerinde durulmuş ve hümanistik yaklaşıma önem verildiği görülmüştür. 1961 yılında Ida Jean Orlando "The Dynamic Nurse-Patient Relationship: Function, Process and Principles of Professional Nursing Practice" (Dinamik Bakıcı-Hasta İlişkisi: Profesyonel Bakım Uygulamasının İşlev, Süreç ve Esasları) isimli kitabını yazmıştır. Orlando bu kitabında, çok ayrıntılı bir biçimde bakım modellerinin ve süreçlerinin öğelerini belirlemiş ve hastanın (bakım hizmetlerinden yararlananın) bakım sürecine dâhil edilmesinin önemini vurgulamıştır. 1965 yılında yapılan çalışmalarda; psikolojik faktörlerin tedavi sürecini etkilediği, hastaların kültürel ve psikososyal ihtiyaçlarının algılanması gerektiği, yalnız hastalığın değil, insanın bir bütün olarak tedavi edilmesinin gerekli olduğunu ortaya konmuştur (17,28).

Amerika'da, psikiyatrik hemşireliğin evriminde temel etkilerden biri olan federal yasalardan biri 1963'te kabul edilmiştir (Kamu Yasası 88-164, Toplumsal Akıl Sağlığı

Merkezi Hareketi). Bu temel akıl sağlığı hareketi, merkezlerdeki personel için kalifiye eleman eksikliğini ortaya çıkartmıştır. Bu eksikliğin giderilmesi tıbbın dışındaki hemşire, psikolog, sosyal hizmet çalışanı gibi profesyonellere düşmüş, eğitim-öğretim programları buna göre hazırlanmış ve uygulanmıştır. Böylece akıl sağlığı konsültasyonlarını hemşireler, psikologlar gibi tıp dışındaki meslekler de yürütmüştür (31).

Hemşirelik konsültasyonları ilk kez 1963 yılında Kuzey Carolina'daki Duke Üniversitesi'nde danışman hemşire olarak çalışan Betty Sue Johnson tarafından uygulamaya konmuştur. İlk zamanlar konsültan psikiyatri hemşiresi hastalar ile doğrudan çalışmamış, hemşire-hasta arasındaki ilişkileri kuvvetlendirmede, hastaların duygusal durumuna hemşirelerin duyarlılığını arttırmada, tıbbi-cerrahi birimlerde çalışan hemşirelere hastalarının hastalıkları ve iyileşmeleriyle ilgili yaşadıkları endişelerin etkilerini tanımalarında, hastaları için uygun psikolojik müdahaleleri planlamalarında yardım etmişlerdir. O yıllarda, danışmanların en önemli görevi, çalışanların birbirleri ile olumlu ilişkiler kurmasını sağlamaktır. Daha sonraları danışman hemşirelik bakımıyla ilgili davranışların beraberinde, kişilerarası ilişkilerin temel kavramları, psikiyatri hemşirelerinin yetenekleri ile birleştirilmiştir. Johnson'a göre regresyon, depresyon, deliryum ve panik ataklar danışmanlık gerektiren konular olarak değerlendirilmiştir. Çalışanlar ise, anksiyeteyi, engellenmişlik duygusunu ve hastalara yönelik öfkeyi, üzerinde durulması gereken konular olarak değerlendirmişlerdir. Zamanla hastaların ve ailelerin ruhsal sorunlarını uygun biçimde değerlendirmek için doğrudan müdahalenin gerekli olduğu görülmüş ve bu yıllarda farklı çalışma modelleri tanımlanmıştır (17,23,24,28,30,31).

1965'te Holstein ve Schwab "Journal of the American Medical Association"'da yayınladıkları bildiride, psikiyatrik liyezon hemşireliğiyle diğer disiplinlerin ortak çalışmasını temel alan psikiyatrik liyezon programının birlikte uygulandığı bir modeli tanımlayıp savunmuşlardır. 1966 yılında ise, Schulman bir olgu sunumunda farklı bir konsültasyon yapısını tanımlamış ve daha çok liyezon psikiyatrisi hemşiresinin hasta başı çalışmalarına dayalı tanımlar getirmiştir (17,23,24,30).

Robinson, 1968'de hemşireden hemşireye konsültasyonu vurgulayan bir başka model tanımlamıştır. Robinson'un modelinde liyezon hemşireliği iki temel işleve sahiptir: doğrudan hasta bakımı hizmeti vermek ve hemşireleri verdikleri bakımı daha terapötik hale getirmeleri için desteklemektir. 1969'da ise Petersen, liyezon hakkındaki makalesinde "kaliteli hemşire bakımı" üzerinde durmuştur. Jackson'un rol modelinde, psikiyatrik liyezon programı içinde

psikiyatri bölümü ile yarı-zamanlı işbirliğine geçerek psikiyatri hemşiresi eğitici olarak rol almıştır (17,24,31,32).

1970’li yıllarla birlikte de geniş bilgi birikimi, klinik yapılanması, muayene ve tedavi yöntemleri, uygulama ilkeleri, klinik, eğitim ve araştırma hedefleri ile KLP bir uzmanlık alanı olarak gelişmiştir (5,9,15,17,18,19,25).

1970’li yıllar KLPH’nin gelişiminde de önemli bir yer tutar. Liyezon hemşiresi, genel hastanelerde, tüm hemşirelik hizmetlerinde hastalara ve hemşirelere danışmanlık sağlamış ve hemşirelik hizmetleri bölümünün bir parçası olmuştur (9,24). Yine bu yıllarda, yeni uzmanlık alanının rollerini ve hizmet yelpazesini belirlemeye yönelik ilk araştırma çabalarının ürün verdiği ve makalelerin arttığı görülmektedir. Çalışmalar konsültasyon isteme nedenlerine, konsültasyonda hemşirelik sürecinden yararlanılmasına ve uygulamaların sonuçlarına odaklanmıştır. Hasta davranışları arasında; aşırı isteklerde bulunma, cinsel yönelimli davranış sergileme, saldırganlık, tedaviyi reddetme gibi görevlilerde endişe, anksiyete, öfke ve çaresizlik yaratan tepkiler en sık karşılaşılan sorunlar olarak saptanmıştır. Ayrıca daha çok içe kapanık, üzgün, depresif, sık istekte bulunan, manipülatif, irrite, öfkeli, bağımlı, süisidal davranışları olan ve daha fazla aile desteği gerektiren hastalar için konsültasyon istendiği belirlenmiştir (17,24,30).

Aynı yıllarda KLPH’nin hastane hiyerarşisindeki yeri, fonksiyonları, yeterliliği tanımlanmaya çalışılmış ve uygulama için çeşitli modeller geliştirilmiştir. 1970 yılında Isaacharoff ve arkadaşları “hastaları ayıran model” geliştirmişlerdir. Bu modele göre hastalar psikiyatrist tarafından görülmeden önce acil odasında liyezon psikiyatrisi hemşiresi tarafından değerlendirilip özelliklerine göre ayrılmaktaydı. Hastane işleyişinde; liyezon psikiyatrisi hemşiresinin yerini, iletişimsel fonksiyonunu ve temel doktor-hemşire-hasta üçlüsünü tanımlamıştır (17,24).

1971 yılında Borton ve Kelso ise, “işbirliğini temel alan model”i tanımlamışlardır. Burada KLP ekibi içinde hemşirenin özel yeri ve değeri tartışılmış, genel hastanede en sık ortaya çıkan sorun sürecinin analizi yapılmış ve hem hastadan hem de ortamdan kaynaklanan sorunlar olduğu sonucuna varılmıştır. Bu model; hemşire-hasta ve hemşire-diğer sağlık profesyonelleri arasında sıklıkla ortaya çıkan iletişim çatışmaları üzerinde durmaktadır (24,30).

Konsültasyon liyezon psikiyatri hemşirelerinin tanımlanan ve genişleyen rollerini yerine getirebilmeleri için daha fazla bilgi ve beceri gerektiğinin farkına varılmıştır. 1972

yılında Baltimor'daki Maryland Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi ilk olarak psikiyatri hemşireliğinde master programının bir parçası olarak KLPH derslerini başlatmıştır. Bunu Yale Üniversitesi ve San Fransisco'daki Kalifornia Üniversitesi takip etmiştir (17,24,30).

1974 yılında Robinson tarafından “Liyezon Hemşireliği: Hasta Bakımına Psikolojik bir Yaklaşım” adlı bir makale yayınlamıştır(17).

Psikiyatri hemşireliğinin gelişimi üzerinde inceleme yapan Nelson ve Schilke 1975 yılında, psikiyatri hemşireliği dışındaki hemşirelerin de bu alanda yetenek kazanmaları gerektiği üzerinde durmuşlar ve KLPH'nin rollerini açıklamışlardır: “KLPH acil hasta bakım sorunlarının çözümü yanı sıra, hemşirelerin gözlem, tanılama ve müdahale becerilerini iyileştirmeyi amaçlar, hemşirelere konsültasyon sağlar, rol modeli olarak hizmet eder, formal ve informal eğitim verir. Hasta olma ve hastaneye yatmanın oluşturduğu strese ve bunun sonucu yaşadığı krize hastanın verdiği tepkileri ve hasta ve ailesinin uyumunu değerlendirir. Hasta ve ailesine özgü psikiyatrik bakımı belirler ve doğrudan uygular. Sadece geleneksel olarak tanımlanmış psikiyatrik sorunlarda değil, aynı zamanda akut ve kronik fiziksel hastalığa verilen normal ve patolojik tepkileri değerlendirmede de uzmandır. KLPH hastayı fiziksel ve psikolojik ilişki fenomenine bakarak değerlendirir. Değerlendirme için; karmaşık verileri, sağlık bakım sistemindeki işlemleri, sorunları tanımlamada grup süreci ve sistem kuramını, görüşme ve karar verme süreçlerini kullanır. Ayrıca yazarlar, liyezon psikiyatrisi hemşiresinin özelliklerini de tanımlamışlardır. Bunlar;

- Hemşirelere danışmanlık yapabilmeyi,
- Hasta bakım ekibine eğitim verebilmeyi,
- Hastalara ve onların ailelerine doğrudan, özelleşmiş psikolojik bakım verebilmeyi,
- Hastalığa özgü normal ve patolojik tepkileri, psikiyatrik sorunları tanımlayabilmeyi,
- Hastanın ve ailesinin uyumunu sağlamayı,
- Fiziksel durum ve psikolojik tepkiler arasındaki ilişkiyi anlayabilmeyi,
- Sistem kuramı ve grup sürecinde bilgili olabilmeyi,
- Disiplinler arasında liyezonu yürütebilmeyi içerir (15,24,30).

Berarducci ve arkadaşları (1979), Boston'da üç ayrı bölgede üç ayrı idari tipte liyezon hemşireliği tanımlamışlardır. Birincisinde, hemşire psikiyatri kliniğinde tedavi ekibinin içinde yer almakta ve hemşirelik eğitimi ile araştırmalarını da yönlendirmektedir. İkincisinde, idari

sorumlulukları arka planda kalan, psikiyatri hemşireliği koordinatörlüğü görevini yerine getirmektedir. Üçüncüsünde ise, liyezon hemşiresi, hemşirelik personelinin tüm sorumluluğunu üstlenen hemşirelik yönetimi birimine bağlı olmakta, burada klinik sorumlu uzmanı (clinical specialist) görevini yürütmektedir (17,24).

1970’lerde ABD’de bu alanda çalışan hemşirelere “liyezon hemşiresi” denilirken, 1980’lerde “ruh sağlığı hemşire konsültanı” adı kullanılmaya başlanmıştır. Bunun nedeni, hemşirenin yalnızca hastalıkla değil, aynı zamanda sağlığın yükseltilmesi, geliştirilmesi, insan ilişkileri, örgütlerin yönetimi ve gelişmeleri alanındaki konsültasyonlarla da ilgilenmeleridir. Bu açıdan bakıldığında; liyezon hemşireliği uygulama alanı yalnızca hastanelerle sınırlı değildir. Hastaneden taburcu olan hastanın izlenmesi ve bakımının sürdürülmesi için bölge hemşiresiyle temasa geçmekte ve hastayla ilgili bilgileri aktarmaktadır. Sahada ev halkına, iş yeri ve okullara yönelik olarak halk sağlığı alanında çalışan hemşirelere, buralardaki bireylere ve çevrelerine danışmanlık hizmeti vermektedirler. Liyezon hemşireleri toplum içinde yaygın olan “Ruh Sağlığı Merkezleri”ne gelen bireylere yaşadıkları sorun veya kriz durumlarıyla daha etkili nasıl baş edecekleri konusunda yardımcı olmaktadır. Ayrıca yaşlılar, çocuklar, göçmenler, işkence kurbanları, kadınlar gibi özel gruplarla da çalışarak danışmanlık hizmetlerinin yanı sıra fiziksel sağlık bakım hizmeti de vermektedirler (15,30).

1980’lerdeki çalışmalara ve yayınlara bakıldığında, sıklıkla hemşire-hasta iletişimi ve ilişkisi üzerinde durulmaya başlandığı görülmektedir. Lipowski psikiyatri konsültasyonlarının en yaygın olarak “hasta ve bakım veren arasındaki iletişim sorunları” nedeniyle istendiğini, bunun da liyezon hemşirelerinin rolünü ortaya çıkardığını ifade etmiştir. Lipowski, liyezon psikiyatrisi hemşiresinin psikososyal hasta bakım standartlarını yükseltmeye yardım ettiğini, dâhiliye ve cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelere danışmanlık yaptığını, bu hemşirelerin hastaların psikolojik gereksinimlerine duyarlılığını ve uyumsuz davranışı olan hastalara karşı toleransını arttırdığını bildirmiştir. 1981 yılında Clemence’in yaptığı çalışmada KLPH’nin rolü “etkili kişiler arası iletişimi ve ilişkiyi kolaylaştırıcı” olarak tanımlanmıştır. Hemşirelere kişiler arası çatışmaların çözümlenmesinde yardımcı olmaları, hasta bakım planı hakkında danışmanlık sağlamaları ve hemşirelik bakım planında rol modeli olmaları gibi işlevlerin beklendiği açıklanmıştır. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşiresinin yardımı; etkili iletişim becerilerini, bilinçli ve profesyonel bir tutumu gerektirir (1,24,30).

Robinson’a göre KLP hemşiresi hastalığa uyum sağlama amacına yönelik olarak; hastaların sorun çözme kapasitesini destekler, baş etme davranışlarını artırır ve etkin kılar. Hemşirelerin de davranışlarını değiştirmeye çalışır. KLP hemşiresi; patolojiden çok hemşire-

hasta ilişkisini yönlendiren, hasta davranışlarına yansıyan hemşire ve hasta arasındaki kişiler arası sorunlara odaklanan ve kişisel olarak hastaların uyumu ile ilgilenen kişidir. Robinson, KLP hemşiresinin temel amacını “hastalığı iyileştirmekten çok, hastanın hastalığa uyumunu sağlamak ve deneyimlerini ele almak” biçiminde tanımlamıştır (23,24,30).

Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşiresi, kliniklerde hastaların sorun çözme kapasitelerini doğrudan destekler, etkili baş etme davranışları kazanmalarına rehberlik eder. Hemşireler, bireyin sağlık düzeyini ve yardım arama davranışlarını arttırmanın yanı sıra, kişiliğindeki güçlü yönleri tanınmasına da yardım eder. Sorun çözmede, baş etmeyi kolaylaştırmada veya kliniğe uyumda en üst düzeyi hedefler. Hemşire konsültanlar, hastanın sağlık durumunu en üst düzeye çıkarmaları amacıyla hemşirelik girişimlerinde öneriler geliştirir ve bakım planı uygular. Ayrıca mümkün olduğunca hastanın tedavisinin içerdiği ilaçların etki ve yan etkilerini gözler ve ilaç etkileşimleri konusunda uyanık olur (1,23,24).

Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşirelerinin rollerini tanımlamaya ve geliştirmeye yönelik ilk bilimsel toplantı 1987 yılının Nisan ayında, Chicago’da yapılmış, 100 konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşiresi katılmıştır. Aynı yıl, oluşturulan bir grup, uygulama standartları üzerinde çalışmıştır (17,24,30).

Lipowski, ekibe; liyezon psikiyatrisi hemşiresi katıldığından bu yana, psikiyatride gönderilen hasta sayısının ve hasta ile sağlık elemanı arasındaki çatışmalara girişim sayısının arttığını yazmıştır. Massachusetts General Hospital’da konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliğinin ilk denemeleri sonucunda, iletişimin iyileştiği ve hemşirelerin;

- Hastaların psikiyatrik durumlarıyla ilgili farkındalıklarının arttığı,
- Hastaların gereksinimlerini karşılamada becerilerinin arttığı,
- İş memnuniyetlerinin yükseldiği,
- Konsültasyon isteklerinin nitelik ve niceliğinin arttığı,
- Konsültasyon hizmeti için formal eğitime gereksinimlerinin olduğu saptanmıştır (24,30).

1990’lı yıllara bakıldığında, konsültasyon liyezon psikiyatrisinin odağının; psikiyatri dışındaki sağlık bakım alanlarında yatan hastalarda psikiyatrik sorunların önlenmesi, bakımı, tedavisi olduğu belirtilmektedir. Burada genel amacın; fiziksel hastalığa olumsuz tepkileri değiştirmek, hastalar ve hemşireler arasında iç kontrol duygusunu geliştirerek ruh sağlığı düzeyini arttırmak olduğu bildirilmektedir. Hastaların ve ailelerinin uygun bakımı almaları ve

tanımlanan gereksinimlerinin karşılanması için multidisipliner ekip yaklaşımının kullanılmasının gerekliliği vurgulanmaktadır. Liyezon hemşiresi, hastaların ve sağlık elemanlarının olumsuz ve abartılı algılamalarını değiştirerek deneyimlerinden öğrenmelerini sağlar ve kişiler arası ilişkilerin önemi üzerinde durur. KLPH danışanlara yeni bilgiler sağlar, destek olur, rehberlik yapar, elemanların mevcut sorunları çözmelerine yardım eder, gelecekte benzer durumları çözmelerini sağlar (15,24).

Robinson, KLP hemşirelerinin klinik sorunlar üzerinde yoğunlaşmalarının yetmediğini, daha çok sistem ve sistem içindeki sorun ve güçlüklerle de müdahale edecek biçimde özelleşmelerinin gerektiğini vurgulamaktadır. KLP hemşirelerinin oluşturduğu sistem; hastaya bakım veren hemşirenin değişimini ve gelişimini sağlayarak hasta bakım kalitesini artırmaktadır. Psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerin ruh sağlığı ve psikiyatrik sorunlarıyla ilgilenmek, KLP hemşirelerinin diğer bir önemli görev alanı olarak ortaya çıkmaktadır (23,28).

1990'larda bu alandaki önemli bir gelişme de, American Nurses Association (ANA)'nin, KLP hemşirelerini resmi olarak tanıması ve uygulama standartlarını kabul etmesidir. ANA'ya göre KLP hemşireleri; hastalara ve ailelerine doğrudan bakım verir, hemşirelerle ve sağlık bakımı veren diğer çalışanlarla konsültatif, işbirlikçi, eğitici ilişki içindedir. Ayrıca rolleri;

1. Klinik uygulamada biyo-psiko-sosyal etkileşimi göz önüne almak,
2. Girişimlerde önleyici yaklaşımlarda bulunmak,
3. Sağlık bakım sistemi içinde kişisel ve profesyonel faktörlerin karşılıklı etkileşimi biçiminde özetlemiştir (24,27,30,).

American Nurses Association(ANA), KLP hemşiresinin psikiyatri hemşireliğinde master derecesi gerektirdiğini de bildirmiştir. KLP hemşiresi; ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinde derin bilgi, beceri ve yeteneğe sahip, aynı zamanda yaratıcı ve öğrenmeye istekli bir psikiyatri hemşiresi olmalıdır. Psikiyatri hemşireliğinde deneyimli olduğu kadar, dahiliye ve cerrahi hemşireliğinde klinik deneyime sahip, hemşirelik, psikiyatri, sosyoloji, organize davranış, psikoloji, psikofizyoloji, stres, iletişim, baş etme, uyum kuramları, danışmanlık, grup süreci, sistem kuramı, krize müdahale yöntemleri, öğrenme ve konsültasyon kuramlarının sentezini yapabilen, kapsamlı hemşirelik bakımı vermek için bu bilgisini genel sağlık alanlarına entegre edebilen kişidir (15,24,30).

1995 yılında Regel ve Davies KLP hemşiresinin rolünü; konsültasyon, klinik süpervizyon, sağlık elemanlarına destek ve araştırmanın bir bileşimi olarak tanımlamıştır.

KLP hemşiresi, uygulama alanında doğrudan hasta bakımı verebildiği gibi doğrudan hasta bakımı verenlere danışman olarak da hizmet edebilir. Hemşire ve diğer sağlık bakımı verenlere eğitim verebilir, onlarla işbirliği yapabilir, kişiler arası iletişimlerini iyileştirebilir ve çatışmaları azaltmak için sağlık elemanlarıyla çalışabilir, akıl ve ruh sağlığı hemşireliğini geliştirmeye yönelik araştırmalar yapabilir. Böylece hasta bakım sürecini ve sonucunu iyileştirir, maliyet etkinliğini sağlar, hemşirelerin yaşadığı duygusal gerginliği azaltır, iş doyumunu artırır. KLP hemşiresi bağımsız olarak çalışabilir veya psikiyatristlerin de bulunduğu geniş psikiyatrik konsültasyon grubunun bir parçasını oluşturabilir (27,30,62,71).

Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşiresi ruh sağlığı sorunu olan hastaların entegre ve holistik bakım almaları amacıyla, psikiyatri dışı genel hastane servislerinde çalışan hemşirelere ve diğer sağlık bakım elemanlarına ruh sağlığı hemşireliği danışmanlığı verir. Her bir danışmanlık sağlık elemanlarının ruhsal sorunu olan hastaya etkin bir şekilde müdahale edebilmesini kolaylaştırmayı amaçlar. Bunun için hasta ve onunla ilgili olanlarla doğrudan ya da primer tedavi ekibine yardım ederek dolaylı çalışır (32,33).

Konsültasyon liyezon psikiyatri hemşiresinin uygulandığı alan yalnızca hastanelere sınırlı değildir. KLPH'leri geniş bir uygulama alanına sahiptir. Uygulama alanı, primer korumadan, müdahale ve rehabilitasyona kadar uzanır. Hemşirenin etkinlikleri arasında; yüksek risk taşıyan grupların tanımlanması, gelişimsel ve durumsal krizler için bireysel ya da grup danışmanlığı, hastaneden taburcu olan hastaların izlenmesi ve bakımlarının sürdürülmesi, sahada ev halkına, iş yeri ve okullardaki bireylere ve çevrelerine ve halk sağlığı hemşirelerine danışmanlık sayılabilir (15,23).

Bu gelişmelerin ışığında son yıllarda yapılan çalışmalara bakıldığında, genel kliniklerde çalışan sağlık elemanları tarafından en sıklıkla; anksiyete, depresyon, yas ve kayıp, kendine zarar verme riski, çatışma, tedaviye uyum sorunları, kognitif bozukluklar, agresyon, psikiyatrik komorbidite, yaşamı sonlandırma konusunda karar verme gibi sorunlarda konsültasyon istendiği bildirilmiştir. KLPH'nin hasta bakım sürecini iyileştirdiği ve sonuçların maliyet etkinliğini sağladığı saptanmıştır. Bu çalışmalarda ayrıca KLPH'nin doğrudan ve dolaylı olmak üzere binden fazla girişimde bulunduğu belirtilmiştir. Girişimler arasında; tanılama, gereksinimlerin gözlenmesi, öneride bulunma, rehberlik etme, destekleyici danışmanlık, eğitim, hemşirelik bakım planı geliştirme, konsültasyon liyezon psikiyatrisinden konsültasyon istenmesi en sık yer alanlarıdır. Bu girişimler, aileyi ve diğer önemli kişileri de kapsamaktadır (30).

Benzer çalışmalarla KLPH girişimlerinin; hastayı tanılama, krize müdahale, hastalara sorunlarıyla baş etme, sorun çözme, anksiyete yönetimi, hastalığı algılamalarını değiştirmede yardımcı olma ve diğer bakım verenlere danışmanlık, eğitim ve ilişkileri geliştirmeyi içerdiği bildirilmiştir. KLPH, hemşire ile hasta arasında ortaya çıkan çatışmaların çözümlenmesinde yardımcı olabilir, hasta-aile-hemşire arasındaki iletişime katkıda bulunabilir, kontrol edilmesi zor durumlar hakkında hemşirelerin duygularını ifade etmelerine olanak sağlayabilir, ekip içi çatışma yaşandığında veya güç durumlarla başa çıkmalarında yardımcı olabilir. Hasta ve ailelerine destek ve danışmanlık verebilir. Başka bir çalışmada KLPH'nin, hasta ve aileleri için psikoterapötik müdahaleler sağladığı, sağlık çalışanlarına danışmanlık yaptığı, sistemdeki sorun ve işlemler hakkında yardımcı olduğu, araştırma aktivite ve eğitim programlarında yer aldığı bildirilmiştir. KLPH bu yönüyle, hasta-aile-sağlık çalışanları ve sağlık sistemi etkileşimi üzerinde durarak hasta ve aile memnuniyetine katkıda bulunur (24,62).

Günümüzde KLP hizmetleri, genel sistem kuramı anlayışına dayanan hastane psikiyatrisi modeli içinde; klinik uygulama alanı, kavramları, araştırma yöntemi, tıp ve psikiyatri eğitimine sağladığı katkı, kendine özgü psikiyatrik liyezon hizmeti anlayışı ve tedavi yöntemleri ile klinik bir disiplin olarak kurumsallaşmıştır. Psikiyatrist, psikiyatri hemşiresi, psikolog ve sosyal çalışmacı bu hizmeti veren ekibi oluşturan üyelerdendir (5,9,24).

2.2.2.Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliğinin Roller

Konsültasyon liyezon psikiyatri hemşiresi, hastaların ve sağlık çalışanlarının olumsuz algılarını değiştirerek deneyimlerinden öğrenmelerini sağlar ve kişilerarası ilişkilerin önemi üzerinde durur. KLPH danışanlara yeni bilgiler sağlar, destek olur, rehberlik yapar, çalışanların mevcut sorunları çözmelerine yardım eder, gelecekte benzer durumlarda sorun çözme gücünü artırmalarını sağlar. KLPH'nin yardımı; etkin iletişim bilgi ve becerisi ve bilinçli bir profesyonel tutum gerektirir (1,23,31).

Konsültasyon liyezon psikiyatri hemşiresinin rol ve fonksiyonlarını içeren dört majör kategorinin baş harfleri CARE sözcüğünü oluşturmaktadır. Uygulamada bu roller birbirinin içine geçmiştir.

C- Clinical (Klinik)

A- Administrate (Yönetim-İdari)

R- Research (Araştırma)

E- Education (Eğitim)

2.2.2.1.Klinik Rolü

Konsültasyon liyezon psikiyatri hemşiresinin klinik rolü, konsültasyon istekleri ve liyezon bağlamında gerçekleştirilir.

Konsültasyon; iki profesyonel arasındaki bir etkileşim yöntemidir. Danışan kişinin isteğine yanıt olarak; hastanın ruhsal durumunun ve davranışının uzman biri tarafından değerlendirilip, tedavisine yardımcı olacak görüş ve önerilerinin iletilmesi demektir. Danışan; bir konuda zorlanan ve günlük yaşayan kişidir ve ilişki danışan yardıma gereksinim duyduğunda başlar, bu formal bir ilişkidir (1,27,30,64).

Konsültasyon; genelde, danışman tarafından belirli bir değişikliğin sağlandığı sorun-çözme yaklaşımı üzerine kuruludur. Lipit ve Lippitt bunu şu şekilde tanımlamaktadır: “Danışmanlığın temel amacı; öğrenmek, değişim ve büyüme”. Geleneksel olarak danışman; uzmanlık alanına giren durumlar için çözümler belirleyen, uzmanlık alanının bilgi ve yeteneklerine sahip kişi olarak görülür. Danışmanlık esasen yardım etme eylemidir (64).

Konsültasyonda hemşirenin amaçları;

- Klinik uygulamada; akıl ve ruh sağlığı kavramlarını ve uygulamalarını öğretmek ve geliştirmek,
- Hastaların psikososyal bakım almalarını sağlamak,
- Etkin ve uygun psikiyatri hemşireliği girişimlerini gerçekleştirmek,
- Kaliteli hemşirelik bakımı sağlanmasında ve sürdürülmesinde hemşireleri desteklemek,
- Hemşirelerin mesleki ve kişisel benlik saygılarını arttırmak,
- Çözülmemiş görünen bakım sorunlarıyla baş etmeyi cesaretlendirmek ve kabulünü sağlamaya yardımcı olmaktır (1,31) .

Konsültasyon liyezon psikiyatri hemşiresinin konsültasyon becerileri;

- Fiziksel hastalığa özgü patolojik ve psikolojik tepkilerini, hastalık davranışını ve tedaviye karşı tutumunu, psikososyal uyumunu tanılama ve görüşme becerilerini içerir.
- Belirli alanlarda danışmanlık becerisini, problem çözme, destekleyici psikoterapi ve cesaretlendirme gibi becerileri içerir.
- Bilişsel ve davranışçı terapi gibi psikolojik girişimleri, aileye doğrudan girişimi ve eğitimi içerir (30).

Literatürde, hedef popülasyon ve amaçları yönüyle farklılık gösteren konsültasyon çeşitleri belirtilmiştir. Bunlar; hasta odaklı, danışan odaklı ve sistem-organizasyon odaklı konsültasyon olmak üzere üç başlıkta toplanmaktadır (1,30).

Hasta merkezli konsültasyona aynı zamanda doğrudan konsültasyon da denir ve hastanın sorununa odaklıdır. Hasta odaklı istekler; genellikle psikosomatik hastalıklar, davranış sorunları, etkisiz baş etme, ölüm ve yas gibi zorlanılan psikososyal sorunlarla ilgilidir (1). Genelde biopsikososyal bir yaklaşımla uygun bir şekilde ele alınır (63). Zihinsel sağlığın değerlendirilmesi, hemşirelik tanıları, tedavi ve değerlendirme alanında psikososyal terapist olan hemşire otonom bir çalışma yürütür (31). Bu tip konsültasyonda ilk amaç, hastaya nasıl yardım edilebileceği hakkında danışanla iletişime geçmektir (1). Etkileşim temel olarak danışana destek olma hedefine odaklanır (31). Hemşire; duygusal gereksinimleri karşılamak için, duruma bağlı duyguları tanımlamaya yardım eder, çevredeki yardım kaynaklarını-destek güçlerini harekete geçirir, durumu algılayışını değerlendirir, gerekirse düzeltir, sorun-çözme basamaklarını, uygun baş etme becerilerini kullanmaya yöneltir (40). İkinci amaç, gelecekte benzer sorunlarla karşılaştığında, hemşirenin burada öğrendiği kavramları yeni duruma uygulama becerisini geliştirmektir (1). Yani, danışanın kendi kendini yönetmesi ve sorun çözer hale gelmesi, kendini tanıması ve dolayısıyla kendini gerçekleştirme hedeflenir (40). Burada bakım sorumluluğu ve karar danışanıdır (30).

Doğrudan konsültasyonda konsültasyon liyezon psikiyatri hemşiresi doğrudan bakımı üstlenir. Doğrudan bakım gerektiren durumlar şunlardır:

1. Sorun belirgin değil, karmaşıksa,
2. Gerekli olan girişimler danışanın (primer tedavi ekibi veya hemşire) uzmanlık alanının dışındaysa,
3. Danışanın anksiyetesi yüksekse,

4. Danışan katı bir şekilde direnç gösteriyorsa,
5. Danışan bakım planını tamamlayacak beceriye sahip değilse,
6. Klinikte hastaya/aileye gerekli zamanı ayıracak yeterli eleman yoksa,
7. Fiziksel hastalığı ya da yakınması olan hasta ile tedavi ekibi arasında tedaviyi aksatacak düzeyde uyumsuzluk ya da öfke, şiddet oluşturan nedenler varsa,
8. Benzer sorunlar aynı danışan ile daha önceden yaşanmışsa,
9. İntihar riski, organ veya fonksiyon kaybı, major psikiyatrik bir bozukluğun saptanması gibi sorunlar, danışmanın özel ilgisini gerektiriyorsa,
10. Dolaylı bakım modeli başarısızsa ... doğrudan bakım hizmeti seçilir (28).

Danışan merkezli konsültasyona dolaylı konsültasyon da denir. Hemşirenin, hastaya bakım verirken yaşadığı güçlüğü anlamasını sağlamaya odaklanır. Burada amaç danışanın fonksiyonunu geliştirmektir. KLPH, klinikte çalışan hemşirenin karşılaştığı sorunları saptar, ortaya koyarak, atılganlık, tükenmişlik sendromundan kurtulma ve etkili baş etme yöntemleri kullanarak çözmesi için yardımcı olur (1,31).

Dolaylı konsültasyonda dolaylı bakım verilir. Dolaylı bakım gerektiren durumlar;

1. Sorun açıksa ve kolaylıkla belirlenebilmişse,
2. Danışan yalnızca bakım planını oluşturmak için danışmanın görüş ve desteğine gerek duyuyorsa,
3. Danışanın anksiyetesi yüksek değilse,
4. Danışanın motivasyonu ve klinik becerisi gerekli girişimleri uygulamada yeterliyse,
5. Danışan gerekli girişimleri uygulamada direnç göstermiyorsa,
6. Sorun hasta odaklı değilse,
7. Doğrudan bakım modeli başarısızsa... dolaylı bakım hizmeti seçilir (28).

Sistem odaklı konsültasyonda yardım isteği genellikle yöneticiden gelir. Konsültasyon isteği daha çok; iletişim, kişilerarası ilişkiler ve karar verme güçlüğü gibi sorunları içerir (1,30). Konsültasyon çeşitleri ve özellikleri çizelge 2.2.2.1.1.'de özetlenmiştir.

Çizelge 2.1. Konsültasyon Çeşitleri ve Özellikleri

Tipi	Odağı	Amacı	Primer sorumlu	Örnek
Hasta odaklı	Konsültan, hasta, hastanın ailesi, çevresi veya bakım verici ile çalışır	Aktif olarak kayıp, yas, beden imgesinde değişim, öfke, ölüm gibi ruhsal gereksinimlerine müdahale etmek ve bakım verenlerin girişimlerini kolaylaştırmaktır	Hasta ailesi, bakım verici	Mastektomi olan bir hastanın beden imgesinde değişim sorunu ile uğraşma, MI geçiren hastanın anksiyetesini azaltma, DM gibi kronik bir hastalığı olan hastanın uyumunu sağlama vb...
Danışan odaklı	Konsültan, sağlık çalışanları, yöneticiler, danışan kişi veya gruplar ile çalışır	Sağlık çalışanlarının yeni role uyumlarını sağlamak, iş yükünün stresi, çoğul ölümler gibi ruhsal gereksinimleri ile uğraşmak, yöneticilerin müdahalelerini kolaylaştırmak, aktif olarak danışana müdahale etmektir	Sağlık çalışanları, yöneticiler, bir veya daha fazla grup üyeleri	İş yükü nedeniyle işten ayrılmayı düşünen sağlık çalışanları, İş yükünü paylaşmayan sağlık çalışanlarının yüzleşmesine yardım, Rol tanımları ve grup normlarını tanımlamaya yardım, Uzun süreli bakım verilen hastanın ölümü ile uğraşmaya yönelik sağlık çalışanları ile grup tartışması, balint gruplar* vb...
Sistem Odaklı	Konsültan doğrudan yöneticilerle çalışır	Çalışanların ruhsal sağlığına temellenen programların geliştirilmesinde aktif olarak rol almak veya yöneticilere yardım etmek	Yöneticiler, idareciler	Stres yönetim programları vb...

* Sağlık çalışanlarının hastalarla ilgili duygularını ifade ettikleri gruplar

Son yıllarda farklı kurumlarda, farklı tarihsel ve politik gerçekler farklı konsültasyon modellerinin geliştirilmesine neden olmuştur (36). Bu modellerden bir tanesinde; KLPH liyezon ekibinin dışında hemşirelik hizmetleri yönetimiyle çalışır. Bir diğerinde ise; psikiyatrinden süpervizyon alarak, genel klinik çalışanlarıyla birlikte görev yapar ve destekleyici terapist olarak fonksiyon görür (34,35).

Liyezon; etkin işbirliği ve iletişimi arttırmak, hasta ve bakım verenler arasındaki çatışmaları azaltmak için sağlık elemanlarının ilişkisi anlamında kullanılır. Fiziksel hastalık

ve tedavilerin bağlantısı içinde psikolojik ve sosyal faktörlerin karşılıklı ilişkisini paylaşma sürecidir, ayrıca bir öğrenme süreci olarak da görülür. Son zamanlarda liyezon terimi, konsültasyon liyezon psikiyatrisinin kısaltması ve hastalar ile sağlık elemanları arasındaki iletişimi devam ettirme, çatışmaları çözme, psikiyatrik ve psikososyal problemleri tanımlama, yönetme için elemanların eğitimini ve yardımını amaçlayan tıbbi ve cerrahi ünitelerde çalışanlar ile psikiyatrist (veya diğer ruh sağlığı elemanları) arasındaki düzenli işbirliğini ifade etmek için de kullanılmaktadır. Liyezon, genel hastane ortamında hastanın psikososyal gereksinimleri, en pratik ve ekonomik bir yöntemle profesyonel bütüncül sağlık bakımının elde edilebilmesi gereksinimlerinden ortaya çıkmış, konsültatif yöntemden gelişmiş bir modeldir(15,27,30,35,70).

Liyezon psikiyatrisi modeli, tıp ile psikiyatri arasında kavramsal ve klinik bir köprü ve yaklaşma sağlar. Böylece tıbbi, psikiyatrik ve psikososyal hizmetlerin bütünleşmesine, eş zamanlı sunulmasına, kavramsal güçlüklerin aşılmasına ve eğitime katkı sağlar. Rutin konsültasyon ve görüş bildirmenin ötesinde, fiziksel hastalığa sahip hastaların tedavi ve bakımında ortak hasta izlenmesini içerir. Liyezon rolü devamlı ve informaldır. Liyezon bağlamında yakın işbirliği, psikopatolojinin erken tanınmasına, önlenmesine, fiziksel tedavi ile psikiyatrik bakım ve tedavinin bütünleştirilmesine ve eğitime önemli katkı sağlar. Zamanla liyezon hemşiresinin rolü sadece hasta ve ailelerin gereksinimleri değil, aynı zamanda sağlık elemanlarının da gereksinimlerine doğru genişlemiştir (15,31).

Liyezon; hastanelerde hastanın psikososyal gereksinimlerinin, en pratik ve ekonomik bir yöntemle holistik sağlık bakımının elde edilmesi amacıyla ortaya çıkmış ve konsültasyon yönteminden geliştirilmiş bir modeldir. KLP hizmetinde liyezon çalışmasının; konsültasyona göre daha etkin olduğu ifade edilmekle birlikte, konsültasyon ve liyezon hizmetinin birbirini tamamladığı da vurgulanmaktadır. Bu konuda yapılan bir çalışmada; acil sorunlar için konsültasyonun çok önemli olduğu, ancak risk altındaki grubu tanıma, hastalıkları önleme, vakayı ortaya çıkarma, bakım verenlerin durumunu açıklama, sürekli eğitim programlarının yürütülmesi ve genel hastanede yapısal değişimler gibi liyezon çalışmalarının ise daha geniş etkiye sahip olduğu belirtilmektedir(1).

Liyezon modelinde hemşirenin amaçları;

- Birincil, ikincil ve üçüncül hizmetlerin tümünde işlev görmek,
- Psikososyal sorunları ve psikiyatrik bozuklukları erken saptamak,
- Hastaya terapötik bir ortam ve tedavi ekibi ile işbirliği sağlamak,
- Hastalara doğrudan ya da dolaylı psikososyal bakım sunmak,

- Hastanın olduğu kadar, diğer bakım verenlerin de durumuna odaklanmak,
- Fiziksel hastalığı olan hastalara bakım veren hemşirelerin; hastanın psikolojik gereksinimlerini daha iyi ele alabilmeleri için, bilgi ve becerilerini arttırmaya yönelik eğitim programları düzenlemektir.

Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşiresinin liyezon becerileri;

1. Öncelikle formal ve informal eğitimi içerir.
2. Hemşire ve hasta arasında yaşanan çatışmaların çözümlenmesine yardım edebilir,
3. Hasta-aile-hemşire arasında iletişime katkıda bulunabilir,
4. Kontrol edilmesi zor durumlar hakkında hemşirelerin duygularını ifade etmesine olanak verebilir,
5. Ekip içi çatışma ortaya çıktığında veya güç durumlarla başa çıkmalarında yardım edebilir,
6. Hasta ve ailesine destek ve danışmanlık verebilir. Liyezon psikiyatrisi modellerinin tümünde KLPH, doğrudan tanılama yapar ve hemşirelik tanısı koyar (30,34,35,36).

Liyezon modeli uygulamasında öncelikli klinikler;

- Psikiyatrik morbiditenin ve psikososyal sorunların en fazla olduğu,
- Acil psikiyatrik müdahalenin gerektiği,
- Çalışanların baş etme güçlüğü yaşadıkları birimler,
- Hastaların klinik gereksinimleri,
- İlgili kliniğin yapısal ve işlevsel düzeyi,
- Klinik çalışanlarının eğitim gereksinimleri ...dikkate alınarak saptanır (31).

Konsültasyon ile liyezon arasında bazı farklar olduğu yukarıda belirtilmiştir. Bu farklar çizelge 2.2.'de verilmiştir.

Çizelge 2.2. Konsültasyon ile Liyezon Arasındaki Farklar

	Konsültasyon	Liyezon
İlişkinin Tipi	Aralıklı, kısa ve formal ilişkiyi danışan başlatır.	Devamlı, informal ilişkiyi danışan veya konsültan başlatabilir.
İlgililerin Kesin Kararı	İlişkinin bir odağı vardır, önerilerde bulunulur.	Girişim gerektiren hastaları tanımlar ve bakımlarının yararını arttırabilir.
Hastaların Bakım Sorumluluğu	Sorumluluk danışanıdır. Danışan yardım isteğinde bulunur, konsültanın önerilerini alır hepsini ya da bir kısmını kabul eder.	Konsültan süreç boyunca danışan ile işbirliği içindedir, bir ölçüde sorumluluğu paylaşır.
Amaç	Hastanın psikiyatrik durumunu değerlendirmek, gerekli tedavi ve bakımı için önerilerde bulunmaktır.	Hastanın psikiyatrik bozukluğunun önlenmesi, Hastalık durumunda tanı, tedavi ve bakımı sağlamak, hasta ve tedavi ekibi arasında uzlaştırıcı olmak, eğitim için en üst düzeyde çalışma ortamı oluşturmak.
Hedef Popülasyon	Hasta ya da danışan	Klinikteki tüm hastalar, aileleri, sağlık çalışanları, hasta ve sağlık çalışanlarını etkileyen yöneticiler
Etkinlik ve Girişimler	Hastanın değerlendirilmesi, tanı ve tedavi için önerilerde bulunma, kayıt altına alma	Tedavi ekibi ile eğitim programları oluşturmak, çalışan ve hastalarla ilgili sorunları ele almak, danışmanlık yapmak, formal ve informal yollarla sağlık çalışanlarıyla ilişki kurmak, hemşirelik girişimleri planlamak, doğrudan veya dolaylı uygulama yapmak

Liyezon sürecinde, her iki tarafın da beklentilerinin tanımlanması gerektiği açıktır. Bu nedenle liyezon süreci nasıl yürütüleceği belirlenmelidir. İnfomal liyezon süreci, hem hizmeti alanın hem de verenin süreç içinde yer alması ve ilişkinin temel kurallarının

sürdürülmesidir. Formal liyazon süreci; liyazon hemşiresi ile hizmeti alan arasında yazılı bir anlaşmayla yönlendirilir ve değerlendirilir. Eğer hizmet isteği telefon ya da yüz yüze iletişim gibi informal kanallar aracılığıyla gelirse; hemşire, liyazon etkinliği için verilen izin açık tanımlamasına gereksinim duyar. Bu nedenle anlaşmayı yazılı olarak istemenin gerisinde yatan amaç, taraflar arasındaki anlaşmazlıkları ya da yanlış anlamaları önlemektir (31).

Konsültasyon liyazon psikiyatrisi hemşiresi tarafından izlenen hasta grubu, KL psikiyatristi tarafından izlenenden farklıdır. Psikiyatristler daha çok hukuksal konular hakkındaki sorunlar için, liyazon hemşireleri ise ölmek üzere olan hastalar ve onların ailelerine yardım için çağrılırlar. Psikiyatristler daha çok yoğun bakım, transplantasyon, kadın doğum ünitelerine, hemşireler daha çok ortopedi, yanık, nöroloji üniteleine hizmet götürürler. Hemşireler sıklıkla onkoloji ünitesiyle çalışırlar ve ölümle ilgili sorunları içeren durumlarda hastanın ailesine ve sağlık çalışanlarına destek olurlar (28,30).

2.2.2.2.Eğitim Rolü

Eğitim işlevleri; koruyucu sağlık, psikososyal tıp anlayışının yaygınlaştırılması, tedavi ve bakımın niteliğinin artırılması, hastalıkların tedavilerinin psikiyatrik komplikasyonların önlenmesi veya erken fark edilmesi, tedavi edici ortamın oluşturulması gibi durumlarda önemli yere sahiptir. Eğitim, hastaya bakım verenlerin bakım verme kapasitelerini iyileştirmelerine olanak sağlar (1,31,34).

Eğitim oturumları; duygu, düşünce, yanlış anlama, fantezi ve inhibisyonları ortaya çıkarır. Psikolojik sorunların tartışılması, hastanelerde gereken yapısal değişimlerin incelenmesine yol açabilir. Her bir konsültasyonun eğitim değeri olduğu, eğitim için vaka yönetiminin kullanılması, daha fazla yapılandırılmış eğitimler, KLP çalışanının rol modeli olması, haftada bir kez yapılan düzenli grup oturumları, psikososyal ve fiziksel faktörler arasındaki ilişki ve bazı elemanların tutumları, bu tutumların yarattığı çatışmaların tartışılması yer alabilir. Bu şekilde formal ve informal olarak yürütülen eğitimler tıbbi ve psikososyal görüşmeyi, tanılamayı, değerlendirmeyi, tıbbi hastalığın yönetimini artırır. Böylece hemşirelerin hastanın davranışlarını anlamalarına, psikoterapötik ilişki kurma becerilerinin gelişmesine, kendi durumlarının farkına varmalarına, hastanın hastalığa ve tedaviye uyumunu sağlamasına ve rehabilitasyonuna yardım eder (30,36).

Konsültasyon liyazon psikiyatrisi hemşiresi hasta, aile ve hemşirelerin eğitiminde rol alır. Fiziksel hastalığı olan hasta ve yakınlarının;

- Gösterdikleri tepkileri fark etmelerine, tanımlarına ve tanımlamalarına
- Yaşadıkları sorunlarla etkin baş etmelerine,
- Hastalığa uyum sağlamalarına,
- Psikiyatrik belirtilerin erken tanınmasına ve yardım alabilmelerine,
- Yaşadıkları sorunları ifade edebilmelerine,
- Hastaya ve aileye olumsuz haberin alıştırılarak verilmesine dönüktür (15,31,38).

Klinikte çalışan hemşirelerin;

- Hasta ve aile ile iletişimlerine,
- Hastanın gösterdiği tepkileri tanıyabilmelerine,
- Bakımı psikolojik boyutlarıyla ele alabilmelerine,
- Bütüncül bakış açısı geliştirmelerine,
- Çözümlemesi güç klinik sorunların analizi, yas, anksiyete, kriz, intihar gibi konularda hemşirelerin aydınlatılmasına,
- Klinik uygulamada ruh sağlığı kavram ve uygulamalarının öğretilmesine,
- Uygun psikiyatrik ve hemşirelik girişimlerinin geliştirilmesine,
- Hemşirelik bakımının sağlanmasında ve sürdürülmesinde hemşirelerin desteklenmesine,
- Hemşirenin mesleki ve kişisel benlik saygısının geliştirilmesine,
- Çözümlemesi güç bakım sorunlarıyla etkin baş etmeye cesaretlendirme ve kabulünün sağlanmasına,
- Organik beyin sendromu, depresyon ve anksiyeteyi tanımaya, değerlendirebilmeye ve hemşirelik girişimlerinin uygulanmasına dönüktür (15,30,31,38).

2.2.2.3.Araştırma Rolü

Araştırma etkinlikleri; bu kimliği taşıyan, hastayı değerlendiren, girişimleri uygulayan ve değerlendiren KLPH olgusunun bir sonucu ve profesyonel bir sorumluluğudur. Klinik uygulama, veri toplama aktiviteleri, toplanan bilgilerin kesin ve ayrıntılı kaydedilerek muhafaza edilmesi KLPH'nin araştırma işlevleri arasındadır. Ayrıca, meslektaşlarının araştırma çabalarına destek verir ve teşvik eder. Girişim ve sonuçları değerlendiren araştırma bulguları ile hemşireliğin bilgi dağarcığına katkıda bulunur. Hastalık gelişimi ve mekanizmalarına ilişkin psikososyal araştırmalar, yeni ve ileri tedavi yöntemlerini

geliştirmektedir. KLPH yaptığı klinik araştırmalarla bu alanın teorik alt yapısını desteklemektedir (15,31).

Klinik araştırmalar liyezon psikiyatrisinin gelişimi için temeldir. Lipowski, fiziksel hastalıklarla psikopatoloji arasındaki ilişkiyi açıklayan, somatoform bozukluklar, deliryum, fiziksel durumu etkileyen psikolojik faktörler ve alışılmışın dışında hasta davranışları ile ilgili, ayrıca KLP hizmetlerinin değerlendirilmesine yönelik, hizmetin sonuçlarını gösteren çalışmalar yapılması gerektiğini belirtmiştir (1).

Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşiresinin rolü nispeten yenidir ve özellikle ülkemizde araştırma için yeni bir alandır. Ne zaman konsültasyona çağrılır?, Kimin için konsültasyona gider?, KLPH hangi problem için rol alır?, Danışanın beklentisi nedir?, Psikososyal bakımın etkinliği nedir? ... vb sorular açıklanır, hasta bakım fenomeni araştırılır, KLPH'nin rolünün etkisini ve etkinliğini ölçmek amaçlanır. KLPH çok sayıda hastaya ulaşabilir, dolayısıyla fiziksel hastalığa hastaların patolojik tepkileri kadar normal tepkilerini incelemek için ideal bir pozisyondadır. Adaptif ve maladaptif baş etmeyi ortaya çıkaran etkenleri tanımlar. Böyle bir bilgi, koruyucu girişimleri formüle etmede temel olacaktır (1,30).

2.2.2.4. Yönetim-İdari Rolü

Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşiresi bir değişim ajanı olarak rol alır. Örgüt ve bölüm düzeyinde politika saptanması ve komitelere üyelik idari fonksiyonudur. Sıklıkla, hastaların intihar riskinde, şiddet olasılığında, yaşam devamlılığında, geri çekilmede, alıkoymada kullanılan yasal ve etik olarak pek çok sorunun ele alınışında ve gözden geçirilmesinde önemli ipuçları ve öneriler getirebilir (30).

2.3. PSİKOSOSYAL BAKIM

Sağlık ve hastalık kavramı, uzun yıllar “fiziksel rahatsızlık” ya da “iyi oluş hali” olarak algılanmıştır. Geleneksel hastalık kuramlarına bakıldığında, insanın bir bütün olarak ele alınmadığı, yalnızca hasta olan organına ya da hastalığına odaklanıldığı görülmektedir. Ortaya atılan kuramlar sağlığı tek yönlü ele almıştır. Hipokrat'ın etkileşim kuramıyla, akıl ile bedenin birbirini etkilediğini savunmuştur. Hipokrat'ın bu kuramı geleneksel kuramların yetersizliğini ortaya koymuş ve yeni kuramların gelişmesine neden olmuştur. Christian

Smiths “holistik-bütüncül sağlık” kavramını ortaya atmıştır (7). İnsan biopsikososyal bir bütündür. Bu nedenle insana uygulanacak her türlü tedavide; fiziksel, psikolojik ve sosyal yön ele alınır ve bu üç alanın birbiriyle etkileşimi göz ardı edilmemelidir (12,102).

Fiziksel bakım, temel insan gereksinimlerini (solunum, beslenme, boşaltım, hareket, uyku vb.) tam olarak yerine getirmeyi hedefler (7). İnsanın temel gereksinimlerini tanımlayan Abraham Maslow, tabandan yukarıya doğru hiyerarşik bir düzen içinde olduğunu belirtmiş ve bu hiyerarşik düzenin ilk basamağında fizyolojik gereksinimlere yer vermiştir. Fizyolojik gereksinimler değişmezken, diğer gereksinimler zaman zaman değişir. Hastalık, stres ve kriz halleri bu gereksinimlerin karşılanmasından doğabildiği gibi, hastalıkla birlikte gereksinimler de farklılaşır. Hayati tehlike altındayken, fizyolojik gereksinimler daha ön planda tutulurken, tehlike geçince diğer gereksinimlere dikkat edilmeye başlanır (6,9). Diğer gereksinimler psikososyal bakımı içerir. Psikososyal bakımda hemşirenin; profesyonel yaklaşıma, duyarlılığa, hastalığın bileşenlerine, problem çözme becerilerine, hastalık bilgisine, iletişim beceri ve deneyimine sahip olması beklenir.

Fiziksel hastalığı olan kişilerin psikolojik bakımı; “hastayı anlamadan, hastalığı ve tepkileri anlayamayız” ve “yalnızca organlar ile değil, bir bütün olarak insanın tüm varlığı ile uğraşılması gerekir” anlayışını temel alır (5).

Tunmore bir psikolojik bakım modeli tanımlamıştır. Bu model; genel kliniklerde psikolojik bakım; temel iletişim ve tanılama becerileri, rutin-önleyici psikolojik bakım, özelleşmiş psikolojik girişim ve psikoterapi olmak üzere dört düzeyde açıklamıştır (10).

Psikolojik bakımın ilk düzeyindeki beceriler; uygun bilgi verme, görüşme, dinleme, empati becerilerini kullanarak hasta üzerindeki etkileri gözleyebilmeyi, psikolojik gereksinimleri tanımlayabilmeyi içeren temel iletişim ve tanılama becerileridir. Bunlar, hastalar veya onların aileleri/yakınlarıyla doğrudan ilişki kuran tüm disiplinlerdeki ekip üyeleri tarafından kullanılan, bakımın minimum standartlarını sağlamak için gerekli olan becerilerdir (10). Hastanın söylediklerinin ve sözlerden daha fazla şey ifade eden sözel olmayan (beden dili ve yüz ifadesi) davranışlarının farkında olunmalıdır. Kişinin hastalığı ve tedavisi hakkındaki algısı, inanç ve endişeleri anlaşılmalıdır. Açık uçlu sorular sorarak hastanın görüşleri araştırılır, sorularını tartışması için olanak verilir, böylece sağlığının yönetimindeki aktif katılımı kolaylaştırılır ve cesaretlendirilmiş olur (59). Psikososyal bakım uygulamasında aktif dinleme çok önemlidir ve bakım veren kişinin hasta için fiziksel ve duygusal olarak gerçekten “orada olmasını” gerektirir. Dokunma önemli bir iletişim aracıdır. Önyargısız, kabullenici, güvenli bir ilişki, hastanın duygularını ve endişelerini paylaşmasını

kolaylaştırır. Hastaya psikolojik yaklaşım; kavrayıcı, empatik, destekleyici ve etik ilkelere uygun olmalıdır. Zayıf iletişim ve yetersiz bilgilendirme, hastanın tedaviye uyumunun bozulmasının ve önerilere uymamasının en yaygın nedenlerindedir. Hastayla kurulan ilişkide kısacası, görmeksizin bakmaktan, işitmeksizin dinlemekten, hissetmeksizin dokunmaktan, farkında olmaksızın davranmaktan, anlamaksızın konuşmaktan sakınılmalıdır (5). Bilgi verme diğer önemli bir beceridir. Hastaya bilgi vermeden önce, hastanın durumu ile ilgili mevcut bilgileri, bilgilerindeki yanlışlık ve eksiklikleri, istenilen bilginin tipi, miktarı, hemşireden beklentileri belirlenmeli ve soru sormaları için olanak verilmelidir. Hastanın verilen bilgileri anlamasında teknik terimler (jargon) kullanılması, hastanın görme, işitme, konuşamama ve kognitif duyularındaki bazı sorunlar, anksiyete düzeyinin yüksek olması, bilginin karmaşık olması gibi faktörler önemli engellerden bazılarıdır. Bilgi verirken, sözel bilgiyle birlikte yazılı materyalin verilmesi, bilginin belirli aralıklarla tekrar edilmesi, o konuda sağlık çalışanları arasında görüş birliği olması gereklidir (10,59).

İkinci düzeyindeki beceriler; hasta ve ailesinin yaşadığı stresle baş etme yeteneğini arttırmayı, duygularını ifade etmeleri için cesaretlendirmeyi ve hastayla terapötik ilişki kurabilmeyi içerir. Psikolojik bakımın bu düzeyi, gittikçe artabilecek sorunları önleyebilir ve sistemli olarak psikolojik tedaviye duyulan gereksinimi azaltabilir. Kliniklerin hasta gereksinimlerine yönelik bakım standartları ve işlemlerin belirlenmiş olması gereklidir. Psikoterapötik ilişkide; duygu, tutum ve düşüncelerin rahatça ifade edilmesi temeldir. Sorun çözmeye yönelik girişimler ancak bu aşamadan sonra mümkündür. Hastalar, hastalık ve hastaneye yatış sonrası günlük yaşamlarında sıklıkla kullandıkları sorun çözme yöntemlerini kullanamayabilirler ya da bu yöntemler yetersiz kalabilir. Bu nedenle öncelikle hastaların kullandığı baş etme yöntemleri tanımlanmalı ve uyuma dönük, etkili baş etme yollarını kullanması öğretilmelidir (10).

Üçüncü düzeydeki beceriler; sorun çözme becerileri, anksiyete ile baş etme teknikleri gibi amaç-yönelimli ve kısa-sürelili özelleşmiş becerilerdir ve hemşirelerin, hastaların bazı psikolojik sorunlarıyla uğraşmalarında yeterli olmalarını gerektirir. Bu düzeydeki uygulamada; uzman klinik hemşiresi, sosyal çalışmacı, liyezon psikiyatrisi hemşiresi, psikolog ve psikiyatrist birlikte çalışırlar. Adı geçen profesyoneller, hastalara ve yakınlarına doğrudan veya danışmanlık vermek suretiyle dolaylı hizmet verirler (10). Örneğin gevşeme teknikleri, hastanın bedeni ve yaşamı üzerinde kontrolünün olduğu duygusu yararlıdır ve özellikle stresle baş etmede bu uygulama etkindir (15).

Dördüncü düzey ise; bilişsel terapi, davranışçı yöntemler, aile terapisi gibi psikolojik tedavileri yaklaşımlarını içerir. Bunun için terapistin; özel eğitim ve konusunda uzman bir terapistten danışmanlık alması gerekir (10).

2.4. HASTALIK, HASTANEYE YATMA VE YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ

2.4.1. Hastalık ve Hastalığa Tepkiler

Sağlık, insan yaşamının en değerli kavramıdır. İnsanın sosyal bir varlık olarak kendinden beklenen işlevleri yerine getirebilmesi, üretken olabilmesi, kendisinin ve ailesinin ve ülkesinin gönenç ve mutluluğu için bir şeyler yapabilmesi ancak sağlıklı olması ile gerçekleşebilir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre sağlık; yalnızca hastalığın ve sakatlığın olmayışı değil, insanın kendini bedensel, ruhsal ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halinde hissetmesidir. Bu tanımdan da anlaşılabilceği gibi, sağlıklı olmak yalnız fiziksel sağlıklıla sınırlanmayacak bütüncül bir kavramdır (6,48).

Hastalık ise insan yaşamındaki dengeleri tümü ile değiştirebilen, bireyin; fiziksel, duygusal, entelektüel, sosyal ve ruhsal fonksiyonlarını daha önceki haline göre azaltan ya da tüketen bir durumdur (7,49). Dengenin bozulması yaşamı tehdit eder. Bu nedenle hasta birey ve ailesi; davranışsal, duyuşsal, bilişsel alanlarda ve kişilerarası ilişkilerde bir takım psikososyal sorunlar yaşayabilirler. Bu nedenle hasta bireyin gösterdiği tepkilerin tanınması, verilen mesajın doğru alınması ve değerlendirilmesi önemlidir (7).

Hastalığa gösterilen tepkiler bireyden bireye farklılık göstermektedir. Tepkiler, hastalığın, etkilenen organın ya da işlev kaybının birey için anlamına, hastalığın çeşidine, bireyin yaşına, gelişimsel dönemine, inanç ve tutumlarına, savunma düzenekleri ve baş etme örüntülerine, hastalıkla ilgili daha önceki deneyimlerine, yakınlarının hastalığa ilişkin tutumlarına göre farklılık gösterebildiği gibi, bireyin kişilik yapısına göre de değişebilmektedir (5,8).

Kendisini genç olarak algılayan kişi için hastalık, beklenmedik bir durumdur. Bu durum, özellikle kronik hastalığa uyumu zorlaştırır. Geçmişteki hastalıklar orta düzeyde ve hızlı bir şekilde iyileşmişken, kişi uzun süre tedavi gerektiren kronik bir hastalıkla karşılaşınca kendini engellenmiş hisseder. Bunun aksine, kişinin hastalıkla ilgili deneyimi “asla tümüyle iyileşmez” şeklinde ise, küçük bir hastalık bile anksiyete düzeyini artırabilir (17,25).

Hastalık; mücadele edilmesi gereken bir durum veya tehdit olarak algılandığında, değişimin normal ve uyarıcı olduğuna inanılır. Kişi; ağrının, acının ve bozukluğun etkisini ne inkâr eder, ne de abartır. Baş etme görece gerçekçi ve esnek olma eğilimindedir. Bozulan ve kaybedilen işlevleri yerine koyma çabaları ve konuyla ilgili takıntılı bir şekilde bilgi aramadan çok, fiziksel aktiviteler yapma, öneri, tedavi ve işbirliği arayarak hastalığa uyumlu davranışlar gösterir. Böyle bir tutum ve anlam genellikle arzu edilendir. Hastalık tehdit olarak algılandığında ise, sıklıkla anksiyete, korku ve zaman zaman öfke duyguları açığa çıkar (17,25).

Birçok kişi hem somut ve sembolik olarak, hem de duygusal ve eylemsel olarak hasta olma olgusunu kayıplar yaşama biçiminde görür. Somut kayıplar, beden işlevlerinin ve parçalarının kaybını içerir. Sembolik kayıplar ise güvenlik, memnuniyet, benlik saygısı gibi önemli değer ve gereksinimlerle ilgilidir (17,25).

Hasta hastalığını ceza olarak algılayabilir ve sıklıkla içe kapanma, öfke, utanma gibi duygusal tepkiler verir. Burada en önemli sorun suçluluk duygusunun varlığı ve derecesidir. Eğer hasta hastalığını gerçekten günah işlemenin cezası olarak algırsa, genellikle pasif konumda kalır ve iyileşme girişiminde bulunmayabilir. Buna karşılık hastalığı hak edilmiş bir ceza olarak görürse, öfke ve kin içeren kavgacı, şüpheli davranışlar gösterebilir (17).

Hastalığın aniden ya da yavaş başlaması, belirti süreci, oluş biçimi bireyin hastalığa tepkisini etkileyen önemli faktörlerdir. Fiziksel hastalığa psikolojik yanıtla ilgili ilk stresör, hastalık belirtilerinin tanınması ve hastalığın teşhisidir. Bu noktada kişi, kendini hastalığı olan biri olarak tanımlar. Bazı zamanlar hastalık, aniden ortaya çıkar ve kişi yaşam değişiklikleri ile baş etmede zorlanır. Bazen de kişi kendisini hastalığa hazırlayana kadar ortaya çıkan belirtileri görmezden gelir. Hastanın hastalık hakkındaki bilgisi, tepkilerini etkileyen önemli bir faktördür. Bireyin hastalık hakkındaki bilgisinin yeterli olması baş etmesini kolaylaştıracak ve tepkilerini de olumlu yönde etkileyecektir (17,25).

Hastalığa verilen tepkiler; inkar, regresyon, patolojik bağımlılık, anksiyete, belirsizlik, öfke, tedaviyi reddetme, güçsüzlük, utanç, yetersizlik ve başarısızlık, suçluluk, gizleme, yalnızlık, sosyal geri çekilme (izolasyon), umutsuzluk, yas ve rahatlama (5,20).

İnkâr: Benlik için tehlikeli olarak algılanan ve bunaltı doğurabilecek bir gerçeği yok saymak, görmemek, değişik derecelerde oldukça sık kullanılan bir ilkel savunma biçimidir. İnsanoğlu acı veren gerçeği kolay kolay görmek istemez, kaçınır ve bu kaçınmanın da bilincinde değildir (29,69).

Hastalık; ailenin dengesine, ekonomik durumuna, gelecekteki aktiviteleri planlamalarına ve varoluşa tehdit olarak algılandığında, kişinin hastalığa ilk tepkisi inkârdır. Kişi, bazen hastalığı veya hastalığın bazı belirtilerini, bazen tedavi gereksinimini veya yaşam durumunda gereksinim yaratacak durumları reddedebilir (5,20).

Ciddi bir hastalıkla karşılaşan kişi, genellikle ona bir açıklama bulmaya çalışır. “Neden ben?”, “Niçin şimdi?”, “Bunun olması için ne yaptım?” gibi sorular sorar. Hastalar; kişisel deneyimleri, bilgileri, değerleri, inanç ve gereksinimleri ışığında bunu açıklamaya çalışırlar (17,25). “Bu tetkikler doğru olamaz, yanlış bakılmıştır. Bende öyle bir şey olamaz” şeklinde yaşanan anksiyeteye bağlı inkâr; çaresizlik ve panik durumuna karşı bireyin kendini savunmasını sağlar. Olay/durum yadsınarak birey karşılaştığı duygusal yüke karşılık zaman ve güç kazanır. Bu durumda hasta bireyin inkârı yaşamasına izin verilir, fakat desteklenmez. Çünkü inkâr burada uyum amaçlı kullanılmaktadır, her zaman patolojik bir savunma değildir. Hastayı, hastalığına karşı geçici olarak korur ve hastanın hastalığına uyum sürecini kolaylaştırabilir. Tedaviyi engelliyorsa, kişinin işlev görmesine ve sorun-çözme yeteneğine engel oluyorsa müdahale edilmelidir (5,8,20).

Belirsizlik; herhangi bir durumu kontrol edememeden kaynaklanan yetersizlik duygusu ya da yaşantıdaki olayların anlamını açıklamadaki yetersizlikten kaynaklanan bilişsel bir durum olarak tanımlanır. Belirsizlik, o olay ya da durum ile ilgili değil, bireyin algısındadır. Birey içinde bulunduğu durumu bir tehlike ya da gelişim için bir fırsat olarak algılayabilir.

Hastalıkta yaşanan belirsizlik ise, hastalıkla ilgili olayların anlamını belirleme yetersizliği olarak tanımlanmıştır. Hastalık yaşantısındaki belirsizlik algısını, çeşitli faktörler etkileyebilmektedir. Bunlar; bilinmeyen olaylar, tahmin edilemeyen bulgular, bilgi eksikliği, anlaşılır olmayan açıklamalar, yaşamını kontrol edememe, süre giden durumdaki farklılıklar, tedavi etkinliğinin ve hastalık seyrinin belli olmamasıdır (40,66).

Regresyon; ulaşılmış bir gelişme döneminde yaşanan stres durumu, kişi için ileri derecede bunaltı doğuracak nitelikte olursa, daha önceki bir döneme gerileme kişinin başvurabileceği bir savunma yoludur (29).

Regresyon, hastalıklar sırasında genel olarak ortaya çıkan bir savunma mekanizmasıdır. Hastalık ve hastaneye yatma süreci, psikolojik yönden bir regresyonu beraberinde getirir. Orta derecedeki regresyon uyum sağlayıcıdır, tedaviye ve rehabilitasyona katılmada, fiziksel ve duygusal olarak hastayı harekete geçirmede kullanılabilir (5).

Patolojik Bağımlılık – Bağımsızlık: Hastalık durumunda, kişinin bağımlılık-bağımsızlık dengesi tehdit edildiğinde, patolojik bir durum ortaya çıkar. Kişiyeye ve hastalığın ciddiyetine göre bu durum değişkenlik gösterebilir. Ya da ciddi durumlarda aktivitelerinin kısıtlanması ile hasta bağımlı duruma gelir. Hasta, bağımlı davranışları en aza indirilerek, bağımsızlığının sağlanması için desteklenir (7,20).

Anksiyete: Evrensel bir duygu olup, bireyin kendini güvensiz hissettiği durumlara karşı geliştirdiği doğal bir tepkidir (7). Yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan, içsel veya dışsal kaynaklı bir tehlike, tehlike olasılığı ya da tehlikeli olarak algılanıp yorumlanan bir durum karşısında yaşanan duygu durumudur. Hastalık, kişinin beden bütünlüğünü tehdit eden önemli bir olgudur (5).

Öfke: Bireysel bir tehdit algılandığında artan bunaltıya karşı verilen tepkilerde yaşanan kızma ve gücenme duygusudur (68). Normal ve sağlıklı bir duygudur. İfade etme biçimi nedeniyle sağlıklı olarak algılanabilir. İstendik olan, öfke duygusunun sağlıklı bir şekilde ifade edilmesidir. Çünkü öfke açıkça ifade edilemediği zaman, birey öfkesini çevresine yönelterek saldırgan davranışlarda bulunabileceği gibi, öfkesini kendine yönelterek kendine zarar verici davranışlarda bulunabilir (59,67).

Hastalar, korku ve kaygılarını içinde buldukları tehdit edici durumun niteliğine göre öfke yoluyla ifade edebilirler. Hemşireler, öfkenin gücünü tanımalı ve hastalarını, öfkesini uygun biçimde ifade etmeleri için teşvik etmelidirler. Çatışma durumundan yapıcı çözüm üretilebilir (40).

Tedaviyi Reddetme: Gerek uluslararası bildirgelerde ve gerekse “Hasta Hakları Yönetmeliği”nde ‘her bireyin kendisi ve geleceği hakkında karar verebilme hakkı’ güvence altına alınmıştır. Bu bağlamda, hastalıkları ve tedavileri konusunda en son sözü söyleyecek olanlar hastaların kendileridir. “Yasal olarak zorunlu haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta, kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir” (72,73).

Hastaya uygulanacak olan tedavi ve diğer girişimler; hastalığın ağırlığına, yaygınlığına, hastanın yaşına, bünyesine, başka hastalık olup olmamasına, beklentilerine ve bütçesine göre seçilir. Hastanın tercihleri de, bu konuda temel belirleyicidir. Hasta, bazı tedavi ve girişimlerden vazgeçebilir ve tanı-tedavi protokolünün değiştirilmesini isteyebilir. Bu isteklerin gerekçesi ne olursa olsun, saygı duyulmalıdır. Örneğin; dinî inançları, felsefi ve

siyasi görüşleri, kültürel gelenekleri, ekonomik durumu nedeniyle hastanın önerilen bir tedaviyi reddetmesi olasıdır (74).

Hastanın tedaviyi reddetme kararı, yanlış ve kendisi için zararlı olabilir. Bu yanlışlık hastaya, uygun bir biçimde anlatılmalı ve kararını yeniden gözden geçirmesi istenmelidir. Tedavi ekibi hastaya dostça, bilgiyi anlaşılır biçimde vererek, yargılamadan, korkutmadan, öfkelenmeden, suçlamadan, değerlerini ve inançlarını göz önüne alarak bakım vermelidir. Hastanın tedavisi ile ilgili kararlara katılmasının ve işbirliğinin sağlanması yararlı olacaktır (20,30).

Güçsüzlük: Birey; kişisel bazı durumlarda ve yaşam olayları üzerindeki kontrolünü kaybettiğini hissettiğinde, güçsüzlük ortaya çıkar. Birey hastaneye yattığında, izin versin ya da vermesin herkes onun için bir şeyler yapar. Hastanede yaşanan güçsüzlüğün iki temel nedeni vardır; birincisi kişi kendisi ve çevresi üzerinde kontrol kaybı yaşar. İkincisi ise, hasta ve ailesinde hastalık ve gelecekle ilgili bilgi eksiliğinin olmasıdır. Kişi; hastalığı, geleceği, tedavisi ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadığında kendini güçsüz hisseder. Hasta gerekli bilgiyi edindiğinde ve sorularına yanıt bulduğunda yeniden gücüne kavuşur (6,7,20,69).

Yetersizlik: Herhangi bir durumda birey; durumun gereklerini yerine getirmekte kendini yetersiz görürse, korku ve kaygı yaşar (69). Hasta birey; sağlıklı olmadığı için, psikolojik ve fiziksel olarak kendini yetersiz hissedebilir. Buna öz-güven eksikliği, çaresizlik ve değersizlik duygusu da eşlik edebilir.

Başarısızlık: Her bireyin kendine özgü bir başarıma gereksinimi vardır. Bu, başarısızlık korkusu ve başarıma isteğini bir arada bulunduran bir gereksinimdir (69). Birey hastalanınca, sağlığını kaybetmiş ve bir anlamda başarısız olmuştur.

Utanc ve Suçluluk: Hasta; hastaneye yattığında, yabancı bir ortamda ve yabancı insanların arasında kişisel gereksinimlerini karşılarken utanabilir. Ya da bir organ kaybı gibi beden imgesinin değiştiği durumlarda da aynı duyguyu yaşar (7).

Hastalığa neden olabilecek; sigara içme, şişmanlık, madde bağımlılığı ve yetersiz aktivite gibi durumlarda kişi kendini suçlu hissedebilir. Hastanın, “Başıma bu gelenler bana Allah’ın verdiği bir ceza”, “zamanında onları yapmasaydım bu hastalık başıma gelmeyecekti”, “bunların hepsini hak ettim” şeklindeki ifadelerle, hastalığını geçmişte yaptığı olumsuzluklara bağlamasıdır. Ayrıca hastalık nedeniyle, rol ve sorumluluklarını yerine getiremeyen bireyler suçluluk yaşayabilirler. Hemşire, hastanın bu gibi durumlarda kendini

ifade edebilmesi için onu cesaretlendirir ve destekler (7,8). Çünkü bu durumda bireyin benliği tehdit altındadır, depresyon ve intihar girişimi açısından risk taşımaktadır (8).

Yalnızlık ve Sosyal İzolasyon: Hastaneye yatma, yalnızlığın oluşumunda çevresel bir faktördür. Hastalık biyopsikososyal bütünlüğü tehdit eder ve gelecekte yalnız kalma korkusu yaşatır (7). Kimi bireylerde yalnız kalmak ve hastalığın oluşturduğu sorun ve soruları kimse ile paylaşmamak, sosyal geri çekilmeye yol açar. Bu duruma, özellikle dış görüntüsünde değişiklik olan bireylerde daha çok rastlanır.

Umut–Umutsuzluk: umudun anlam ve önemi kişinin yaşamı ve maddi olanakları ile ilişkilidir. Umut; iyileştirici bir güç, anlık zorluklarla baş edebilmek ve kederi üstümüzden atabilmek için bize güç veren bir faktördür. Bu nedenle umut, sağlıkta ve hastalıkta önemli bir kavramdır. Umudun korunması, hastalığın ciddiyetine göre değişmeyen bir etken olarak uyumu arttırmaktadır. Umutsuzluk ise, fiziksel ve duygusal olarak çok derin ya da çok uzun süre acı çektiğinde ya da bu süreçte yeterli yardımı alamadığında ortaya çıkar. Umutsuzluk hisseden hastalar hastalıklarının tedavisine katılımda isteksizdir, motive değildir, sağlık bakımının pasif alıcısıdır. Bu, özellikle tedaviye aktif katılımı gerektiren kronik hastalıklarda daha da önem kazanmaktadır. Umutsuzluk, bireyi aktif veya pasif intihar davranışına sürükleyebilir (7,20,30).

Hemşirelik uygulamalarında amaç, bireylerin hastalık deneyimleriyle baş etmelerinde ve yaşantılarında anlam bulmaları için onlara yardım etmektir. Umudu sürdürmek ve umutsuzluktan kaçınması için bireye yardım etmek, profesyonel hemşirenin görevidir. Birey kendisini umut ve güven atmosferinde hissederse, kendini daha güçlü bulur. Hemşirenin davranışları, umudu geliştirmede büyük rol oynar. Çünkü hemşireler, bireylerin hastalık süreçlerinin her anında, özellikle yeni tanı konulduğunda, tedavi sırasında ve özel gereksinimlerinin karşılanmasında gün ve gece her zaman yanındadır (101). Hemşire; kişinin kendine güvenmesi için onu destekler, sosyal destek sistemlerini harekete geçirir ve daha gerçekçi hedefler koymasına için onu cesaretlendirir (7,20,30).

Kadercilik: hastalığı kabullenmiş görünme ve her şeyin Allah'tan geldiğine inanma durumudur (8). “Allah'ın takdiri”, “Canı veren de Allah, alacak olan da” gibi ifadelerle bu durumu onaylar.

Yas (Matem): Sevilen bir bireyin ya da nesnenin kaybindan sonra ortaya çıkan ağır üzüntü durumudur. Kişinin kayba tepkisi; kişilik özellikleri, esnekliği, destek sistemleri ve kaybın kişi için anlamı ile ilişkilidir. Yas, bir uyum sürecidir. Çözülmemiş yas, hem fiziksel

hem de ruhsal sağlık sorunlarına neden olur. Kederlenen kişi, duygularını ifade etme ve anlaşılma gereksinimi içindedir. Hemşire kişinin kendini ifade etmesine olanak verir, iyi bir dinleyici olur ve sosyal destek sistemlerini harekete geçirir. Hastaların, hastalık ve ölüm sürecinde yaşadıkları kayıp duygusunu ve acılarını hemşirelerle paylaşmaları, onları anladığımızı ve acılarına saygı duyduğumuzu görmeleri aramızda yakın ve değerli bir ilişkinin gelişmesini sağlar (7,30,59).

2.4.2.Hastaneye Yatma ve Yoğun Bakım Ünitesi

Hastalık durumunda bozulan dengenin düzenlenmesi, bireyin fizyolojik, psikolojik ve sosyal sağlığına kavuşabilmesi için hastaneye yatması gerekebilir (50,51). Hasta olup hastaneye yatmak, çoğu birey için stres ve kaygı yaratan bir deneyimdir. Bireyin hastaneye yatması, günlük yaşam düzeninin ve alışkanlıklarının değişmesi anlamına gelmektedir. Hastaneye yatan birey, ailesinden ve yakın çevresinden ayrılır ve ailedeki anne, baba, kardeş gibi rollerin yerine hasta rolünü üstlenir. Birey; ne zaman uyuyacağı, ne yiyeceği ve ne zaman yiyeceği gibi birçok konuda eskisi kadar özgür değildir. Birey için, içinde bulunduğu çevre ve çevredeki insanlar yabancıdır. Bu yeni çevrede olaylar, genellikle bireyin kontrolü dışında gerçekleşmektedir. Tanı, tedavi ve bakımıyla ilgili kararları bireyler adına sağlık personeli almaktadır. Bu durum; kişi için, öz-denetimin ya da kendisi üzerindeki kontrolün kaybı anlamına gelmektedir. Bu nedenle hastaneye yatan bireyin stres, yalnızlık, endişe, korku gibi duygular hissetmesi kaçınılmaz bir sonuçtur (58,59).

Hastaneye yatan bireyin yaşadığı stres düzeyi, birçok etkene bağlı olarak değişir. Hastanın tanısı, buna vermiş olduğu anlam, uygulanan tanı ve tedavi işlemleri, geğmiş deneyimleri, sosyo-kültürel düzeyi bu etkenlerden bazılarıdır. Bunların yanı sıra bireyin yattığı kliniğin özellikleri, gürültünün ya da tanıdık olmayan seslerin varlığı, ziyaret saatlerinin kısıtlı olması gibi özellikler de bireyde stres oluşturur (54).

Hastanın normal hastane bakım ve tedavisinin yeterli olmadığı yaşamsal fonksiyonların kısmen veya tamamen yitirmiş olan organ ve sistemlerin fonksiyonları için ileri yaşam desteğinin kullanıldığı yoğun bakım ünitelerine (YBÜ) yatışı gerekebilir (50,51,88). Yoğun bakımın primer ilgi alanı; yaşamı tehdit eden durumlarda hastaların YBÜ koşullarında tedavi edilmesidir. Diğer bilim dalları tek bir alana özel bir tedavi veya özel bir yaş grubuna yönelik çalışırken; yoğun bakım, geniş bir hastalık yelpazesindeki hastalara hizmet vermektedir (41,42,43,47). Bu ünitelerin ana amacı; yaşamsal bulguları güvencede

olmayan, bu nedenle yakın takip ve tedavi gerektiren ağır hastalara, gereksinim duydukları bakım ve destek tedavileri sağlamak ve yaşamsal fonksiyonlarını en kısa zamanda ve en etkin biçimde düzenlemektir (45). YBÜ'nde dört öge bulunmaktadır; birincisi ağır hasta, ikincisi monitörizasyon veya izleme, üçüncüsü destek tedaviler ve dördüncüsü özel tedavi ve bakım ekibidir (44).

Ekip çalışmasının en iyi sergilendiği alan, yoğun bakım klinikleridir. Yoğun bakımın temelinde üç kritik öge vardır; ağır hasta, gelişmiş ve giderek ekonomik yükü artan alt yapı ve teknik donanım ve bu teknik donanımı bilen, kullanan ve onların yardımıyla hastaları tedavi edebilecek bilgi ve deneyime sahip, sürekli görev yapan ekiptir. Bu yüzden yoğun bakım ekibi; bilgi, beceri, deneyim ve uzmanlıkları ile tıbbi tedavi ve bakıma katkıda bulunabilecek farklı disiplinlerden bilinçli olarak seçilmiş meslek üyelerinden oluşmaktadır (25,52).

Yoğun bakım tedavisi, hemşire ve hekimlerin işbirliği ile bir ekip anlayışı içinde yapılır ve temelinde, tıbbi tedavi ve hemşirelik bakımı vardır (46).

Yoğun bakım hemşiresi, ekibin önemli bir ögesidir. American Association of Critical Care Nurses'e göre yoğun bakım hemşiresi, yaşamı tehdit altında bulunan kritik hastanın en uygun bakımı almasından sorumlu, özel olarak eğitilmiş, lisanslı, profesyonel hemşire olmalıdır (55).

Yoğun bakım hemşireliğinin amacı; bireyin fizyolojik, psikolojik, duygusal ve sosyal dengesini en iyi duruma getirmek ve yaşamına doğrudan etki eden bireysel bakımı sağlamak, hasta ve yakınlarıyla terapötik bir ilişki kurmak; önleyici, iyileştirici ve rehabilite edici girişimlerle bireyi biopsikososyal yönden yeterli hale getirebilmektir. İyi planlanmış bakım; optimal dinamik dengeyi sağlamada, istenen amaç ve sonuçlara ulaşmada ve bireyin yaşam süresini arttırmada önemlidir (55).

Yoğun bakım ünitesi hemşiresinin;

- İyi yetişmiş, deneyimli ve yeterli bilgiye sahip olması,
- Acil durumlarda gerekli bilgi ve beceri sahibi olması ve bunları uygulayabilmesi,
- Ünite de kullanılan ilaçları iyi tanınması,
- Eğitim ve araştırmaya açık olması,
- Kendi yetkisi içinde hızlı karar verebilmesi ve uygulayabilmesi,
- Genç ve dinamik olması,

- Sağlık ekibi üyeleri, hasta ve ailesiyle iyi ilişkiler kurabilmesi gerekmektedir (55).

Yoğun bakım ünitelerinde kriz müdahalesine yönelik çalışılır. Ünitenin temposu hızlı ve yoğundur. Hastanın durumunda oluşabilecek herhangi bir değişikliği fark etmesi gereken ilk kişi hemşire olduğundan, yoğun bakım ünitelerinde hasta ile 24 saat bir arada bulunur. Yoğun bakım hemşiresi; hastanın bakımı ile doğrudan ilgilendiği için yaşam bulgularının, günlük giriş ve çıkışların, laboratuvar değerlerinin ve hastaya yapılan tüm işlemlerin kayda geçirilmesi ve kayıtların saklanması için arşive kaldırılması gibi 24 saat süren kesintisiz sorumlulukları vardır. Aynı zamanda hemşire, sağlık ekibinin diğer üyeleri arasında, ekiple hasta ve ailesi arasındaki iletişimde köprü görevi yapar. Yoğun bakım ekibinin diğer üyeleri hemşire ile işbirliği yapmazsa, hedeflenen doyurucu tedavi ve bakım düzeyi tutturulamaz (52,57).

Yoğun bakım hemşireliği, hemşirelik uygulamaları arasında en zor olanıdır. İyi bir yoğun bakım hemşiresinin sahip olması gereken özelliklerin başında; teorik ve pratik donanım açısından yüklü bir birikim ve yüksek düzeyde motivasyondur. Bu gerçekler, ülkemizdeki yoğun bakım hemşireliği uygulamalarında, ne yazık ki göz ardı edilmektedir. Yoğun bakım hemşireleri aynı zamanda, duygusal zarar görme ve yoğun stres yaşama riski en fazla olan hemşire grubudur. Baltaş ve arkadaşlarının yoğun bakımda çalışan hemşirelerin stres düzeylerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, yoğun bakım hemşirelerinin stres düzeyleri anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (54).

Yoğun bakım üniteleri, diğer bölümlerle koordinasyonu kolaylaştırmak için genellikle hastanenin merkezi bir bölümünde yer alır. YBÜ yalıtılmış ve küçük bir alandır. Ünitenin aydınlatılması 24 saat boyunca aynı miktar ve renkteki yapay ışık ile sağlandığından hasta ve çalışanlar zaman algısını yitirmektedir. Dışarıya giriş-çıkışlar kontrol altındadır. Çalışanlar, yalnızca çalıştıkları mekân nedeniyle değil, işlerinin acil ve yoğun olması nedeniyle de hastanenin diğer birim ve çalışanlarından yalıtılmışlardır (53,54).

Amerikan Yoğun Bakım Derneği (Society of Critical Care Medicine), yoğun bakım hastalarını “Fizyolojik olarak fonksiyonları dalgalanma gösteren, hayatta kalmaları önemli ölçüde doktor ve hemşire arasındaki uyuma bağlı olan, tedavinin dalgalanmalar göstermeden uygulanması gereken, ayrıntılara yönelik özenin özellikle gerekli olduğu, fizyolojik yetersizlik nedeni ile risk altında bulunan ve beklenmeyen olayları önleyebilmek ve yoğun

bakım ekibi tarafından anında müdahale sağlayabilmek için sürekli monitörizasyon gerektiren hastalar” şeklinde tanımlamaktadır (55).

Yoğun bakım hastaları; hastanedeki en ağır seyirli, invaziv yaşam desteğine en çok gereksinim duyan gruptur. Bu hastalar;

1. Birincil hastalık geçinceye kadar, yaşamsal işlevlerden bir veya birkaçının yapay veya destekle sürdürülmesi gereken,
2. Sürekli olarak izlenmesi gereken,
3. Ağır metabolik ve elektrolit dengesizliği olan,
4. Özel ve yoğun bir hemşirelik bakımı gerektiren,
5. Ölümcül komplikasyonlar ortaya çıkarabilecek hastalardır (56).

Bu tanıma göre yoğun bakım ünitesine gereksinim duyan hastalar; normal hastane bakım ve tedavisinin yeterli olmadığı, organizmanın geçirdiği ağır bir hastalık, zehirlenme, travma veya ameliyattan dolayı önceden tahmin edilemeyen komplikasyonlarla yaşamın sınırına gelmiş olan hastaları oluşturmaktadırlar (42).

Hastaneye yatmaktan kaynaklanan sıkıntılar, YBÜ’nde yatan hastalar tarafından daha çok yaşanmaktadır. Özellikle de bilinci açık olan hastalar hem kendi fiziksel hastalıklarının getirdiği güçlüklerle baş etmeye çalışmakta, hem de yüksek teknolojinin getirdiği ses, ışık ve pek çok aletten oluşan yeni ve alışılmadık ortama uyum sağlamaya çalışmaktadırlar (25,88).

Yaşanan streste hastanın bireysel özelliklerinin etkisi çoktur ve bu birimde yatmak her birey için zor bir deneyimdir (7). YBÜ; hastaların fizyolojik psikolojik, ailelerin ve diğer yakınların psikolojik krize girdiği bir deneyimdir (60). Bu yüzden yoğun bakım ünitelerinde bütüncül bakım daha fazla önem kazanmaktadır (25).

Hastalarda uykusuzluk, yer ve zaman oryantasyonunda bozulma sorunları da ortaya çıkabilmektedir. Granberg ve ark. tarafından kalitatif yöntem kullanılarak yapılan bir çalışmada YBÜ’nde 36 saat yatmış olan 19 hasta ile görüşülmüş, hastaların YBÜ’nde kaldıkları süre içerisinde ve çıktıktan sonra deneyimleri incelenmiştir. Hastalar uyandıklarında; ilk başta nerede olduklarını, neler olduğunu, gece mi gündüz mü, hangi günde olduklarını ayırt edemediklerini ifade etmişlerdir (64).

Phipps’in belirttiğine göre 1981 yılında Ballard tarafından yapılan bir araştırmada, cerrahi yoğun bakım ünitesinde hastalar için stres yaratan durumlar belirlenmiştir. Yirmi iki yetişkin hasta ile yapılan bu araştırmada hastalar; tüplere bağlı olma, ağrı, susama, eşine

özlem duyma, oksijen maskesi kullanma, damar içi infüzyon setlerinden dolayı yatağa bağlı olma gibi durumların kendileri için yüksek düzeyde stres yaratan durumlar olduğunu belirtmişlerdir. Aynı araştırmada hastalarda strese neden olan 40 stresör belirlenmiştir. Bunların içinden en önemlileri; izolasyon, hareketsizlik, duyuşsal yoksunluk ve uyku yoksunluğudur (64).

Canlı'nın yapmış olduğu araştırmaya göre, koroner bakım ünitesinde ortama ilişkin hastaların tanımladığı stresörlerden bazıları, ziyaretçi kısıtlılığı, yanında refakatçi olmaması, televizyon-radyo-gazete gibi iletişim araçlarından yararlanamama, odaların çok yataklı olması, aynı odada kalan diğer hastaların acı çekmesi, ağlaması, inlemesi, aynı odada kalan hastanın durumunun kötüleşmesi ve hastanın yoğun bakım ünitesinde gerekenden uzun süre kalmasıdır (65).

Simini, YBÜ'nde yatan hastaların yaşadıkları sorunlar ile ilgili bir araştırma yapmıştır. Çalışmada 76 hastayla, yoğun bakım ünitesinden taburcu olduktan sonraki üç gün içerisinde görüşülmüştür. Hastaların YBÜ'nde ortalama kalış süreleri 4,4 gündür ve hastalara YBÜ'nde yaşadıkları sıkıntılar sorulduğunda %43'ü ağrı, %61'i uykusuzluk, %63'ü susuzluk, %13'ü açlık hissi yaşadığını, %37'si ortamın sıcak ve %28'i soğuk olduğunu anımsamışlardır. Hastaların %62'si korku veya tedirginlik yaşadığını, %46'sı yalnızlık hissettiğini ve %33'ü sağlık durumu ve işlemler hakkında bilgi eksikliği yaşadığını ifade etmiştir (64).

Yoğun bakım ünitesinde hastaların yaşadığı stres ve buna bağlı rahatsızlıklar bireyin sağlığı üzerinde olumsuz etki göstermekte, hastanın iyileşme sürecini uzatmakta ve hastanede kalış süresini artırmaktadır. Bu stres ve rahatsızlıklar, birey YBÜ'nde yatarken ortaya çıktığı gibi kliniğe nakledildikten ya da taburcu edildikten sonra da ortaya çıkabilmektedir (64). Kliniğe nakil, hasta ve ailelerin klinikteki çalışma ortamı ve bakımın niteliği ile ilgili sıkıntılar yaşamalarına neden olmaktadır (61).

Stres uzun dönemde, kendini anksiyete ve depresyon olarak gösterir. Anksiyete ve depresyon, yaşam streslerine karşı verilen normal psikolojik yanıtın parçalarıdır. Temel sağlık hizmetlerinde ruhsal bozuklukların görülmesi %20–30 arasında değiştii ve bunların büyük bir kısmının depresyon ve anksiyete bozukluklarının oluşturduğu bildirilmektedir (76,77,78).

Hastanede yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerini artıracak hasta ve hastane ile ilgili birçok etmen bulunmaktadır. Bunlar;

Hasta ile ilgili etmenler;

- İnvaziv girişimler,

- Hastalık bulguları,
- Hastalığın türü, süresi,
- Hastalığın durumu ve tekrarı,
- Hastalıkla birlikte diğer sağlık sorunları,
- Fonksiyon kaybı ve bedensel bozukluk,
- Beden imgesindeki değişiklikler,
- Aileye, eşe, hekime bağlılık ve kontrol kaybı,
- Ölüm korkusu,
- Bireyin kişiliği ve yaşam koşulları,
- Okul ya da meslek yaşantısında bozulma ve rolde değişim,
- Hastalığın kabulü,
- Korkularını ifade yeteneği,
- Kişilerarası ilişkilerde bozulma,
- Hastanın çevresinde duygusal destek veren kişiler,
- Belirsizlik,
- Kültürel ve dinsel tutumlardır.

Hastane ile ilgili etmenler;

- Sağlık kurumuna ve sağlık ekibine güvensizlik,
- Farklı ortamda bulunma,
- Kendisinin ya da ailesinden birinin özel günlerinde hastanede bulunma zorunluluğu,
- Yaşam bulguları ya da invaziv girişimler nedeniyle gece uyandırılma,
- Ziyaretçi kısıtlaması,
- Banyo ve tuvaleti diğer hastalarla paylaşma,
- Hastane kurallarına uyma gibi zorunluluklardır (100).

Anksiyete, yoğun bakım ünitelerinde çok sık karşılaşılan ve organik ya da psişik nedenlerle ortaya çıkan bir durumdur. İlaç yan etkileri ve hastalığa uyum tepkisi de anksiyete yaratabilir. Ayrıca yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların %11-32'sinde depresyon görülür (88).

Yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalarda rastlanan bazı psikiyatrik sendromlar şöyledir (17,25,88):

Çizelge 2.3. Yoğun Bakım Ünitelerine Göre Psikiyatrik Sendromlar

Koroner YBÜ	Cerrahi YBÜ	Dâhili YBÜ
Anksiyete	Deliryum	İntihar girişimi ile başvuru
Depresyon	Depresyon	Depresyon
Uyum güçlüğü	Uyum güçlüğü	Kişilik bozuklukları
Kızgınlık	Ayrılma anksiyetesi	Deliryum
Deliryum	Ajitasyon	Uyum güçlüğü
Ajitasyon		Anksiyete

2.5. ANKSİYETE

Her birey, hayatının herhangi bir döneminde endişe, korku ve anksiyete yaratan durumlarla karşılaşmaktadır. İnsan yaşamındaki çeşitli stresörler organizmanın zorlanmasına ve buna bağlı olarak kaygı düzeyinin artmasına neden olur. Anksiyete, stres sonucu psikolojik alanda ortaya çıkan bir tepkidir (82,102,103,104).

Sıkıntı, bunaltı, endişe, kaygı; anksiyete ile eş anlamlı sözcüklerdir. Hastalar bu durumu 'kötü bir şey olacakmış hissi', 'hoş olmayan bir endişe hali' ya da 'nedensiz bir korku' şeklinde ifade ederler (69). Psikiyatrik açıdan anksiyete, her bireyin yaşamının belirli dönemlerinde yaşadığı ve sıklıkla çeşitli fizyolojik belirtilerin (somatik belirtilerin) eşlik ettiği, hoş olmayan sıkıntı, endişe duygusu ve yaşantısıdır (69,75,80,81,87).

Anksiyetenin belirtileri arasında; korku, kaygı, endişe, panik duygusu, aşırı tedirginlik, huzursuzluk, yorgunluk, uykusuzluk, konsantrasyon güçlüğü, nefes almakta güçlük, baş ağrısı, motor gerilim ve huzursuzluk, taşikardi ve aritmi, göğüste ağrı veya sıkıntı hissi bulunmaktadır (55,79). Tedavi edilmediğinde anksiyete; yeti yitiminde artış, sağlık hizmeti kaynaklarında artış ve yaşam kalitesinde bozulmaya yol açabilir. DSÖ'nün Türkiye'yi de kapsayan 15 ülkede yaptığı bir araştırma, anksiyetenin her toplumda belirgin bir işlevsel yeti yitimine yol açtığını; yani anksiyete yaşayan kişilerin işe devam etme, verimli olabilme gibi alanlarda belirgin zorlanma yaşadıklarını göstermiştir (55).

Anksiyete, bilinmeyen ve anlaşılamayan bir tehlikeyi bekleme ve bunun ortaya çıkardığı huzursuzluk ve gerginlik hissidir. Bilinmeyen tehlike karşısında uyarılmışlık oluşur. Bu uyarılmışlık anksiyeteye, anksiyete korkuya, korku ise paniğe yol açabilir. Hafif dereceden panik düzeyine kadar giden bu duyguya ilişkin ruhsal belirtiler, kişinin uyumunu bozabilir. Anksiyetenin nedenleri; kişiler arasında farklılık gösterir, dışsal ya da içsel, gerçek ya da sembolik olabilir (82).

Anksiyetenin, duygusal sorunları anlamada temel bir sorun olduğuna dikkati çeken ilk bilim adamı Freud'tur. Freud'a göre anksiyete, öncelikle bir duygu yaşantısıdır. Anksiyete hem içsel çatışmaların merkezinde yer alır, hem de çeşitli bozuklukların belirtilerindedir (80).

Anksiyete, benliğine yönelik bir tehlikeyi haber veren ve kişiyi bu tehlikeye başa çıkması için önlem almaya iten bir sinyaldir. Eğer anksiyete; süregelen hale gelir, fizyolojik belirtiler ortaya çıkarsa, kişinin mesleki ve sosyal işlevselliğinde düşüş yaratır, kişilerarası ilişkilerinde sorunlara neden olursa, patolojik olarak adlandırılır. Öte yandan anksiyete;

evrensel, subjektif ve gözlemlenebilen bir deneyimdir. Bu nedenle, anksiyetenin varlığı belirtilerin fark edilmesi ve gözlemlenen davranışlarla anlaşılır. Anksiyete; hafif, orta ve şiddetli düzeylerde yaşanır ve orta şiddette anksiyete kişinin motivasyonunda, yeni koşullara uyumu kolaylaştırır ve kişinin kendini geliştirmesinde ve başarı kazanmasında itici güç işlevi görebilir. Anksiyete yüksekse kişi; belirsizlik ve yarımsızlık duygusuna eşlik eden belli olmayan bir gelecek korkusu ya da endişe yaşar. Literatürde, bilinmeyenle anksiyete arasındaki ilişkiden söz edilmektedir. Belirsizlik bir tehlike olarak algılanabilir ve birey anksiyete yaşar. Böylece belirsizlik anksiyeteyi, anksiyetenin yüksek olması da belirsizliği arttırabilir (80,83).

2.5.1. Anksiyetenin Etyolojisi

Anksiyete bozukluklarının etyolojisinde organik bozukluk ve psikososyal etkenler rol oynamaktadır. Biyolojik psikiyatri anksiyete bozukluklarının GABA erjik, noradrenerjik ve seratonerjik sistemler ve genetikle ilişkili olduğunu savunmaktadır (80,84).

İnsan yaşamında anksiyeteyi doğuran en önemli neden, yaşanan bilinçaltı çatışmalardır. Çünkü insan; yaşamı boyunca içten ve dıştan gelen birçok güdü ve dürtü ile karşılaşır. Bunların sonunda seçim yapmak zorunda kalır (95). Yani yaşam süresince karşılaşılan çeşitli sorunlar (işsizlik, yoksulluk, nüfus patlaması, kentsel toplumun getirdiği yıpratıcı ve tekdüze yaşam, çalışma alanındaki rekabet, hızlı toplumsal değişim sonucu gelenek ve değerlerin sarsılması vb) belirsizlikler, beden sağlığının bozulması gibi stres yaratan yaşam olayları bireyin anksiyete yaşamasına neden olabilmektedir (85).

Anksiyete etmenlerindeki artışı; kişilik yapısı, aile geçmişi, yaşam stresleri, psikolojik yapı, yetenek ve özellikler ve sosyal destek ile ilişkilendirebiliriz (82,95,103,104).

Beden sağlığının bozulması; bireyde geleceğin, amaçların tehlikeye düşmesi, bağımlı olma korkusu, kendine güvenin kaybı ve ekonomik kaygılar yaratarak anksiyetenin yaşanmasına neden olabilmektedir (81). Ortaya çıkan bir hastalık; hangi yaşta ve koşulda olursa olsun, insanlar için stres kaynağıdır ve sağlığı bozulan her insan doğal olarak anksiyete yaşar. Hastalığın anlam ve önemine ilişkin bilinçaltı öğeler, kişilik organizasyonu, sosyal destek sistemlerinin etkili olup olmaması anksiyetenin gelişim ve şiddetini etkileyen öğelerdir. Hastalığın niteliği ve tedavi yöntemleri de hastalık sürecinde oluşan anksiyetenin şiddetini etkilemektedir. Özellikle ciddi, akut, yaşamı tehdit eden, organ kaybına yol açan

hastalıklarda anksiyetenin daha yaygın olduğu bildirilmiştir (97). Bireyin kendini güvende hissetmesi anksiyete deneyimlerini hafifletir. Bunun için önce temel gereksinimlerin karşılanması gerekir (6,75).

Birçok tıbbi ve psikiyatrik hastalıkta anksiyete önemli bir belirti olabilir. İlaçlar ve diyet faktörü özellikle kafein ve alkol anksiyeteyi uyarabilir. Literatürde hastaların tanısına bakılmaksızın her türlü tıbbi tedavi, bakım ve girişimlerde yoğun anksiyete yaşadıkları bildirilmektedir. Hastalık sırasında anksiyete yaratan kriz durumları; belirti ve bulguların ortaya çıkması, hastalığı çağrıştıran değişikliklerin olması, tanı aşaması, tetkik sonuçlarını bekleme dönemi, yeni bir tedavi öncesi ve tedavi değişimi olarak sıralanabilir. Hastalık durumunda ortaya çıkan anksiyetenin temelinde, sıklıkla bilgi eksikliğinin yer aldığı bilinmektedir. Fiziksel hastalığın getirdiği engellemeler, çaresizlik, yeterliliğin kaybı endişesi, vücut organ ve kısımlarının zedeleneceği endişesi, ölüm korkusu, hastalığa yüklenen anlam kişinin yaşadığı anksiyetenin şiddetini etkiler (97).

2.5.2. Anksiyetenin Belirtileri

Kullanılan savunma mekanizmalarına göre farklı belirti ve bulgular verir. Anksiyetenin dört temel klinik özelliği vardır. Bunlar:

1. Bilişsel; kişinin yaşadığı kaygıdır.
2. Affektif; korku, disfori (elem), huzursuzluk, tedirginlik, endişe, çaresizlik, alarm hissi, panik, huzursuzluk vb. hoş olmayan duyguların yaşanmasıdır.
3. Davranışsal; ortaya çıkan kaçınma davranışıdır.
4. Fizyolojik; bedensel belirtilerdir (29,81,103,104).

Bunların dışında fizyolojik belirtiler şöyle sıralanabilir:

1. Kardiyovasküler belirtiler: çarpıntı, hızlı nabız, yüz kızarması.
2. Gastro- intestinal sistem belirtileri: yutma güçlüğü, bulantı, kusma, ishal, karın ağrısı.
3. Genito-üriner sistem belirtileri: sık idrara çıkma, empotans, frijidite, prematür ejakülasyon.
4. Cilt belirtileri: terleme, ellerde nem ve soğukluk.

5. Diğer somatik belirtiler: ağrılar, yorgunluk, tremor, parasteziler, ağız kuruması, fenalık hissi, baş dönmesi, bayılacak ve düşecek gibi olma, soğuk basması, kas gerginliği, motor huzursuzluk.
6. Uyku bozuklukları: uykuya dalmada güçlük, uykusuzluk, kabuslar (5,29,69,75,80,84,86).

2.5.3. Bedensel Hastalığı Olan Bireylerde Anksiyete

Bedensel hastalık ile anksiyete arasındaki ilişki çok eskiden beri bilinen bir gerçektir. Biri diğerinin nedeni olabileceği gibi çoğunlukla ikisi bir arada bulunur. Ülkemizde bedensel hastalık nedeniyle hastanede yatarak tedavi gören hastaların %2.8–24.4'ünde anksiyete bozukluğu izlenmektedir. Bu durumun akut, ciddi, yaşamı tehdit eden ve organ kaybına yol açan hastalıklarda daha da arttığı bildirilmektedir (5,80,81).

Bedensel hastalık; bireyin genel işlevselliğini ve günlük yaşam aktivitelerini etkilediği için, çeşitli duygusal tepkilerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Hastalık; bireyde narsisistik bir zedelenme, kriz ya da kayıp duygusu yaratmak suretiyle benlik saygısını, kimlik bütünlüğünü, çalışabilme durumunu, aile ve sosyal ilişkilerini olumsuz yönde etkilemektedir. Bunun sonucunda birey kendisinde yetersizlik hissetmekte ve benlik saygısında azalma meydana gelmektedir (85).

Diğer taraftan tıbbi hastalıklara (anjina pektoris, kardiyak aritmiler, hipoglisemi-hipertiroidizm, addison hastalığı, sistemik lupus eritematozus, anemi, kronik obstruktif akciğer hastalığı, kanser gibi) ve tedavide kullanılan ilaçlara (antihipertansifler, aminofilin, digital, antikolinergikler, steroidler, tiroid preparatları, kafein gibi) karşı ikincil olarak anksiyete gelişebileceği belirtilmektedir (5).

Bedensel bir hastalık nedeniyle yaşanan anksiyetenin düzeyi; rahatsızlığın derecesi, boyutları ve bireyin bu durumu algılayışı ile ilgili olarak farklılık gösterebilir. Anksiyete uyum sağlayıcı bir tepki olarak ortaya çıkmışsa; hastayı zamanında tıbbi yardım aramaya ve önerilen tedavileri uygulamaya yöneltir. Bedensel hastalık hastada patolojik bir anksiyete başlatmış ise; bunun sonucu, hasta fiziksel durumu ile ilgili aşırı kaygı yaşar ve tedavi sürecinin her aşamasına karşı duyarlı hale gelir. Eğer bu kaygı kronikleşirse, hasta fiziksel patolojiye ek olarak rahatsız edici bir duygusal durum ile de uğraşmak zorunda kalır. İçinde bulunduğu anksiyete nedeniyle hastanın; ailesinden, arkadaşlarından ve sağlık çalışanlarından

tekrar tekrar güvence talep etmesi, bu kişilerde giderek artan bir bıkkınlık yaratabilir ve sonuçta hastanın duygusal desteklerini yitirmesine neden olabilir. Patolojik bir durum olan anksiyete, tanı ve tedavi sürecinin her aşamasında tehlike yaratabilir ve hastanın optimal işlev düzeyine geri dönme potansiyelini azaltabilir (87).

2.5.4. Tedavi

Anksiyete bozukluklarının tedavisinde temel olarak kullanılan tedavi stratejileri; farmakolojik, bilişsel ve davranışçı yaklaşımların kombinasyonunu içermektedir. Hastaların psikolojik çatışmalara ilişkin iç görü geliştirmesini artırmak amacıyla; iç görü yönelimli psikoterapiler, bozulmuş değerlendirme ve kognisyonları düzeltmeye yönelik bilişsel terapiler kullanılmaktadır (80,84,87).

2.5.5. Hemşirelik Yaklaşımı

Hemşirelerin; anksiyete yaşayan bireyle nasıl ilişki kuracaklarını, nasıl sürdüreceklarını ve nasıl yaklaşımları gerektiğini bilmeleri oldukça önemlidir. Bireye; anksiyeteli olduğunu fark etmesi, anksiyete ile onu rahatlatan davranış arasında ilişki kurması, beklentilerini fark etmesi ve bunun kendini nasıl etkilediğini bilmesi, kendisinde oluşabilecek değişikliği değerlendirebilmesi yönlerinden yardımcı olunması gerekmektedir (96).

Hemşire; profesyonel olarak, hastalığa ve tedavisine uyumunu kolaylaştırmak için hasta ve ailesine bütüncül yaklaşım ile iyimser ve yapıcı davranmaya çalışır. Hemşirenin, hastayı anksiyete yönünden değerlendirebilmesi ve hemşirelik tanılarını belirleyebilmesi için iletişime geçmesi gerekir (7,89).

Anksiyeteli bireye yönelik hemşirelik yaklaşımında amaç; hemşirenin, hastanın yaşadığı anksiyeteyi tanımasını ve azaltmaya çalışmak için baş etme yollarını kullanabilmesini sağlamaktır. Bu amaç doğrultusunda;

1. Hemşire; hastanın, yaşadığı anksiyeteyi tanımasına ve düzeyini azaltmasına yardımcı olur. Anksiyete ile baş etmede ilk adım, anksiyetenin varlığının ve yol açan etkenlerin tanınmasıdır. Sonra anksiyetenin şiddeti belirlenir, hasta ile iletişime geçilir. Anksiyeteli bir hasta sakin, tehdit edici olmayan bir çalışanın yanında

kendini güvende hissedeceğinden, hemşire kendi anksiyetesinin de farkında olarak kontrol etmeye çalışır (7,75,89,103,104).

2. Hastanın; hastalığı ve tedavisi konusunda ne düzeyde bilgi sahibi olduğu, varsa eksik ve yanlış bilgileri belirlenir ve hastanın, hastalık ve tedavi hakkında yeterli ve doğru bilgilenmesi sağlanır.
3. Hastanın kendini daha iyi ve yeterli hissetmesi ve anksiyete düzeyini azaltabilmesi için, bakımına aktif katılımı sağlanır. Bunun için, hastanın hazır oluşuna göre basit işlemlerden zor işlemlere doğru bir planlama yapılabilir. Ancak hasta işbirliğine hazır değilse ona zaman tanınır ve fazla ısrarcı davranılmaz (99).
4. Bireyde strese neden olan olaylar, tehdit edici olarak algılanmadan sözelleştirilir, konuşması için cesaretlendirilir ve desteklenir. Hastaya, tüm insanların zaman zaman endişe ve kaygı hissedebileceği söylenir. Hasta, bu durumu başka insanların da yaşadığını anlayınca anksiyetesini daha iyi kontrol edebilir.
5. Hasta, yalnız bırakılmaz ve yanında olunur. Hemşirenin fiziksel varlığı ile hasta kendini güvende ve güvenlikte hisseder.
6. Birey, yargılanmaksızın kabullenilir ve empatik yaklaşılır. Duygusal yükün boşalması için hemşire; hastanın yürüme, ağlama, konuşma gibi mevcut baş etme yollarını kullanmasına izin verir.
7. Uyarıcı bir çevre anksiyete düzeyini daha da arttırabileceğinden çevresel uyaranlar azaltılır. Birey “şimdi ve burada” olmaya yoğunlaştırılır.
8. Hasta, anksiyete düzeyi azalıp anlatılanları öğrenebilecek düzeye gelince, anksiyeteye yol açan olası nedenler birlikte araştırılır. Hemşire hastanın anksiyetesini tanımasına yardımcı olur.
9. Hemşire, hastanın kullandığı baş etme mekanizmalarını belirler ve geri çekilme, depresyon, şiddet davranışı, inkâr gibi uygun olmayan baş etme yöntemlerini bırakması ya da azaltması için destekler. Uygun olmayan baş etme yöntemlerinin yerine uygun olabilecek seçenekler birlikte araştırılır, etkili sorun çözme yöntemleri öğretilir.
10. Hemşire, hastanın kendi farkındalığını artırmasına yardımcı olur, duygu ve düşüncelerini ifade etmesine olanak tanır.

11. Hastaya, kendine yardım becerileri öğretilir. Atılganlık eğitimi ile hastaya duygularını tanımlaması ve karşısındakine bunu doğrudan ifade etme becerileri, anksiyetesini kontrol etmesi ya da azaltması için gevşeme teknikleri öğretilir (7,75,89,103).
12. Hastanın özgüven duygusunu desteklemek için zaman zaman kendi bakım ve iyileşmesinde büyük katkısı olduğu belirtilir (99).
13. Hastaya; anksiyetenin hızlı kalp atımı, sinirlilik gibi fiziksel semptomlarını önleme ve kafein, nikotin ve diğer santral sinir sistemi uyarıcılarını sınırlamanın önemi hakkında bilgi verilir (98,104).

2.6. DEPRESYON

Zorlanmalar karşısında, bireyde ilk ortaya çıkan belirti duygulanım alanında görülür. Elem ve kaygı artar (5,103,104).

Depresyon; değişen derinlikte üzüntülü ve bunaltılı bir duygu durumla birlikte düşünce, konuşma ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanı sıra değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile belirli bir sendromdur (29,79,102).

Depresyon, çok eskilerden beri bilinen bir hastalık olmakla birlikte, günümüzde daha da yaygınlaşmaktadır. Stres, depresyonun ortaya çıkmasına neden olan ya da kolaylaştıran bir faktördür. Araştırmalarda, stresli yaşam olaylarının depresyondaki rolünün büyük olduğu saptanmıştır (5). Yine araştırmalar, genel nüfusta depresyon belirtilerinin %37 gibi çok yüksek bir sıklıkta olduğunu göstermektedir. Klinik düzeyde depresyon görülme yaygınlığı ise %10 olarak saptanmıştır. Depresyonun başlangıcında yaş, cinsiyet, ırk, medeni durum, yaşanılan yerin coğrafi durumu, düşük sosyo-ekonomik düzey, olumsuz yaşam olayları ve sosyal destek yetersizliğinin önemli rolü olduğunu vurgulanmaktadır (85).

Depresyona yol açan nedenler bireye özgü olmakla birlikte; önemli ekonomik sorunlar, aile bunalımları, iş yaşamındaki çatışma ve doyumsuzluklar, sevgi nesnesinin yitimi gibi ruhsal-toplumsal etkenler önemlidir. Bunun yanında kalıtım, biyolojik, nöroendokrin ve nöroanatomi, psikodinamik ve psikoimmünolojik faktörlerin yanı sıra bedensel hastalıklar ve tedavide kullanılan ilaçlar ele alınmaktadır (29,85).

2.6.1. Genel Görünüm ve Dışa Vuran Davranış

Çökkün hastada; genel olarak yüz çizgileri belirgin, alın çizgileri derinleşmiş, omuzları çökük, yüz üzüntülü ve az bakımlıdır. Psikomotor yavaşlama ve durgunluk gözlenmektedir (29,85,103,104).

2.6.2. Duygu Durum

Depresif duygudurumda, günlük uğraşlara karşı ilgi kaybı ve zevk alınan uğraşlardan artık zevk alınmaması söz konusudur. Depresyon arttıkça hastalar kendilerini mutsuz, elemli, kederli hissederler. Ağlamaklı, kederli ya da anksiyöz bir ifadeleri olabilir. Olaylara olumsuz açıdan bakar, kolayca ağlayabilirler, her şeyi değersiz ve anlamsız görebilirler (17,25,29,90,103,104).

2.6.3. Bilişsel Yetiler

Hastanın bilinci açıktır. Unutkanlık depresif hastalarda tipik bir yakınmadır. Fakat gerçek bir bellek bozukluğu yoktur. Unutkanlık yakınması; ağır üzüntü, sıkıntı ve dikkat azalmasına bağlıdır. Zaman, yer ve kişi yöneliminde bozukluk yoktur. Ancak, hastanın zaman algılaması ve değerlendirmesi ruhsal duruma bağlı olarak değişebilir. Hastada dikkat ve düşünceyi toplama ve belli bir konu üzerinde yoğunlaştırma güçlüğü görülebilir. Hastalar zihinlerinin karmakarışık olduğundan ve berrak düşünemediklerinden yakınrlar (16,17,19,104).

2.6.4. Düşünce Akımı ve İçeriği

Hastanın konuşması yavaşlamıştır. Düşüncesini ifade ederken ses tonu azalır ve zorlukla konuştuğu gözlenir. Hastaların yaklaşık %10'unda, düşünce sürecinin durması, düşünce içeriğinde ağır yoksulluk, konuşma azlığı gibi semptomlar olabilir. Hastanın ruhsal yaşamına çaresizlik ve umutsuzluk duygu ve düşünceleri egemendir. Kendini suçlama eğilimleri olabilir. Hastalıklarının nedenini tanrının bir cezası olarak düşünebilirler. Benlik saygıları çok azalmıştır, kendini işe yaramaz, değersiz ve küçük görür. Bu durum

cezalandırılma beklentilerine yol açar ve intiharla sonuçlanabilir. Yapılan çalışmalar tüm intihar olgularının %70'inin depresyona bağlı ortaya çıktığını göstermektedir (29,85,90,103).

2.6.5. Somatik Belirtiler

Depresyonda en sık rastlanan somatik belirti uyku bozukluğudur. Hastaların %90'ında genellikle ilk belirti olarak ortaya çıkan insomnia vardır. Nadir olarak aşırı uyuma da görülebilir. Hasta genellikle sabahları dinlenmiş olarak uyanmaz ve gündüz uyuma eğilimi yüksektir. Depresif hastaların yaşadığı diğer somatik belirtiler enerji azlığı, güçsüzlük, halsizlik ve çabuk yorulmadır. Depresif hastada erken dönemde ortaya çıkan belirtilerden biri de iştahsızlıktır. Bu nedenle kısa sürede zayıflama olabilir. Seyrek olarak kimi hastalarda aşırı yeme ve kilo alma görülebilir. Yetersiz besin ve sıvı alımına ve psikomotor yavaşlamaya bağlı olarak kabızlık gelişir (80,85,93).

2.6.6. Bedensel Hastalığı Olan Bireylerde Depresyon

Zorlayıcı yaşam olayları ile fizyolojik ve psişik patolojiler arasındaki ilişki bilinmektedir. Selye'nin genel adaptasyon sendromu bu konuda geçerli bir modeldir. Zorlanma karşısında, ilk ruhsal belirti duygulanım alanında görülür. Depresyonun ortaya çıkmasında etkili olan yaşam olaylarının uzun sürmesi, zorlayıcı ve çözümsüz görülmesi ve baş etme becerilerinin yeterli olmaması önemli etmenlerdir (5,82).

Bu zorlayıcı yaşam olaylarından biri de bedensel hastalıktır. Bedensel hastalığı olanlarda depresyon en yaygın psikiyatrik bozukluktur. Epidemiyolojik ve klinik araştırmalar; ayaktan izlenen hastaların %12-36'sında, yatarak tedavi görenlerin %30-58'inde depresif sendrom geliştiğini göstermektedir. Yatan hastaların %11-26'sında klinik psikopatolojik anlamıyla depresif sendrom gelişmektedir ki bu, genel nüfusta kaydedilen depresyon sıklığından (%3-6) çok daha fazladır. Bedensel hastalarda depresyon gelişim sıklığında etkili birçok faktör vardır (31). Bunlar doğrudan hatalığa ve tedavide kullanılan ilaçlara bağlı nörobiyolojik, psikolojik ve psikopatolojik etkenler olabileceği gibi hastalığa karşı geliştirilen bireye özgü psikolojik tepkiler, algısal süreçler, psikososyal ortam ve bunların karşılıklı etkileşimleri de olabilir. Nörobiyolojik faktörlerin başlıcaları; hormonal, nutrisyonel, elektrolit ve endokrin bozukluklardır. Öte yandan fiziksel hastalık; bireyin beden imgesini, özgüvenini, kimliğini, yaşam amaçlarını, ego bütünlüğünü, sosyal, aile ve çevre ilişkilerini olumsuz etkileyerek depresyon gelişimine yol açar. Fiziksel hastalık ruhsal yapının

derinliklerindeki baskılanmış ve örtülmüş psikolojik çatışmaları yüzeye çıkarır. Fiziksel hastalık, kişilerde değişik düzeyde kayıp tepkisine yol açmaktadır. Psikodinamik açıdan, kayıp algısı ve eşlik eden özgüven azalması depresyon gelişiminde temel rol oynar. Depresyonun oluşumunda; fiziksel hastalığın niteliği, hastalığın ve etkilerinin hasta tarafından nasıl algılandığı, hastanın baş etme tarzı, çevre ve destek sistemleri rol oynar (89).

Epidemiyolojik çalışmalar; fiziksel hastalık ve benimsenen depresyon tanı ölçütlerine göre değişmekle birlikte hastaların %12-36'sında depresyon geliştiğini ortaya koymaktadır. Yatarak tedavi gören tıbbi hastaların %30'unda orta şiddette depresyon ve %11'inde majör depresyon sıklığı bildirmektedir (89).

Yurt dışında yapılan bir çalışmada, yatarak tedavi gören hastaların %60'ında depresif sendrom düzeyi yüksek bulunmuştur (92).

Yatan hastalarda depresyon sıklığının fazla olması, fiziksel hastalığın şiddetinin artmasıyla depresyon riskinin yükselmesine bağlanmaktadır. Tıbbi hastalarda ortaya çıkan depresyonun; hastayla ilgili sosyodemografik özelliklerden önce, hastalığın fiziksel niteliğine, şiddetine ve neden olduğu psikososyal morbiditeye bağlı olduğu bildirilmiştir. Fiziksel hastalığı olanların yaklaşık %33'ünde orta şiddette depresyon, %27'sinde majör depresyon ortaya çıkmaktadır. Fiziksel hastalıklarda ortaya çıkan depresyon; ikincil olarak gelişen psikopatolojik bir durum olabilir. Fiziksel bozukluğun bir semptomu veya rastlantısal olabilir (89).

Bedensel hastalığa eşlik eden depresyonun; hastalara göre değişse de, bedensel hastalığın gidişini etkileyeceği için tanınması ve tedavi edilmesi önem taşımaktadır (87).

2.6.7. Tedavi

Depresyonun tedavisinde farmakolojik ve psikoterapötik yaklaşımlar birlikte kullanılmaktadır. Terapistin hastadan eşduyumlu olarak bilgi edindiği ve hastanın güvenini kazandığı, destekleyici terapötik bir ilişkinin kurulması ve sürdürülmesi depresyon tedavisinin ayrılmaz bir parçasıdır. Psikososyal etmenler tamamen dışarıda bırakıldığında, farmakoterapinin sonuçları yetersiz kalabilmektedir. Hastanın olumlu düşünce geliştirmesine yardım eden bilişsel terapiler, duygusal destek sağlamak amacıyla destekleyici psikoterapi ve davranış terapileri kullanılmaktadır (29,90,91,93).

2.6.8. Hemşirelik Yaklaşımı

Depresyon genel hemşirelik uygulamasında hemşirelerin en sık karşılaştıkları ruhsal bozukluktur. Hemşirenin hastasına yardım edebilmesi için öncelikle, bireyin içinde bulunduğu duygu-durumu ve depresyonunu değerlendirmesi gerekir. Bunun için de bireyin duygusal durumunu, sosyodemografik özelliklerini, sözel ve sözel olmayan tepkilerini, kişilerarası ilişkilerini, bedensel hastalığın şiddetini, süresini, bireyin kullandığı ilaçları bilir ve bireyin hastalığını algılama ve değerlendirme biçimini araştırır. Aynı zamanda hastanın stresle başa çıkma tarzlarını inceler ve depresyon belirtilerine yönelik verilere de ulaşır (75,85).

Depresyonu olan hastanın olası hemşirelik tanıları şunlardır:

- Kendine yönelik şiddet,
- Benlik saygısında azalma,
- Sosyal ilişkilerde azalma,
- Güçsüzlük,
- Düşünce süreçlerinde değişme,
- Beslenmede bozukluk,
- Uyku bozukluğudur (75,85,103,104).

Depresyonu olan hastaya hemşirelik müdahaleleri şunları içermektedir:

1. Depresyonu olan hastada öğrenilmiş çaresizlik bulunduğundan; sosyal ilgiye cesaretlendiren hemşirelik fonksiyonları başarılı olabilmektedir.

- Hemşire, hastanın umudunu yeniden oluşturmasında, bu duygularını sözelleştirmesinde, bağımsızlık ve otonomi kazanmasında, özsaygıyı oluşturmasında bilişsel ve davranışçı teknikleri kullanabilir.
- Öğrenilmiş çaresizliği düzeltmede; benlik kontrolünü öğrenme, sorun çözme, hazzın ertelenmesi, etkili baş etme yöntemlerini yeniden kazanabilmesi mümkündür.
- Sosyal ilgiyi desteklemede; başkalarıyla iletişim kurmalarını sağlamak, ilgiyi iletme ve kendine odaklaşmayı azaltmak sosyal ilişkilere fırsat sağlayacaktır. Depresif bireylerle çalışan hemşireler sağlık kaynaklarını

arttırmak için çeşitli stratejiler oluşturur, daha üretici ve sağlıklı yaşam biçimi geliştirmelerine yardım eder (85,89,103).

2. Hemşireler; bireylerin yardım arama ile ilgili gereksinim ve inançlarını saptayarak bunlara ilişkin girişimlerde bulunur ve bireylerin hangi konularda duygu yoğunluğu içinde olduğunu belirleyerek, sağlık bakım profesyonellerini bu konularda bilgilendirirler (89,103,104).
3. Hemşire hastasının güvenliği için sık sık iletişime geçerek duygu ve düşüncelerini ifade etmesine olanak tanır. Gerçek duygularını ifade edebilmesi için hastayı cesaretlendirir, umut duygusunu güçlendirir. Aynı zamanda güvenli bir çevre oluşturur, hastanın kendine zarar verebileceği tüm nesnelere ortamdan uzaklaştırılır. Öfke duygusunu uygun biçimde ifade etmesine olanak sağlar, düşmanca duygularını boşaltma olanağı verir (75,85,104).
4. Hemşire hastanın bireysel güçlerini ön plana çıkartması için onu cesaretlendirir. Depresyondaki hastalar kendilerini genellikle sosyal desteksiz ve yardımsız görürler ve kimsenin kendilerine yardım edemeyeceğini düşünürler. Hastanın sosyal destek kaynaklarının farkına varması, yaşamındaki olumlu yönleri görmesine ve dolayısıyla da baş etme gücünün artmasına yardım edecektir (85). Hemşire; bireyin aldığı sosyal desteğin, onun yaşam kalitesini nasıl etkilediğini saptar. Bireyin sorunlarını paylaşabileceği birilerinin varlığı bireyin yaşam kalitesini yükseltmesine yardımcı olacaktır (89,104).
5. Hastanın benlik saygısını yükseltmek için hemşire; hastası ile sık sık iletişime geçer ve zaman ayırır. Böylece kişiye kabullenildiği ve değer verildiği gösterilmiş olur. Benliğinde değiştirmek istediği yönleri bulmasına ve sorun çözme yöntemlerini geliştirmesi sağlanır. Benlik değerinin düşük oluşu, kişinin sorun çözme yeteneğini bozabileceğinden destek gerekebilir (75,85).

Depresyonu olan bireyin bakımında önemli olan diğer bir nokta ise güçsüzlük sorunudur.

Depresyonu olan bireyler kendilerini yorgun, bitkin halsiz hissederler ve bir şey yapacak gücü kendilerinde bulamazlar. Hemşire hastanın bakımıyla ilgili kararlarda; hastanın mümkün olduğu kadar sorumluluk almasına izin verir. Kişinin seçeneklerinin olması, kontrol

duygusunun artmasını sağlar. Bakımıyla ilgili etkinliklerin programını hastanın belirlemesine yardım eder. Hasta yaşamında değiştirebileceği ve değiştiremeyeceği şeyleri belirleyerek, değiştiremeyeceği şeyleri kabullenmesi için cesaretlendirilir (75,85,103,104).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 ARAŞTIRMANIN AMACI VE ŞEKLİ

Bu araştırma, yoğun bakım ünitesi hasta ve hemşirelerinin, konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliğine duyduğu gereksinimi ortaya konması amacıyla, tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Araştırma, Mersin İli Sağlık Bakanlığı'na bağlı iki hastane ve Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Cerrahi, Dâhiliye ve Koroner YBÜ'lerinde yapılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan Mersin Toros Devlet Hastanesi'nin; Cerrahi YBÜ'si yedi yataklı ve 10 hemşire ile, Dâhiliye YBÜ'si beş yataklı ve 10 hemşire ile, Koroner YBÜ'si beş yataklı ve 10 hemşire ile hizmet vermektedir. Mersin Devlet Hastanesi'nin; Cerrahi YBÜ'si 12 yataklı ve 20 hemşire ile, Dâhiliye YBÜ'si dokuz yataklı ve sekiz hemşire ile, Koroner YBÜ'si 11 yataklı ve dokuz hemşire ile hizmet vermektedir. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nin, Cerrahi YBÜ'si 10 yataklı ve sekiz hemşire ile, Dâhiliye YBÜ'si 10 yataklı ve dokuz hemşire ile, Koroner ve Kalp Damar Cerrahi YBÜ'leri 10 yataklı ve dokuz hemşire ile hizmet vermektedir.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Araştırmanın hasta evrenini; belirtilen üç hastanenin Cerrahi, Dâhiliye ve Koroner YBÜ'lerinde yatan hastalar oluşturmuştur. Örneklemi; yoğun bakım ünitesinde yatan, 18 yaş üzeri, bilinçli, algılama ve tepki verme yetileri olan, en az 48 saatten beri yoğun bakım ünitesinde yatmakta olan, okuma yazma bilen, iletişim güçlüğü olmayan ve görüşmeyi kabul eden hastalar oluşturmuştur. Bir yıllık araştırma sürecinde, söz konusu özellikleri taşıyan hasta sayısı fazla olmadığı için, araştırmanın örnekleme 100 hastayla sınırlandırılmıştır.

Araştırmanın hemşire evrenini; belirlenen yoğun bakım ünitelerinde çalışmakta olan hemşireler oluşturmuştur. Hemşirelerle ilgili örneklem seçimine gidilmemiş, hemşirelerin

tümü (N=93) örnekleme alınmak istenmiş, ancak araştırmaya katılmayı kabul eden 79 hemşire (%85) örnekleme oluşturmuştur.

3.4. VERİLERİN TOPLANMASI

3.4.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması

Çalışma iki aşamada gerçekleşmiştir. Birinci aşamada; veri toplamak amacıyla araştırmacı tarafından konuyla ilgili literatür taranarak geliştirilen ve sosyodemografik bilgileri de içeren Görüşme Formu (Ek:1) ile Zigmoid ve Snaith tarafından geliştirilen (1983) ve Türkçeye uyarlamasını Ömer Aydemir, Taner Güvenir, Levent Küey, Savaş Kültür'ün yaptığı Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD) (Ek:2) kullanılmıştır.

Görüşme formunda; hastaların hastalığı, hastanede ve YBÜ'sinde yatışları ile ilgili duygu, düşünce ve psikososyal gereksinimlerine yönelik sekiz soru yer almaktadır.

Görüşme formunun anlaşılabilirliğinin değerlendirilmesi için, örneklem kapsamına alınmayan kliniklerde yatan yirmi hastaya ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda gerekli düzeltme ve değişiklik yapılmıştır.

Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD); Zigmoid ve Snaith tarafından hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek üzere geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkiye'de geçerlilik güvenilirlik çalışması Ömer Aydemir, Taner Güvenir, Levent Küey, Savaş Kültür tarafından yapılmıştır. Bedensel hastalığı olan hasta ve birincil basamak sağlık hizmetine başvuran hastalar için kullanılmaktadır. Toplam 14 sorudan oluşmaktadır. Maddelerin yedisi (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13. maddeler) anksiyeteyi ve diğer yedisi (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14. maddeler) depresyonu ölçmektedir. Dörtlü likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Her maddenin puanlaması değişik biçimdedir; 1., 3., 5., 6., 8., 10., 11. ve 13. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3,2,1,0 biçimindedir. Öte yandan, 2., 4., 7., 9., 12. ve 14. maddeler ise 0,1,2,3 biçiminde puanlanırlar. Alt ölçeklerin toplam puanları bu madde puanlarının toplanması ile elde edilir. Anksiyete alt ölçeği için 1., 3., 5., 7., 9., 11. ve 13. maddeler toplanırken; depresyon alt ölçeği için 2., 4., 6., 8., 10., 12. ve 14. maddelerin puanları toplanır. Güvenirlilik çalışmasında, Cronbach alfa katsayısı anksiyete alt ölçeği için 0.8525, depresyon alt ölçeği için 0.7784 olarak bulunmuştur ve madde-toplam puan korelasyon katsayıları anksiyete alt ölçeğinde 0.8161 – 0.8547 arasında, depresyon alt ölçeğinde ise 0.7374 – 0.7795 arasında değişmektedir. Yarıya bölme güvenirliliğinde anksiyete alt ölçeği $r = 0.8532$, depresyon alt ölçeği için $r = 0.8069$ bulunmuştur. Türkçe

formunun geçerliliği ile birlikte geçerlilik yönteminde, anksiyete alt ölçeği ile Sürekli Kaygı Ölçeği arasındaki korelasyon katsayısı 0.7544 ve depresyon alt ölçeği ile Beck Depresyon Ölçeği arasındaki korelasyon katsayısı 0.7237 olarak bulunmuştur. Yapı geçerliliği için faktör analizi uygulanmış ve iki faktör elde edilmiştir. Birinci faktörde anksiyete belirtileri, ikinci faktörde depresyon belirtileri yer almaktadır ROC analizi sonucunda HAD ölçeğinin Türkçe formunun kesme noktaları anksiyete alt ölçeği için 10 ve depresyon alt ölçeği için 7 olarak saptanmıştır (105,106).

Araştırmanın ikinci aşamasında, “Hemşirelerin Hastayla İlgili Gözlem Anketi” (Ek:3) hazırlanmıştır. Bu anket, hastalara uygulanan görüşme formundaki açık-uçlu sorulara verilen yanıtlar doğrultusunda, hemşirelerin hasta açısından değerlendirme yapabilecekleri kapalı uçlu sorulardan oluşturulmuştur.

3.4.2. Veri Toplama Formunun Uygulanması

Hastalara; Kasım 2006-Eylül 2007 tarihleri arasında, kurumlardan izin alınarak ve uygulama öncesi gerekli açıklama yapıldıktan sonra; yoğun bakım ünitesinde yatan ve araştırmamızın ölçütlerine uyan hastalara araştırmacı tarafından görüşme tekniği ile “Görüşme Formu” ve “Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği” (HAD) uygulanmıştır.

Hemşirelere, hastalardan alınmış olan bilgiler doğrultusunda hemşireler için hazırlanan “Hastalarla İlgili Gözlemler Anketi”, çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelere Ekim 2007- Mart 2008 tarihleri arasında uygulanmıştır.

3.5. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hastalara uygulanan “Görüşme Formu”ndan elde edilen bilgilerin kodlanması, gruplandırılması ve ilk değerlendirilmesi araştırmacı tarafından yapılmıştır. Bunun için Microsoft Office Excel programı kullanılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde, SPSS 11.5 paket programı kullanılmıştır. Hastalarla ilgili bazı demografik özelliklere ilişkin frekans tablolarının elde edilmesinden sonra, (1) görüşme sorularına verilen cevapların, hastaların (2) anksiyete düzeylerinin ve (3) depresyon düzeylerinin ilgili demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek üzere, bağımsız örneklem için t testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) çalışmaları yapılmıştır. Tek yönlü varyans analizi sonrasında yapılan çoklu karşılaştırma testlerinde, Tukey metodu kullanılmıştır.

Veri analizinin ikinci aşamasında, hemşirelerle ilgili demografik özelliklerin, (1) yardım alma, (2) konsültasyon isteme ve (3) üstesinden gelme üzerindeki etkilerini değerlendirmek üzere ki-kare analizi uygulanmıştır. Yine, hastaların, “yattıkları ünitelerde yaşadıkları duygu ve düşünceler” ile hemşirelerin, “hastaların yaşadıkları duygu ve düşüncelere ilişkin farkındalıklarının” örtüşüp örtüşmediğini belirlemek üzere, Cramer’s V testi ve Medcalc 9.4.2 paket programı kullanılmıştır. Yapılan tüm analizlerde, anlamlılık düzeyi olarak $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

3.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

1. AraŐtırmadan elde edilen sonuçlar; yalnızca Cerrahi, Dâhiliye ve Koroner Yoğun Bakım Ünitelerinde yatan; 18 yaş üstü, bilinçli, algılama ve tepki verme yetileri olan, yoğun bakım ünitesinde en az 48 saat yatmış olan, okuma yazma bilen, iletişim güçlüğü olmayan ve görüşmeyi kabul eden hastalar ile sınırlıdır ve bu hastalara genellenebilir.
2. Araştırmamızın desenine göre, bedensel hastalık tanıları bir değişken olarak önemli görülmediğinden, tanılar göz önüne alınmamıştır.
3. Araştırmanın ikinci aşamasından elde edilen sonuçlar, yalnızca bu çalışma kapsamına giren hemşirelerin deneyimlerine genellenebilir.
4. Çalışmaya katılmayı kabul etmelerine karşı hemşirelerin yanıtlarının yeterince kapsamlı olmadığı ve yüzeysel olduğu izlenimini alınmıştır. Bunun nedeni hemşirelerin belirttiği zaman azlığı ve yoğun çalışma koşulları olabilir.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan 100 hasta ve araştırma kapsamındaki yoğun bakım ünitelerinde çalışan 79 hemşire ile ilgili tanıtıcı özellikler, hastaların hastane anksiyete depresyon ölçeğine göre durumu, yapılan görüşmelerde elde edilen veriler ve hemşirelerin hastalara ilişkin gözlemleri yer almaktadır.

Çizelge 4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri

Tanıtıcı Bilgiler		N	%
Yaş	19–29 yaş	51	64,6
	30–39 yaş	25	31,6
	40–49 yaş	3	3,80
Öğrenim Durumu	SML	25	31,6
	Ön lisans (AÖF)	12	15,2
	Ön lisans (SHMYO)	11	13,9
	Lisans	31	39,2
Çalışma Yılı	1–3 yıl	21	26,6
	4–7 yıl	26	32,9
	8–12 yıl	18	22,8
	13 –(+)	14	17,7
Yoğun Bakım Ünitesi	Cerrahi	31	39,2
	Dâhiliye	24	30,4
	Koroner	24	30,4
Memnuniyeti	Çok memnunum	7	8,90
	Memnunum	49	62,0
	Kararsızım	15	19,0
	Memnun değilim	8	10,1
Çalışma Şekli	Sürekli gündüz	12	15,2
	Nöbet	11	13,9
	Vardiyalı	56	70,9
Çalışma Nedeni	Kendi isteği	33	41,8
	Tayin-atama	24	30,4
	Diğer	22	27,8
Eğitim Alma Durumu	Evet	19	24,1
	Hayır	60	75,9
Toplam		79	100

Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin tanıtıcı özellikleri Çizelge 4.1.'de görülmektedir. Buna göre YBÜ'lerinde çalışan hemşirelerin; %64,6'sı 19–29 yaş, %31,6'sı 30–39 yaş ve %3,8'i 40–49 yaş grubundadır. YBÜ'lerinde çalışan hemşirelerin yarısından çoğunun 30 yaşın altında olduğu görülmektedir. Öğrenim durumlarına göre hemşirelerin; %31,6'sı sağlık meslek lisesi, %15,2'si açık öğretim ön lisans, %13,9'u ön lisans, %39,2'si

lisans mezunudur. Lisans, önlisans ve sağlık meslek lisesi mezunlarının oranı birbirine yakın olmakla birlikte, lisans mezunu hemşireler biraz daha fazladır. Hemşirelerin; %26,6'sı 1–3 yıl, %32,9'u 4–7 yıl, %22,8'i 8–12 yıl ve %17,7'si 13 yıl ve üzeri süreden beri çalışmaktadır. Hemşirelerin yarıdan fazlası yedi yıl ve daha az süreden beri çalışmaktadır. Hemşirelerin; %39,2'si Cerrahi, %30,4'ü Dâhiliye, %30,4'ü Koroner YBÜ'nde çalışmaktadır. Çalışmanın yapıldığı cerrahi YBÜ'lerinde; yatak sayısı ve hemşire sayısı fazla olduğu için, hemşirelerin çoğu cerrahi YBÜ'nde çalışmaktadır. Hemşirelerin memnuniyet durumları incelendiğinde %8,9'u “çok memnunum”, %62'si “memnunum”, %19'u “kararsızım” ve %10'u “memnun değilim” biçiminde ifade etmişlerdir. Hemşireler genel olarak çalıştıkları birimden memnundurlar. Hemşirelerin %15,2'si sürekli gündüz, %13,9'u nöbet ve %70,9'u vardiyalı sistemle çalışmaktadır. Yoğun Bakım Ünitelerinde genellikle vardiyalı sistemle çalışılmaktadır. Hemşirelerin % 41,8'i YBÜ'sinde kendi istekleriyle, %30,4'ü tayin ve atama ve %27,8'i diğer yani yönetimin isteği, sürgün gönderilme gibi nedenlerle çalışmaktadır. Hemşirelerin %75,9'unun yoğun bakım hemşireliği alanında bir eğitim almadığı, yalnızca %24,1'i bu alanda eğitim aldığı anlaşılmaktadır. Tüm bu değişkenler arasında bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.2. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tanıtıcı Bilgiler		%
Cinsiyet	Kadın	52
	Erkek	48
Yaş	19–37	25
	38–52	26
	53–64	26
	65-(+)	23
Öğretim Durumu	Okur-yazar	23
	İlkokul	35
	Ortaokul	14
	Lise	28
Medeni Durumu	Evli	73
	Bekâr	13
	Dul- boşanmış	14
Kiminle Yaşadığı	Yalnız	6
	Anne-baba	11
	Eş, çocuk	53
	Çocuk ya da bir yakını	11
	Eşi	19
Meslek Durumu	Memur	22
	İşçi	10
	Serbest	26
	Ev Hanımı	42
Ekonomik Durumu	Kötü	17
	Orta	59
	İyi	24
Sosyal Güvencesi	Emekli sandığı	17
	SSK	46
	Bağ-kur	15
	Yeşil kart	12
	Yok	10
Yattığı Ünite	Cerrahi	64
	Dâhiliye	13
	Koroner	23
Toplam		100

Araştırmaya katılan 100 hastayla ilgili tanıtıcı bilgilere Çizelge 4.2.'de yer verilmiştir. Araştırmayı %52 kadın ve % 48 erkek hasta oluşturmaktadır. Araştırmaya katılanların çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır. Yaş durumlarına göre; %25'i 19–37 yaş, %26'sı 38–52 yaş, %26 53–64 yaş ve %23'ü 65 yaş ve üzerindedir. Hastaların yaş gruplarının oranları birbirine yakındır. Hastalardan %23 okur-yazar, %35 ilkokul, %14 ortaokul, %28 lise mezunudur ve hastalardan üniversite mezunu bulunmamaktadır. Araştırmaya katılan hastalardan %73'ü evli, %13'ü bekâr ve %14'ü dul-boşanmıştır. Hastaların %6'sı yalnız, %11'i anne ve babası, %53'ü eş ve çocukları, %11'i çocuk ya da bir yakını, %19'u eşi ile

birlikte yaşamaktadır. Mesleki durumları incelendiğinde %42'sinin ev hanımı, %26'sının serbest çalışan, %22'sinin memur, %10'unun işçi olduğu görülmüştür. Ekonomik durumlarını kendilerine göre yorumladıklarında %59'u yani yarıdan fazlası “orta”, %24'ü “iyi”, %17'si “kötü” olarak değerlendirmiştir. Hastaların %46'sı SSK'ya, %17'si emekli sandığına, %15'i Bağ-Kura bağlıdır, %12'sinin Yeşil kartı vardır ve %10'unun herhangi bir sosyal güvencesi bulunmamaktadır. Hastaların %64'ü Cerrahi, %23'ü Koroner ve %13'ü Dâhiliye yoğun bakım ünitesinde yatmaktadır. Cerrahi YBÜ'ndeki yatak sayısının fazla olması nedeniyle hasta sayısı diğer ünitelerden daha fazladır.

Çizelge 4.3. Hastaların Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puanlar

HAD		n	%	Ortalama± SE	Min.	Max.
HAD – A	Eşik Altı (0–10 puan)	53	53	10,18±,49	0	21
	Eşik Üstü (11-21puan)	47	47			
HAD – D	Eşik Altı (0–7 puan)	28	28	10,43±,48	1	21
	Eşik Üstü (8-21puan)	72	72			

Hastaların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinden aldıkları anksiyete ve depresyon puanları incelendiğinde (Çizelge 4.3.); Anksiyete puan ortalaması 10,18± ,49 (Min: 0, Max: 21), Depresyon puan ortalaması ise 10,43± ,48 (Min: 1, Max: 21) olarak bulunmuştur. Anksiyete ve depresyon alt ölçeklerinden alınan puanlar eşik altı ve eşik üstü olarak değerlendirildiğinde; hastaların %47'sinin anksiyete alt ölçeğinden eşik üstünde, %72'sinin depresyon alt ölçeğinden eşik üstünde puan aldıkları görülmektedir. Bu durum, YBÜ'lerinde yatan hastaların yarısına yakınında anksiyete düzeyinin normalin üstünde olduğu görülmektedir. Yaklaşık dört hastanın üçünde (%72) ise depresyon düzeyinin yüksek olduğu görülmektedir. Görüldüğü gibi anksiyete ve depresyon, YBÜ'nde yatan hastaların önemli bir kesiminde görülen bir bulgudur.

Çizelge 4.4. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre HAD Ölçek Puanları

Tanıtıcı Bilgiler		n	HAD-A* Ortalama±SE	HAD-D* Ortalama±SE
Cinsiyet	Kadın	52	11,0±,67	10,78±,61
	Erkek	48	9,29±,72	10,04±,76
Yaş	19-37	25	8,72±,88	8,80±,95
	38-52	26	9,96±,93	10,26±,82
	53-64	26	10,34±1,09	10,96±,94
	65-(+)	23	11,82±,99	11,78±1,12
Öğretim Durumu	Okur-yazar	23	11,21±,99	12,08±,90
	İlkokul	35	11,20±,75	10,85±,78
	Ortaokul	14	8,9±1,62	10,57±1,46
	Lise	28	8,6±,91	8,46±,89
Medeni Durumu	Evli	73	10,09±,53	10,31±,53
	Bekâr	13	8,6±1,68	9,46±1,36
	Dul- boşanmış	14	12,0±1,50	11,92±1,59
Kiminle Yaşadığı	Yalnız	6	14,0±2,92	13,33±3,40
	Anne-baba	11	6,9±1,39	8,45±1,29
	Eş, çocuk	53	10,0±,59	10,20±,61
	Çocuk ya da bir yakını	11	13,27±1,4	13,27±1,45
	Eşi	19	9,5±1,12	9,63±,96
Meslek Durumu	Memur	22	10,4±1,13	10,81±1,07
	İşçi	10	6,5±1,26	9,40±1,03
	Serbest	26	9,9±,87	9,50±1,14
	Ev Hanımı	42	11,07±,77	11,04±,67
Ekonomik Durumu	Kötü	17	11,0±1,15	12,47±1,14
	Orta	59	10,5±,63	10,74±,58
	İyi	24	8,6±1,06	8,20±1,04
Sosyal Güvencesi	Emekli sandığı	17	12,52±1,42	12,17±1,39
	SSK	46	9,6±,65	9,50±,64
	Bağ-kur	15	10,4±1,24	12,00±1,21
	Yeşil kart	12	10,0±1,29	10,83±,91
	Yok	10	8,7±1,89	8,90±1,99
Yoğun Bakım Ünitesi	Cerrahi	64	10,26±,63	10,65±,63
	Dâhiliye	13	10,92±1,35	10,76±1,09
	Koroner	23	9,5±1,01	9,60±,96

* Değişkenlerle ölçek skorları arasında bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre HAD ölçeği puan ortalamaları çizelge 4.4.'te görülmektedir. Yapılan incelemede, hastaların tanıtıcı özelliklerinin HAD ölçeği puanlarını etkilemediği görülmüştür (p>0,05).

Hastaların “Görüşme Formu”na, hemşirelerin ise “Hastalara İlişkin Gözlemler Anketi”ne verdikleri yanıtların karşılaştırılarak incelenmesi

Hastalara; “*Hasta olduğunuzu ilk öğrendiğinizde (duyduğunuzda) kendinizi nasıl hissettiniz? Ne gibi duygular yaşadınız?*” sorusu ile hemşirelere; “*Aşağıda, hastaların*

hastalıklarını ilk öğrendiklerinde yaşadıkları duygulara ilişkin bazı ifadeler yer verilmiştir. Buna göre, hastalarda en çok gözlediğiniz duygu yoğunluklarından ilk üçünü önem sırasına göre işaretleyiniz.” sorusuna verilen yanıtlar Çizelge 4.5.’te yer almaktadır.

Çizelge 4.5. Hastaların Hastalığını İlk Öğrendiğinde Yaşadıkları Duygular Konusunda Hasta ve Hemşire Görüşleri

Yanıtlar	Hasta		Hemşire		P*
	n	%	n	%	
Korku	43	43,0	29	36,7	0,483
Üzüntü	30	30,0	18	22,8	0,362
Kaygı ve öfke	11	11,0	13	16,5	0,394
Olağan	8	8,0	2	2,5	0,106
Ailesiyle ilgili endişeler	4	4,0	5	6,3	0,722
Umutsuz ve yalnız	4	4,0	12	15,2	0,019
Toplam	100	100	79	100	

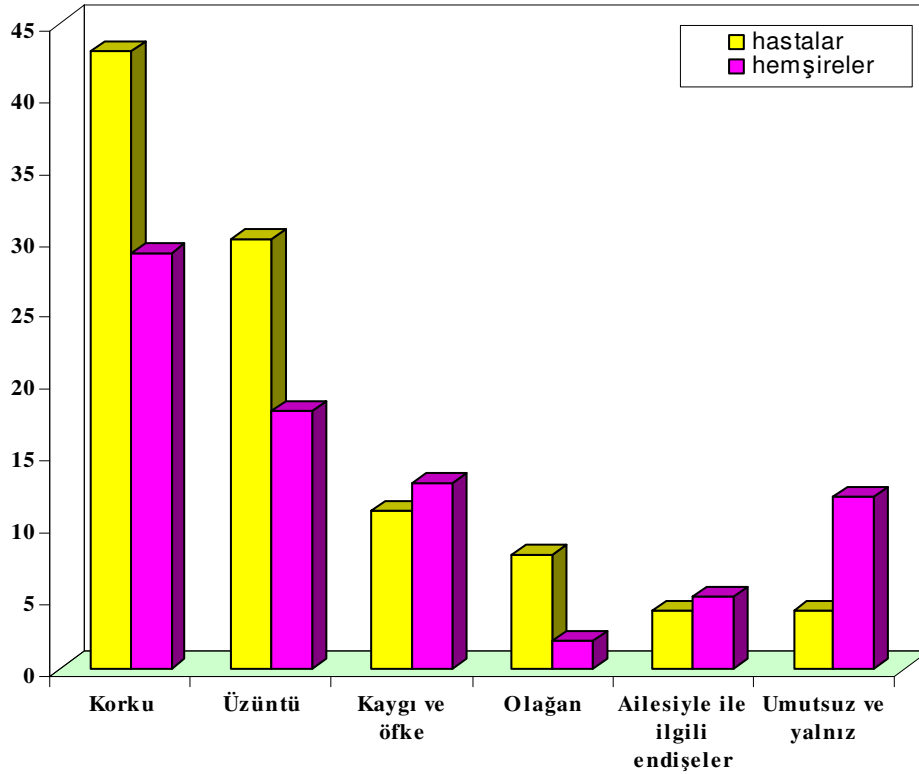
* Medcalc 9.4.2 paket programında comparison of proportions ile yapılan karşılaştırma p değeri

Hastalığını ilk öğrendiğinde hastaların % 43’ü korku, % 30’u üzüntü, %11’i kaygı ve öfke duyduğunu, %8’i bu durumu olağan karşıladığını, %4’ü umutsuz ve yalnız hissettiğini, %4’ü ailesi ile ilgili endişeler yaşadığını belirtmiştir.

Hastaların hastalığını ilk öğrendiğinde; hemşirelerin % 36.7’si korku, % 22.8’si üzüntü, %16.5’i kaygı ve öfke yaşayabileceğini, % 15.2’si umutsuz ve yalnız hissedebileceğini, %6.3’ü ailesiyle ilgili endişelerinin olabileceğini ve %2.5’si bu durumunu olağan karşılayabileceğini ifade etmişlerdir. Hastaların hastalığını ilk öğrendiklerinde yaşayabilecekleri ilk üç duygu da hasta ve hemşirelerin görüşlerinin örtüştüğü görülmektedir.

Hasta ve hemşirelerden elde edilen bu bulguların genelinin istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığı Cramer V Testi ile incelenmiştir. Test sonuçları, hastaların ilk yaşadıkları duygularla, hemşirelerin hastanın yaşadığını düşündüğü duygular arasında uyumsuzluk gözlenmemiştir. (Cramer’s V=0,281; p>0,05). Medcalc paket programında comparison of proportions ile ilk üç duygunun oranları birbiriyle karşılaştırıldığında istatistiksel olarak uyumlu bulunmuştur (p>0,05). Bu sonuca göre hemşirelerin, hastaların yaşadığı duyguları

tanyabildikleri söylenebilir. Grafik 4.1.'de hastaların hastalığını ilk öğrendiğinde yaşadıkları duygular konusunda hasta ve hemşirelerin yanıtları görülmektedir.



Grafik 4.1. Hastaların Hastalığını İlk Öğrendiğinde Yaşadıkları Duygular Konusunda Hasta ve Hemşire Görüşleri

Hastaların, hasta olduğunu ilk öğrendiklerinde yaşadıkları duygulardan bazıları aşağıda verilmiştir.

Korku ile ilgili ifadeler:

“Korktum. Korkuyorum. Dünyam kararıyor. Çıldıracağ gibiyim. Bütün dünya üstüme üstüme geliyor. Ölüm geliyor aklıma. Hastalığım biraz daha ilerlerse... Hep bu korku ile yaşıyorum (hasta ağlıyor)” (64 yaşında, kadın hasta, Dâhiliye YBÜ, Hepatik Koma+Gastrointestinal Sistem Kanaması)

“Korktum. Kanser olmasından çok korktum. Ağabeyim de kanserden öldü. Bu beni perişan etti. Yıkıldım. Ben bunu hak etmedim.” (50 yaşında, erkek hasta, Cerrahi YBÜ, Kolon CA+ Kolektomi)

“Korktum. O anda hayatım bitti dedim. Öleceğimi düşündüm. Sonra çocuklarım geldi aklıma. Torunlarımla daha fazla vakit geçirmek

istiyorum. Onların büyüdüğünü göremeyeceğim.” (60 yaşında, kadın hasta, Cerrahi YBÜ, Kolon CA)

“Korktum. Yaşlanınca insan her hasta olduğunda biraz daha fazla korkuyor. Öleceğini düşünüyor. Ben de öleceğimi düşündüm. Yaşlanınca ölümü daha sık düşünüyorsun.” (64 yaşında, erkek hasta, Cerrahi YBÜ, Kolesistit + Kalp Yetmezliği)

Üzüntü ile ilgili ifadeler:

“Çok üzüldüm. Bu kadar ciddi olabileceğini düşünmemiştim. Ciddiyeti anlayınca dünyam başıma yıkıldı.” (64 yaş, kadın hasta, Cerrahi YBÜ, Mide CA)

“Ailemi düşündüm. Onların bana ihtiyacı varken benim halime bak. Benim burada olmamam lazım.” (33 yaşında, erkek hasta, Cerrahi YBÜ, Subdural Hematom+ Travma)

Öfke ile ilgili ifade:

“Sinirlendim. Doktora kızdım. Nasıl olur böyle bir şey. Ben düzenli yaşayan bir insanım. Sağlığıma dikkat ederim. Sinirlenilmeyecek gibi değil. Ama aslında sinirlenmem kişilere değil, kendime ve durup durduk yerde böyle olmasına. Ben bunun olması için hiçbir şey yapmadım. Nerden çıktı anlamadım. Hala da sinirliyim.” (52 yaşında, erkek hasta, Cerrahi YBÜ, Kolon CA)

Olağan karşılama ile ilgili ifade:

“Normal. Yaşlandım artık. Hep hastayım. Hastalıklardan hiç kurtulmuyorum. Hastalık işte biri bitip biri başlıyor, ne kadar dikkat edersen et. Oluyor işte.” (69 yaşında, kadın hasta, Cerrahi YBÜ, , Femur fraktürü+Hiper tansiyon)

Hastalara; **“Sizce bu hastalığa neden olan durum/durumlar nelerdir?”** sorusu ile hemşirelere; **“Gözlemlerinize göre; hastalar kendi hastalıklarının nedenlerini en çok hangi**

duruma bağlamaktadır? Aşağıda verilen ifadeler arasından, gözlemlediğiniz ilk üç durumu önem sırasına göre işaretleyiniz.” sorusuna verilen yanıtlar Çizelge 4.6.’te yer almaktadır.

Çizelge 4.6. Hastaların Hastalıklarını Bağladıkları Nedenler Konusunda Hasta ve Hemşire Görüşleri

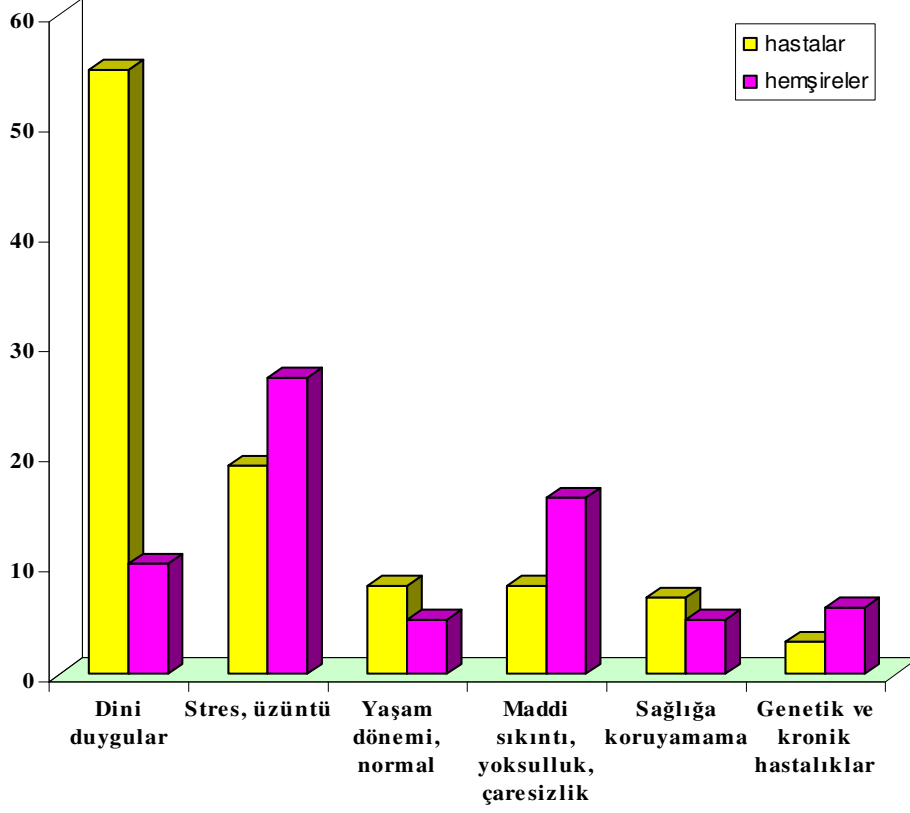
Yanıtlar	Hasta		Hemşire		P*
	n	%	n	%	
Dini duygular (Allahtan geldi, sınav, ceza, kader vb.)	55	55,0	10	12,7	0,0001
Yaşadığı stres ve üzüntüler (kayınvalide, eş, çocuk vb. kişilerle ilişkili sorunlar,...)	19	19,0	27	34,2	0,0325
Yaşam dönemlerine bağlama ve normal görme	8	8,0	5	6,3	0,884
Maddi sıkıntı, yoksulluk, çaresizlik	8	8,0	16	20,3	0,0296
Sağlığını yeterince koruyamamış olma	7	7,0	5	19,0	0,0279
Genetik ve kronik hastalıklar	3	3,0	6	7,6	0,292
Toplam	100	100	79	100	

*Medcalc 9.4.2 paket programında comparison of proportions ile yapılan karşılaştırma p değeri

Hastaların %55’i hastalığını dini duygular, % 19’u yaşadığı stres ve üzüntüler, %8’i yaşam dönemleri, %8’i yoksulluk ve çaresizlik, %7’si sağlığını koruyamama, %3’ü genetik ve kronik hastalıklarla açıklarken; hemşirelerin %34,2’si hastalıkların nedenini hastaların yaşadığı stres ve üzüntüler, %20,3’ü yoksulluk ve çaresizlik, %12,7’si dini duygularla, %7,6’sı genetik ve kronik hastalıklarla, %6,3’ü yaşam dönemleri ve %6,3’ü sağlığını koruyamama ile açıklamaktadır.

Hastaların, hastalıklarını bağladıkları nedenlerle ilgili Cramer V testi ile yapılan analizlerde, hasta ve hemşire görüşleri arasındaki farkın uyum katsayısı anlamlı değildir (Cramer’s V=0,248; p>0,05). Buna göre, hemşire ve hastaların bu konudaki görüşleri örtüşmemektedir. Medcalc paket programında comparison of proportions ile duyguların oranları birbiriyle karşılaştırıldı ve istatistiksel olarak çoğu uyumsuz bulundu (p>0,05).

Hastaların hastalıklarını bağladıkları nedenler konusunda hasta ve hemşirelerin görüşleri, Grafik 4.2.’de verilmiştir.



Grafik 4.2. Hastaların Hastalıklarını Bağladıkları Nedenler Konusunda Hasta ve Hemşire Görüşleri

Hastaların hastalıklarını bağladıkları nedenler konusunda hasta görüşleri ile ilgili ifadelerden bazıları aşağıda verilmiştir.

Dini duygularla ilgili ifadeler:

“Kader. Cenabı Allah sınıyor, Allah çekebileceğimiz kadar verir. Elimizden geldiği kadarını yaparız, Allahtan gelen bir şey bizim elimizde değil. Her şeyin sonunda bir ödül var.”(53 yaşında, erkek hasta, Cerrahi YBÜ, Rektum CA)

“Kader, kısmet. Sağlığın zekâtıdır hastalık. Hastalığın başka anlamı olur mu?”(55 yaşında, erkek hasta, Dâhili YBÜ, Akut Lenfoblastik Lösemi)

“Allahtan gelen bir rahatsızlık. Dört dörtlük bir dünya olmaz. Kimine rabbim eşinden çektiriyor, kimine parasızlıktan, kimine kayın validesinden çektiriyor, çekmeyen yok bizi de rabbim hastalıkla terbiye etti, bu imtihanımızı hayırlısı ile başarı ile atlatma nasip olur inşallah. Hep

hayırlısı olsun diye dualar ediyorum.”(53 yaşında, kadın hasta, Koroner YBÜ, Mitral Yetmezlik+ Koroner Arter Hastalığı)

“Allahın bir cilvesi. Böyle olması gerekiyormuş. Alın yazısı ne ise onu yaşayacağız. Öyle yazılmış kaderimize, yapılacak bir şey yok, Allah bana bunu verdi, kabul etmek zorundayım. Canı veren de Allah alan da.”(79 yaşında, kadın hasta, Koroner YBÜ, Diyabet+Hiper Tansiyon+ Kalp Yetmezliği)

“Kader. Allahın takdiri. Bazen düşünüyorum da ben dini vecibelerini yerine getiren biri değildim. Cuma namazına gitmem, uzun zamandır oruç tutmuyorum. Acaba Allah beni cezalandırdı mı diyorum. Öyleyse bana bu haktır.” (35 yaşında, Erkek Hasta, Cerrahi YBÜ, Subaraknoid Kanama)

Yaşadığı stres ve üzüntüler ile ilgili ifade:

“Eşimin ailesi ile uzun süre beraber oturuyorduk, aşırı üstüme geldiler, her gün stres, her gün dert, her gün ağlama. Eşimle de bu nedenle sık sık kavga ederdik, sürekli onların yüzünden döverdi beni. Sonra çocuklar büyüdü. Hepsinin ayrı bir derdi. Ana olunca hepsine ayrı üzüliyorsun. İnsan yaşadığı sürece sıkıntı bitmiyor. Bu kadar sıkıntıya da vücut mu dayanır. Sonunda hasta oldum. Çekilecek çilem bitmemiş.”(69 yaşında, kadın hasta, Cerrahi YBÜ, Rektosigmoid tümör)

Yaşam dönemlerine bağlama ve normal görme ile ilgili ifadeler:

“Yaşlılık. İnsan yaşlanınca hastalıklar üst üste geliyor. Çok çalıştım gençliğimde. Sağlığımıza dikkat etmedik. Artık genç değiliz. Genç olsak atlattırdık hemencecik, ama yaşlanınca insanın organları da yaşlanıyor. Hepsinde bir hastalık.”(59 yaşında, kadın hasta, Dahili YBÜ, Gastrointestinal Sistem Kanaması)

“Normal. Zaman zaman hasta olabiliriz. Yaşamak, doğmak, büyüme gibi normal bir durum. O kadar büyütecek bir durum söz konusu değil.” (55 yaş Cerrahi YBÜ, Erkek Hasta, Torokotomi)

Maddi sıkıntı, yoksulluk ve çaresizlikle ilgili ifadeler:

“Yokluk, yoksulluk işte. Ağır şartlarda çalışıyorsan, evini aileni geçindirmeye ve para kazanmaya çalışıyorsan, fakirsen, bir şey alamıyorsan, kendine bakamıyorsan. Hasta olunca doktora gidemezsin. Artık ölecek hale gelince doktora gelirsin. İnsanın maddi durumu olmayınca sonu böyle oluyor. Her türlü kötü durumu göğüslüyorsun” (52 yaşında, erkek hasta, Cerrahi YBÜ, Hemotoraks)

“Yoksulluk, sinir, üzüntüden olan bir şey benim hastalığım. Kocam çalışmıyor maddi durumumuz kötü. Oturduğumuz ev karanlık, basık. Ev şartlarımız çok kötü. Ama iyi bir evde oturacak da paramız yok. Bu durumda hasta olmam çok normal. Bu duruma kim dayanır. Hayatımdan bezdim.” (50 yaşında, kadın hasta, Koroner YBÜ, Miyokart enfarktüsü+ diyabet)

“Çaresizdim. Çözüm bulamıyordum. Her şey üstüme üstüme geliyordu. Bu kadar stresi kaldıramadım. Kesinlikle ölmeliyim diye düşündüm. Sorumluluklarım çok fazla, hayat şartları çok ağır, yüküm çok fazla. Artık kaldıramıyordum. Maddi sıkıntılar da hiç bitmiyor. Bir yerden düzeltiyorsun, diğer yerden patlak veriyor.”(19 yaşında, kadın hasta, Dâhili YBÜ, Fosfat İntoksikasyonu)

Sağlığını yeterince koruyamamış olma ile ilgili ifadeler:

“Sağlığıma yeterince dikkat etmedim. Öyle canımın kıymetini bilmem ben. Her şeye koştururum. Çocuklarım, akrabalarım, komşularım hepsine yetişmeye çalışıyorum. Sonunda bir yerden patlak verdi. Hastalanınca anladım sağlığımın kıymetini” (35 yaşında, kadın hasta, Cerrahi YBÜ, Lomber Disk Herni)

“Ben çok sigara ve içki içtim, şimdi içmiyorum ama zararını çekiyorum. İnsan böyle kötü alışkanlıklara sahip olunca. Eee su tesitisi su yolunda kırılır.” (51 yaşında, erkek hasta, Dâhili YBÜ, Hepatik Koma)

Genetik ve kronik hastalıklar ile ilgili ifade:

“Kalp hasarlığı bizim ailede irsi. Şeker hastalığım ve tansiyonum var. Biraz da bunlardan kaynaklı. Bu hastalıkların devamı.”(63 yaşında, erkek hasta,, Koroner YBÜ, Miyokart enfarktüsü)

Hastalara; *“Bu hastalık hayatınızı nasıl etkiledi? Hayatınızda neler değişti ya da değişebileceğini düşünüyorsunuz?”* sorusu ile hemşirelere; *“Gözlemlerinize göre; hastalar, yaşadıkları hastalığın hayatlarını nasıl etkilediğini, hayatlarında nelerin değiştiğini veya değişebileceğini düşünüyorlar? Aşağıda verilen ifadeler arasından, gözlemlediğiniz ilk üç durumu önem sırasına göre işaretleyiniz.”* sorusuna verilen yanıtlar Çizelge 4.7.’de yer almaktadır.

Çizelge 4.7. Hastalığın Hastanın Hayatını Etkilemesi Konusunda Hasta ve Hemşire Görüşleri

Yanıtlar	Hasta		Hemşire		P*
	N	%	n	%	
Aile ile ilgili endişeler	41	41,0	4	5,1	0,0001
Eskisi gibi olamayacağı ve çalışamayacağı kaygısı	20	20,0	15	19,0	0,982
Hastaneye ve başkalarına bağımlı olma	16	16,0	9	11,4	0,506
Gelecekle ilgili umutsuzluk	12	12,0	16	20,3	0,207
Sağlığına dikkat etmesi gerektiği	11	11,0	35	44,3	0,0001
Toplam	100	100	79	100	

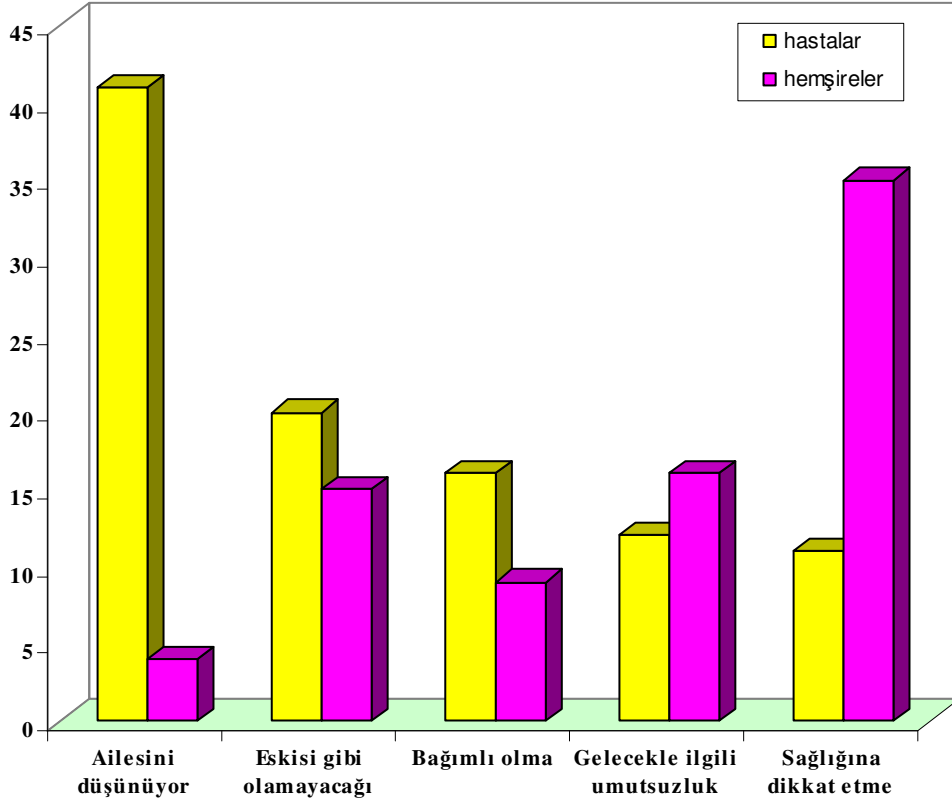
*Medcalc 9.4.2 paket programında comparison of proportions ile yapılan karşılaştırma p değeri

Çizelge 4.7.’de görüldüğü gibi; hastalar ilk sırada (%41) ailelerini düşündüklerini, ikinci sırada (%20) eskisi gibi olamayacaklarını ve üçüncü sırada (%16) hayatlarının hastanede ve bağımlı geçeceğinden kaygılandıklarını belirterek hastalığın yaşamlarını nasıl etkilediğini ifade etmişlerdir. Buna karşın hemşireler; ilk sırada (%44,3) hastaların bundan böyle sağlığına dikkat etmeleri gerektiğini vurgulamışlar, ikinci sırada (%20,3) hastaların gelecekle ilgili umutsuzluğa kapıldıklarını ve üçüncü sırada (%19) eskisi gibi olamayacakları ile ilgili kaygılarının olabileceğini belirtmişlerdir.

Hasta ve hemşirelerin yanıtları arasında farklılık gözlenmesine karşın, Cramer V testi, bu bulgunun istatistiksel bakımdan genel olarak uyum katsayısının anlamlı olmadığını ortaya koymaktadır (Cramer’s V=0,159; p>0,05). Medcalc paket programında comparison of

proportions ile duyguların oranları birbiriyle birebir karşılaştırıldı ve istatistiksel olarak aile ile ilgili endişeler ile sağlığına dikkat etme uyumsuz bulundu ($p>0,05$). Bu yanıtlar, hemşirelerin; hastaların öncelikleri ve hastalığın onların yaşamını nasıl etkilediğinin ayırımında olmadıkları anlamına gelebilir.

Hastalarla hemşirelerin bu soruya verdikleri cevapların dağılımını Grafik 4.3.'te gösterilmiştir.



Grafik 4.3. Hastalığın Hastanın Hayatını Etkilemesi Konusunda Hasta ve Hemşire Görüşleri

Hastalığın hastanın hayatını etkilemesi konusunda hastaların yanıtları ile ilgili bazı ifadeler aşağıda yer almaktadır.

Hastaların ailesini düşünme ile ilgili ifadeler:

“Ailem perişan oldu. Sevdiklerim çok üzüldüler. Hepsine sıkıntı verdim, perişan ettim. Herkes seferber oldu çok duygulandım.” (32 yaşında, erkek hasta, Cerrahi YBÜ, Mide CA)

“Ailemi düşünüyorum. Onlar için iyi olmalıyım. Bana bir şey olursa perişan olurlar. Bir an önce onların yanında olmak istiyorum. Ümitsizliğe düştüğüm zaman evimi ailemi düşünüp rahatlıyorum” (41 yaşında, kadın hasta, Cerrahi YBÜ, Kompresyon Kırığı)

“Her şeyi daha iyi görmeye başlıyorsunuz. Ben sadece kendim için yaşamıyorum, çocuklarım var onları daha çok düşünüyorum. Daha dikkatli olmalıyım. Onlara bir an önce kavuşmak ve her şeyi toparlamak için iyileşmeliyim.”(38 yaşında, kadın hasta, Cerrahi YBÜ, Toroks travması+ kot fraktürü)

“5-6 ay çalışamazsam. Ailemin hali ne olur. Beş çocuk var. Bunların geçimi bana bakıyor. Eğer çalışamazsam ne olur halleri. Kim gelip bakar. Herkes bir ekmek peşinde, kimse dönüp bakmaz. Çocuklarım aç kalır. Bunu düşündükçe perişan oluyorum. Zaten hastalandığımdan bu yana çaresizliğim arttı.” (43 yaşında, erkek hasta, Cerrahi YBÜ, Mide CA)

Gelecekle ilgili umutsuzluk ifadeleri:

“Çok karanlık oldu. Her şeyden elimi çektim. Yaslı, ümitsiz, kara.” (64 yaşında, kadın hasta, Dâhili YBÜ, Gastrointestinal Sistem Kanaması)

“Artık hiçbir şey eskisi gibi değil. Çocuklarım uzaklaştı benden, artık benimle ilgilenmiyorlar. Karım bir görev bilinci ile yaklaşıyor bana. Sadece gerekenleri yapıyor.” (61 yaşında, erkek hasta, Dâhili YBÜ, Karaciğer Sirozu+hepatik koma)

“Artık yarım bir adamım. Kötürüm oldum iyice. İşim bitik. Rahat değilim. İşimi gücümü yapamaz oldum. Yalnızım zaten kim bakacak bana. Bakanım da yok. Elimden tutanım yok anlayacağın. Artık böyle ölüp giderim.”(66 yaşında, erkek hasta, Koroner YBÜ, Kalp Yetmezliği+ Atriyal fibrilasyon)

“Aklımda çok şey vardı. Hiçbir şey kalmadı. Artık hayata dair çok fazla plana gerek yok. Yapacak bir şey yok. Kendimi değersiz hissediyorum. Çaresizsin, güçsüzsün. Bir şey yapacak olsan ne olur ki.”(58 yaşında, erkek hasta, Dâhili YBÜ, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı)

“Beklemek. Hiçbir şey yapmamak. Ne yapacağını bilememek. Rahat edemiyorum. Ne olacak bilmek istiyorum. Geleceğim olacak mı? Bu

sorunun cevabını bulmaya çalışıyorum.”(64 yaşında, erkek hasta, Cerrahi YBÜ, Hemotoraks)

Eskisi gibi olamayacağı ve çalışamayacağı kaygısı ile ilgili ifadeler:

“Eskisi gibi olmayı istiyorum. Her şey yoluna girsin istiyorum. Bir an önce iyi ve sağlıklı olmak istiyorum.”(32 yaşında, kadın hasta, Cerrahi YBÜ, Kolon Kanseri)

“Eskisi gibi değilim. Hareketli değilim. İyice elden ayaktan düştüm. Birinin eline bakıyorum. Kimseye yük olmak istemiyorum. Kendi işimi yapsam yeter.”(42 yaşında, kadın hasta, Cerrahi YBÜ, Karaciğer Kistektomi+kolesistektomi)

“Önceki rahatlık yok. Daha özenli davranmam gerekli. Hiçbir şey eskisi gibi olmaz.” (52 yaşında, erkek hasta, Cerrahi YBÜ, Femur fraktürü+Astım)

Sağlığına dikkat etmesi gerektiği ile ilgili ifade:

“Sağlığıma daha çok dikkat etmem gerektiğini düşünüyorum. Sağlığın bir kere bozuldu mu vücudun değişiyor. Eskisi gibi işlemiyor. İyi olmak için kendime özen göstermeliyim. İyi beslenmeliyim, doktorun söylediklerine uymalıyım. Yasakları çiğnemeliyim.” (34 yaşında, erkek hasta, Cerrahi YBÜ, Plevral effüzyon+dekortikasyon)

Hastaneye ve başkalarına bağımlı olma ile ilgili ifadeler:

“Hastanede olmak başkalarının bakımına muhtaç olmak çok kötü. İnsan kendini kötürüm hissediyor. Sanki hiç iyileşemeyecek gibiyim. Hep hastanede olacak ve yatağa bağımlı kalacağımı düşünüyorum.” (43 yaşında, erkek hasta, Cerrahi YBÜ, İntrakranial Kitle)

“Başkasının eline düşmekten korkuyorum. Allah beni başkasına muhtaç etmesin. Bu yaştan sonra bakıma muhtaç olmak var. Başkasının eline bakmaktan ve yatalak olmaktansa ölmek en hayırlısı.” (72 yaşında, erkek hasta, Cerrahi YBÜ, Kolesistit+Kalp Yetmezliği)

Hastalara; *“Hastanede olmak sizin için nasıl bir şey? Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?”* sorusu ile hemşirelere; *“Gözlemlerinize göre; hastanede olmak hasta için nasıl bir şey? Kendini nasıl hissediyor? Aşağıda verilen ifadeler arasından, gözlemlediğiniz ilk üç durumu önem sırasına göre işaretleyiniz.”* sorusuna verilen yanıtlar Çizelge 4.8.’de yer almaktadır.

Çizelge 4.8. Hastanede Olma Konusunda Hasta ve Hemşire Görüşleri

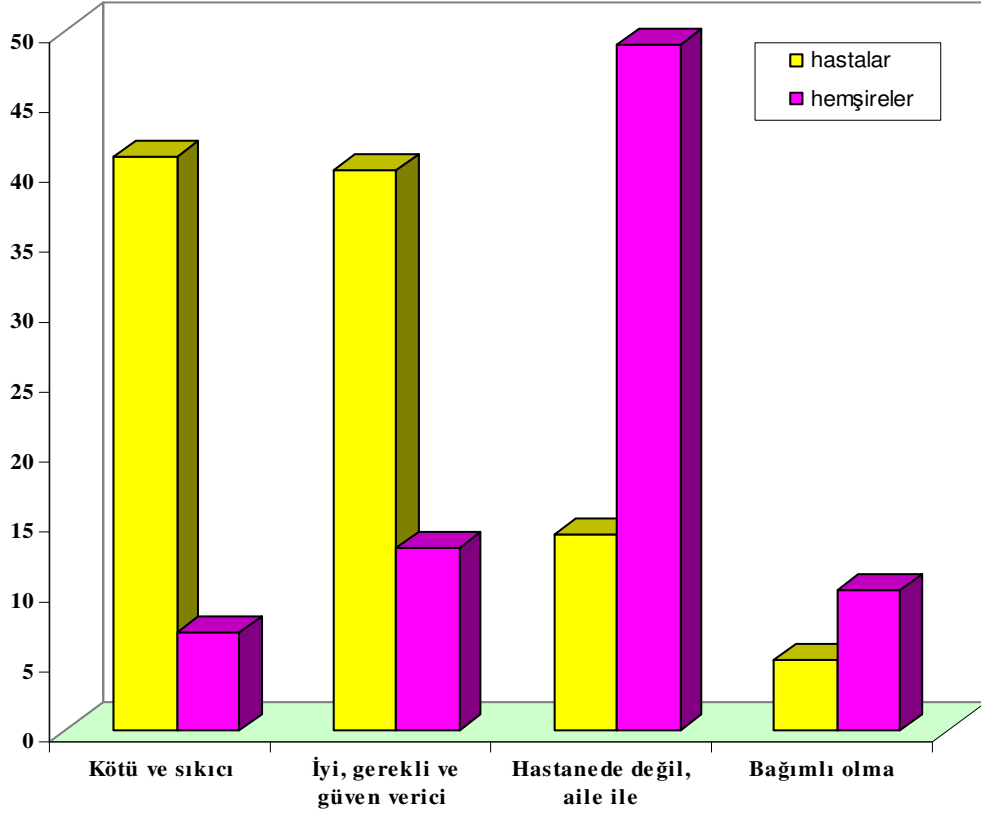
Yanıtlar	Hasta		Hemşire		P*
	N	%	n	%	
Kötü ve sıkıcı	41	41,0	7	8,9	0,0001
İyi, gerekli ve güven verici	40	40,0	13	16,5	0,0011
Hastanede değil, ailesiyle birlikte olmak isteme	14	14,0	49	62,0	0,0001
Bağımlı olduğunu düşünme	5	5,0	10	12,7	0,115
Toplam	100	100	79	100	

*Medcalc 9.4.2 paket programında comparison of proportions ile yapılan karşılaştırma p değeri

Çizelge 4.8.’de görüldüğü gibi, hastaların hastanede olmaktan etkilenmeleri konusunda; %41’i hastaneyi kötü ve sıkıcı, %40’ı iyi ve güven verici, % 14’ü hastanede olmak istemediğini ve evde olmak istediğini, %5’i bağımlı olduğunu ifade etmişlerdir.

Hemşirelerin % 62’si hastaların hastanede değil evde olmak istediklerini, %16,5’i hastanenin iyi, gerekli ve güven verici olduğunu, %12,7’si hastaların bağımlı olduklarını, %8,9’unun hastanenin hastalar için kötü ve sıkıcı olduğunu belirtmişlerdir.

Hastanede olmak konusunda hasta ve hemşirelerin yanıtlarının dağılımı Grafik 4.4’te verilmiştir.



Grafik 4.4. Hastanede Olma Konusunda Hasta ve Hemşire Görüşleri

Hemşirelerin görüşleri ile hastaların hastane deneyimleri birbirinden oldukça farklı görünmektedir. Ancak yapılan Cramer V testi sonucu genel olarak bu farklılığın uyum katsayısının anlamlı olmadığı görülmüştür (Cramer's V=0,192; $p>0,05$). Medcalc paket programında comparison of proportions ile oranlar birbiriyle karşılaştırıldı ve istatistiksel olarak çoğu uyumsuz bulundu ($p>0,05$).

Hastaların hastanede olma ile ilgili yanıtlarına ilişkin bazı örnekler aşağıda yer almaktadır.

İyi, gerekli ve güven verici ilgili ifadeler:

“İyi bir yer. Sağlığımı bulmaya geldim. Gerekenler yapılıyor. İyileşip gideceğim.” (65 yaşında, erkek hasta, Cerrahi YBÜ, Femur Fraktürü+ Kalp Yetmezliği)

“Güven verici. İnsan sağlığının garantisini buluyor. Tedavimi yapıyorlar. Evde böyle bakamazlar. Ama bağımlı ve bağımlı olmak kolay değil. Ayrıca

her şey saati saatine. Çok düzenli her şey. Ne güzel.” (43 yaşında, erkek hasta, Cerrahi YBÜ, Mide CA)

“Sağlığıma kavuşmak için buradayım. Tabii ki sağlığı bulmak ve devam ettirmek için en güzel yer. Tedavimi olmam için gerekli.” (54 yaşında, kadın hasta, Cerrahi YBÜ, Kolesistit+Kolon Rezeksiyonu)

“Hasta olunca başka çaren yok. Hastanenin iyisi kötüsü olmaz. Doktorun iyi olur. Hemşiren iyi olursa hastanede iyi olur. Allah iyilerle karşılaştırsın. Tabi doktor iyi, hemşire iyi ise çok kalmana da gerek kalmaz hastanede, bir an önce iyileşip eve gidersin.” (68 yaşında, kadın hasta, Korner YBÜ, Miyokart Enfarktüsü)

Kötü ve sıkıcı ile ilgili ifadeler:

“Kötü hissediyorum, hastane deyince bile kötü oluyorum. İnsan kendini kapatılmış hissediyor. Burada kendi düzeninizden farklı bir ortam var ve bunlara ayak uydurmanız gerekiyor.” (56 yaşında, erkek hasta, Cerrahi YBÜ, Peptik Ülser Perforasyonu)

“Çok sıkıcı ve kasvetli bir ortam. Her şey aynı. Ne tarafa baksan aynı.” (24 yaşında, kadın hasta, Cerrahi YBÜ, Akut Batın)

“İyi bir şey değil. Acı çekmeyi ifade ediyor. Sıkıntı veriyor. Acı çekmek istemiyorum.” (57 yaşında, kadın hasta, Dâhili YBÜ, Akut Böbrek Yetmezliği)

“İyi olmak için buradayım ama burada olmak insanı kötü etkiliyor. Korkuyorum açıkçası. Sanki boğuyorlar beni. Kendimi dinledikçe sıkıntılarım artıyor. Burada kendimi dinlemekten başka yapacak bir şey yok.” (73 yaşında, erkek hasta, Koroner YBÜ, Miyokard Enfarktüsü)

“Kim ister hastanede olmayı. Hastanenin iyi yönü olur mu hiç. İnsan burada rahat bir nefes alamıyor. Rahat değilim. Dışarıda olmak istiyorum.” (60 yaşında, kadın hasta, Dâhili YBÜ, Hipoglisemi+ Diyabet)

“Bir kargaşa var. Bu kargaşa sıkıntı yaratıyor. Devamlı bir hareket. Böyle olunca sizde rahat edemiyorsunuz. İyileşmeye çalışırken bu kargaşa insanı olumsuz etkiliyor. Kafamdaki sorular bir türlü bitmiyor.” (53 yaşında, erkek hasta, Cerrahi YBÜ, Rektum CA)

Hastanede değil, ailesiyle birlikte olmak isteme ile ilgili ifadeler:

“Evde olmak istiyorum, burada olmak istemiyorum. Burada insanın psikolojisi bozuluyor. Evde olsam daha rahat ederim. Kendi düzenimi bilirim. Burada buranın düzenine uyuyorsun. Ya da diğer hastaları duyuyorsun. Kötü oluyorum.” (63 yaşında, kadın hasta, Dâhili YBÜ, Solunum yetmezliği sendromu)

“Burada geçirdiğim bir saati dışarıda geçireceğim bir dakikaya veririm.”
(58 yaş, erkek hasta, Dâhili YBÜ, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı)

Bağımlı olduğunu düşünme ile ilgili ifade:

“Bağımlıyım. Burada başkalarına bağımlıyım. Her şeyin kontrolü onların elinde. Altımı temizliyorlar, yemeğimi yediyorlar. Gerçi artık kendim yiyorum. Bu gerçekten çok kötü.”(46 yaşında, kadın hasta, Cerrahi YBÜ, Rektovajinal Fistül+İleoçekostomi+ Kolon Rezeksiyonu)

Hastalara; **“Yoğun bakım servisinde olmak sizin için ne anlam ifade ediyor? (Yoğun bakım servisinde yatıyor olmak nasıl bir şey?) Yoğun bakım deyince aklınıza ilk gelen neydi?”** sorusu ile hemşirelere; **“Gözlemlerinize göre; yoğun bakım ünitesinde olmak hasta için ne anlam ifade ediyor? (Yoğun bakım servisinde yatıyor olmayı nasıl tanımlıyor?) Aşağıda verilen ifadeler arasından, gözlemlediğiniz ilk üç durumu önem sırasına göre işaretleyiniz.”** sorusuna verilen yanıtlar Çizelge 4.9.’da görülmektedir.

Çizelge 4.9. Yoğun Bakım Ünitesinde Olma Konusunda Hasta ve Hemşire Görüşleri

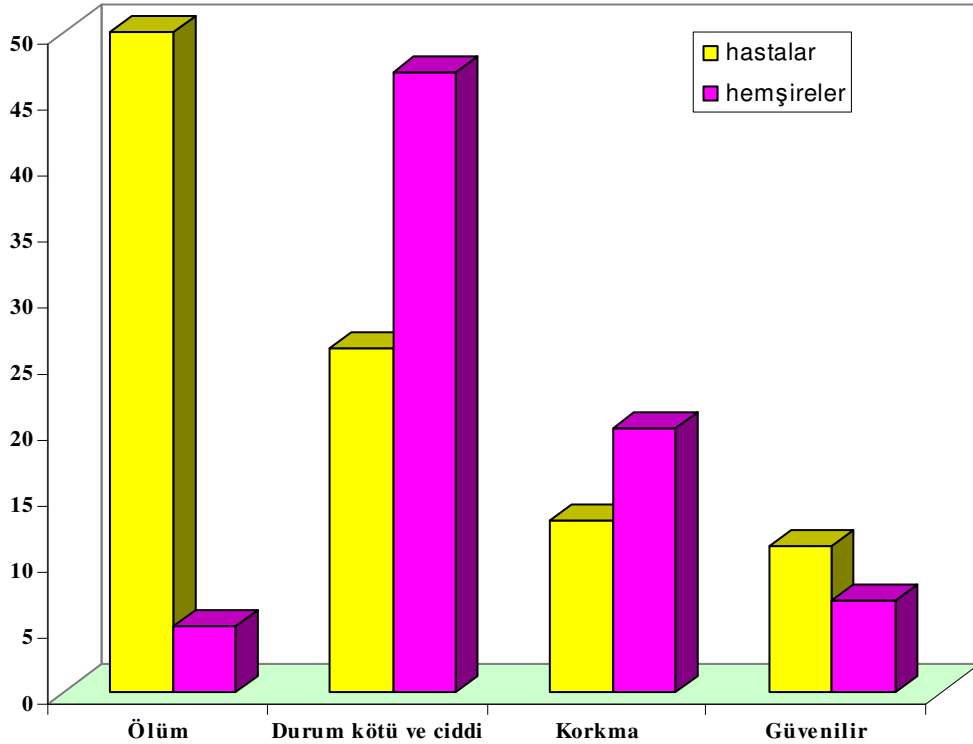
Yanıtlar	Hasta		Hemşire		P*
	N	%	N	%	
Ölümü düşünme	50	50,0	5	6,3	0,0001
Durumunun kötü ve ciddi olduğunu düşünme	26	26,0	47	59,5	0,0001
Korkma	13	13,0	20	25,3	0,0619
Garantili ve güvenilir bulma	11	11,0	7	8,9	0,831
Toplam	100	100	79	100	

*Medcalc 9.4.2 paket programında comparison of proportions ile yapılan karşılaştırma p değeri

Çizelge 4.9.'da görüldüğü gibi, hastaların %50'si ölümü düşündüğünü, %26'sı durumunun kötü ve ciddi olduğunu, % 13'ü korktuğunu ve %11'i garantili güvenilir bulunduğunu söylemiştir. Hemşirelerin % 59,5'i hastaların yoğun bakım ünitesi ile ilgili olarak durumlarının kötü ve ciddi olduğunu düşündüklerini, %25,3'ü korktuklarını, %8,9'u garantili ve güvenilir olduğunu, %6,3'ünün ölümü düşündüğünü belirtmişlerdir.

Elde edilen bu bulgunun anlamlılığını test etmek için yapılan Cramer V testi sonuçları, genel olarak bu farklılığın uyum katsayısının anlamlı olmadığını ortaya koymuştur (Cramer's $V=0,192$; $p>0,05$). Medcalc paket programında comparison of proportions ile oranlar birbiriyle karşılaştırıldı ve istatistiksel olarak ölümü düşünmeyle, durumunun kötü ve ciddi olduğunu düşünme uyumsuz bulundu ($p>0,05$). Hemşireler, hastaların durumlarının kötü ve ciddi olduğunu düşünürken, hastaların yarısı ölümü düşünmektedir. Bu da hemşirelerin hastaların yoğun bakıma dair düşüncelerini bilmediklerini düşündürmektedir.

Hemşirelerle hastaların yoğun bakım servisinde olma konusunda verdikleri yanıtların dağılımını Grafik 4.5.'te gösterilmiştir.



Grafik 4.5. Yoğun Bakım Ünitesinde Olma Konusunda Hasta ve Hemşire Görüşleri

Hastaların yoğun bakım servisinde olma konusunda verdikleri yanıtlara ilişkin bazı örnekler aşağıda verilmiştir.

Ölümü düşünme ile ilgili ifadeler:

“En kötü yer. Ölüme yakınsın. Ölüm kokuyor burası.” (20 yaşında, kadın hasta, Cerrahi YBÜ, Omurga Fraktürü)

“Ölümden önceki durağıma geldim. Buradan dört kolluya, oradan toprağa. Sonum geldi.” (62 yaşında, erkek hasta, Cerrahi YBÜ, Total Kalça Protezi+ solunum yetmezliği)

“Yaşamla ölüm arasında bir yer burası. İnce bir çizgidesin ve sanki burada veriyorlar kararı. İnsan ürperiyor rahat edemiyorum burada. Ölümü de görüyorsun yaşamı da. Hepsi burada. Daha geçen gün bir hasta öldü hemen karşıda yatıyordu. Perdeyi çektiler ve alıp götürdüler. İnsan daha çok kendinden korkmaya başlıyor.” (46 yaşında, kadın hasta, Cerrahi YBÜ, Toraks Travması+ Kot fraktürü)

Durumunun kötü ve ciddi olduğunu düşünme ile ilgili ifadeler:

“Tehlikeli bir durumum söz konusu diye düşündüm. Mücadele etmem gerekli dedim kendi kendime. Durumu zor olanların ölüme yakın olanların olduğu bir yer burası. Ölümden önceki durak gibi.” (49 yaşında, erkek hasta, Koroner YBÜ, Koroner Arter Hastalığı)

“Hastalığım kötü. Herhalde düzelmeyeceğim, eskisi gibi olmayacağım. Altımdan alacaklar. Ezici bir durum. Yoğun bakımda olmak korkutuyor.” (64 yaşında, kadın hasta, Dâhili YBÜ, Gastrointestinal Sistem Kanaması, Hepatik Koma)

“Adı bile ağır. Sıkıntı veriyor. Durumum kötü herhalde, ama kimse bana bir şey söylemiyor. Geçi ben anladım her şeyi.” (73 yaşında, kadın hasta, Korner YBÜ, Akut Korner Sendrom)

“Yoğun Bakım deyince çok tuhaf ümitsiz bir yer geliyordu. Çünkü televizyonda ve başka kişilerin duyduğumuzda ölüm riski yüksek diyordum. Şimdi bunları kendim için düşünüyorum. Acaba ölüme mi yaklaştım. Bir şey olursa mı diye getirdiler. Bunları düşünmeden edemiyorsun. Kimseye soramıyorsun.” (62 yaşında, kadın hasta, Cerrahi YBÜ, Kolon CA)

Korkma ile ilgili ifadeler:

“Yoğun bakım deyince korktum. Sanki bu dünya ile öbür dünya arasındaki bağlantı yeri. Buradan bir an önce çıkmak istiyorum. Korkutuyor burası beni.” (33 yaşında, erkek hasta, Cerrahi YBÜ, Subaraknoid Kanama)

“Cezaevi gibi. Kapattılar buraya. İnsan burada kendi kendini dinleyerek sıkıntıya giriyor. Düşüne düşüne kafayı yiyecek durma gelecim nerdeyse. Ağrılarım acılarım artıyor.” (55 yaşında, erkek hasta, Cerrahi YBÜ, Torokotomi)

“Bir korku oldu bende. Daha önce ağabeyimi kaybettik yoğun bakımda. Yoğun bakımdasın deyince beynimden vurulmuşa döndüm. Her kapı açıldığında ailemden birini görür müyüm acaba diye bakıyorum. Bir umut gibi onlar.” (60 yaşında, kadın hasta, Cerrahi YBÜ, Sağ-Sol diz Total protezi)

Garantili ve güvenilir bulma ile ilgili ifadeler:

“Gerekli tedavi daha iyi yapılsın diye. Yaram ağır. Daha özenli olmalı her şey. İyileşebilmek için gerekli bir yer burası.” (53 yaşında, erkek hasta, Cerrahi YBÜ, CA)

“Kendimi daha garantide hissediyorum. Burası daha güvenli bir yer. Servise göre daha iyi bakılıyor. Burada gözlerinin önündeyim. Bir şey istedim mi hemen geliyorlar. Bir sıkıntım oldu mu hemen bakıyorlar. 24 saat dört dörtlük disiplinli bir şekilde bakılıyor” (43 yaşında, erkek hasta, Cerrahi YBÜ, Mide CA)

“Servisten daha iyi burası. Serviste ismim yoktu odamın numarası vardı. İsmimi kimse bilmiyordu. Burada ismimle sesleniyorlar bana. Mutlu oldum buna. İnsan olduğumu hissettim. Sağ olsunlar çok ilgileniyorlar. Hemşireler çok iyi.” (42 yaşında, kadın hasta, Cerrahi YBÜ, Karaciğer Kistektomi+ kolesistektomi)

Hastalara; **“Hastanede yattığınız süre içinde yaşadığınız en büyük güçlük ne oldu?”** sorusu ile hemşirelere; **“Gözlemlerinize göre; hastanızın hastanede yattığı süre içinde yaşadığı en büyük güçlük ne oldu? Aşağıda verilen ifadeler arasından, gözlemlediğiniz ilk üç durumu önem sırasına göre işaretleyiniz.”** sorusuna verdikleri yanıtlar Çizelge 4.10.’da görülmektedir.

Çizelge 4.10. Hastaların Hastanede Yaşadığı Sıkıntı Konusunda Hasta ve Hemşire Görüşleri

Yanıtlar	Hasta		Hemşire		P*
	N	%	N	%	
Ailesini görememe/ Ziyaretçi kısıtlılığı	37	37,0	41	51,9	0,0651
Başkalarına bağımlı olma	18	18,0	8	10,1	0,201
Hastane, hekim ve hemşirelerle ilgili sorunlar	16	16,0	6	7,6	0,141
Uğraşı olmamasından dolayı can sıkıntısı	16	16,0	0	0	0,0005
Fiziksel sıkıntılar (Ağrı, acı vb.)	9	9,0	16	20,3	0,0515
Diğer	4	4,0	8	10,1	0,186
Toplam	100	100	79	100	

*Medcalc 9.4.2 paket programında comparison of proportions ile yapılan karşılaştırma p değeri

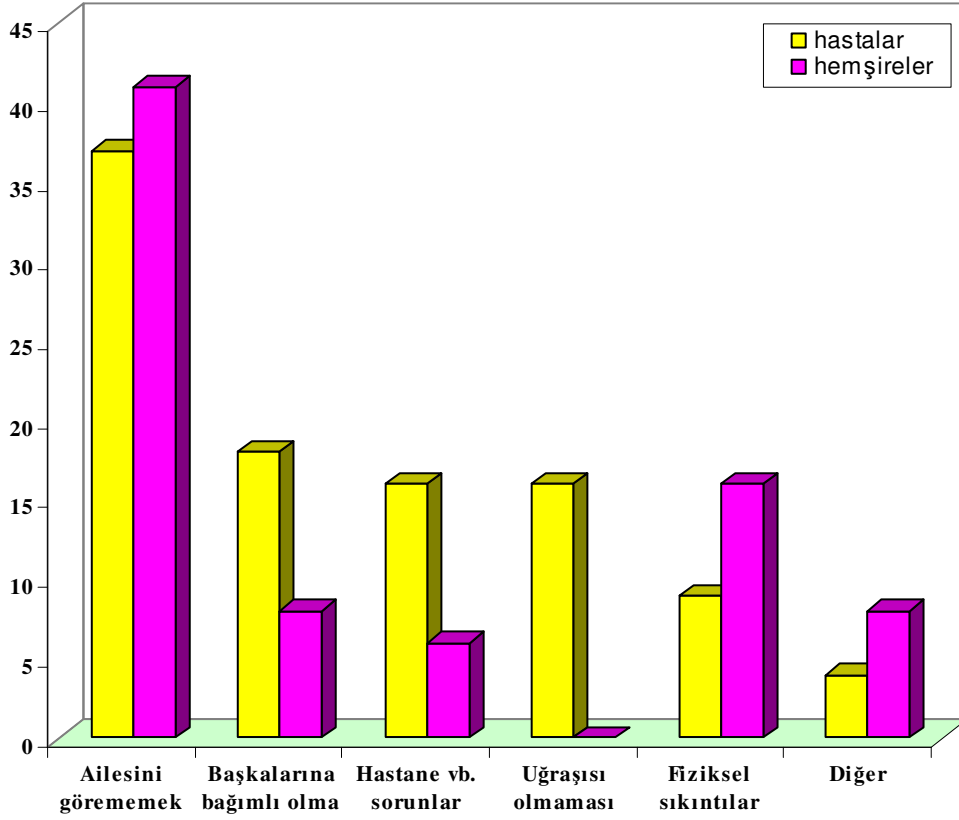
Çizelge 4.10.'da görüldüğü gibi, hastaların % 37'si ailelerini görememe ve ziyaretçi kısıtlılığı, %18'i başkalarına bağımlı olma, %16'i hastane, hekim ve hemşirelerle ilgili sorunlar, % 16'sı uğraşısı ve iletişim araçları olmadığı için can sıkıntısı, %9'u ağrı, acı gibi fiziksel sıkıntılar yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Hemşirelerin %51,9'u hastaların hastanede yaşadığı güçlüklerin başında ailelerini görememe ve ziyaret kısıtlılığından, %20,3'ü ağrı, acı gibi fiziksel sıkıntılardan, %10,1'i başkalarına bağımlı olduklarından, %7,6'sı hastane, hekim ve hemşirelerle ilgili sorunlar yaşadıklarından söz etmişlerdir.

Hasta ve hemşireler genellikle hastaların ailelerini görememe ve ziyaret kısıtlılığı konusunda birleşmişlerdir. Bu durum hemşirelerin hastaları bu konuda anladıklarını düşündürür.

Yapılan Cramer V testi sonucunda ise, genel olarak bu farklılığın uyum katsayısının anlamlı olmadığını ortaya konmuştur (Cramer's V=0,302; p>0,05). Medcalc paket programında comparison of proportions ile oranlar birbiriyle karşılaştırıldı ve istatistiksel olarak çoğu uyumlu bulundu (p>0,05).

Grafik 4.6.'da hastaların hastanede yaşadığı sıkıntı konusunda hasta ve hemşire görüşlerinin dağılımı gösterilmiştir.



Grafik 4.6. Hastaların Hastanede Yaşadığı Sıkıntı Konusunda Hasta ve Hemşire Görüşleri

Hastaların hastanede yaşadıkları sıkıntı konusunda hasta yanıtlarına ilişkin bazı örnekler aşağıda verilmiştir.

Ailesini görememe/ Ziyaretçi kısıtlılığı ile ilgili ifadeler:

“Ziyaretçilerimle görüştürmüyorlar. Kızıyorlar. Ama bilmiyorlar azıcık görsem onları rahatlıyorum. Bir gülüşleri, bir dokunuşları yetiyor. İnsan sevdiklerinden güç alıyor. Ağrılarım var. Ama onları görünce unuttur gibi oluyorum. İnsana moral gerek, destek gerek. Bunu da ailesinden alır. O zaman ağrı acı vız gelir.” (65 yaşında, erkek hasta, Cerrahi YBÜ, Mide Perforasyonu)

“Çocuklarımı göremiyorum. Kendimi burada onlarsız yapayalnız, kimsesiz hissediyorum. Yalnızlık kötü. İnsan kendini yalnız hissetti mi, tutunacak bir dalı olmayınca elden ayaktan düşüyor.” (66 yaşında, erkek hasta, Koroner YBÜ, Kalp Yetmezliği)

“Çocuklarımı çok özledim. Görerseniz çok tatlılar. Ayrıca uyuyamıyorum. Hem ağrılardan, hem de düşüncelerden. Buradan çıkınca yapacaklarım

var ve almam gereken kararlar. Onları düşünüyorum.” (44 yaşında, kadın hasta, Cerrahi YBÜ, Toroks travması+Kot fraktürü)

“Bir oğlum var, onu düşünüyorum. Hem çok düşünüyorum. Hiç aklımdan çıkmıyor. Ben ölürsem ona kim bakar. Kendini korumasını bilemez. Başkasını eline düşerse hali nice olur. Bana çok bağlı herkesin çocuğundan daha çok. Ona ne olur, ne yapar bensiz. Kimsesiz.” (33 yaşında, kadın hasta, Cerrahi YBÜ, Duedonum CA)

Başkalarına bağımlı olma ile ilgili ifade:

“Kendi ihtiyaçlarımı kendim karşılayamıyorum. Tuvaletimi bile yatakta yapıyorum. Hem de tanımadığım insanlar yardım ediyor. Bu çok ağır. Başkalarına muhtaç olmak gerçekten zor. Bu yaştan sonra bu da başıma geldi. İnsan elden ayaktan düşmeden çekip gitmek istiyor bu dünyadan. Başkasının eline bakmadan.” (55 yaşında, erkek hasta, Dâhili YBÜ, Akut Lenfoblastik Lösemi)

Hastane, hekim ve hemşirelerle ilgili sorunlar konusundaki ifadeler:

“Hastalığımla ilgili yeterince bilgi alamadım. Yani nasıl olacak, ne yapılacak benimle bu konuda konuşulmadı. Ben sormasam hiçbir şey anlatan yok. Doğru bilgiyi almak da zor her doktor başka bir şey söylüyor. Buradakilere soruyorum kesin bir şey söylemiyorlar. Beni rahatlatınsınlar.” (56 yaşında, erkek hasta, Cerrahi YBÜ, Peptik Ülser Perferasyonu)

“Doktorlara güvenmek istiyorum. Ama güvenemiyorum. İyi edeceklerine ve söylediklerine inanmak istiyorum. O kadar para döktük. Hala sürünüyorm. Ameliyat olmam gerekiyormuş ya da stend takılması. Ameliyatta masada kalırsam ya da narkozdan uyanamazsam. Beni rahatlatınsınlar, tedavimi tam yapsınlar. İyileşmek istiyorum.” (57 yaşında, kadın hasta, Koroner YBÜ, Miyokard enfarküsü+ Koroner arter tıkanıklığı)

“Hastane çok bakımsız ve kirli. Buradaki ortam hiç temiz değil. Burada yatınca her şeyi daha iyi gözlemliyorsun. Temizliyormuş gibi yapıyorlar sadece. Hastanenin daha hijyenik olması gerekirken, böyle olması

gerçekten çok kötü. Bir an önce evime gitmek istiyorum.” (35 yaşında, kadın hasta, Cerrahi YBÜ, Bronş CA)

“Sahibin olmazsa hiçbir yerde yeterince ilgi görmezsin. Hastanede de öyle. İlla bir tanıdığın olacak işinin yapılması için ya da iyi tedavi olmak için. Hastane iyi bakıyorlar ama söylediklerim de önemli.” (54 yaşında, erkek hasta, Kalp-Damar Cerrahisi YBÜ, Genel Vücut travması+Büyük damar kesisi)

“Burası devamlı hareketli. Durmadan bir gürültü ve kargaşa var. Dinlenmeye çalışsan da bu durumda zor. Sesleri dinlemekse çıldirtıcı. Düşünsenize çevrenizde bir sürü olaylar oluyor ve siz yatmış onları dinliyorsunuz. Bu seslerden kurtulup eve gitmek istiyorum. Sakinlik ve sessizlik istiyorum. Sıkılıyorum, bunaltıyorum.” (55 yaşında, erkek hasta, Dâhili YBÜ, Hipoglisemi+ diyabet)

Uğraşı olmamasından dolayı can sıkıntısı ile ilgili ifade:

“Sıkılıyorum. Yapacak bir iş yok, televizyon yok. Öyle olunca sıkılmamak elde değil. Bazen müthiş bir sinir krizi geliyor. Yırtıp atmak, kalkıp gitmek istiyorum.” (33 yaşında, erkek hasta, Cerrahi YBÜ, Batın Travması+ Spelenektomi)

Fiziksel sıkıntılar (Ağrı, acı vb.) ile ilgili ifadeler:

“Ağrılarım çok. Dayanamıyorum artık. Yeter. Sıkıldım artık. Hareket edemiyorum. Dışarıya gitmek istiyorum. Böylece bıraktı herkes beni. Bir avuç toprak atsalar üstüme ben de rahat ederdim, onlar da. Yoruldum artık. Ağrılardan, acılardan, delik deşik olmaktan, yapılanlardan. Gücüm yok, dayanamıyorum” (44 yaş, kadın hasta, Cerrahi YBÜ, Serviks CA+ Kemik metastazı)

“Hareketsizlik, hareket kısıtlılığı. Bu serumlar, kablolar, aletler bunaltıyor. Zaten başkalarının eline bakar hale gelmek kötü. Tuvaletimi bile yatakta yapıyorum. Çok utanıyorum. Bir an evvel buradan çıkmak istiyorum.” (50 yaşında, erkek hasta, Koroner YBÜ, Miyokart enfarktüsü)

Diğer konularla ilgili bir ifade:

“Bunaldım bu dört duvardan. Hep aynı kasvet. Çok kasvetli bir yer burası. İnsanın üstüne üstüne geliyor.” (57 yaşında, erkek hasta, Koroner YBÜ, Kalp yetmezliği+koroner arter hastalığı)

Hastaların; **“Yaşadığınız bu güçlük konusunda hemşireler size ne kadar yardımcı olabildiler?”** sorusuna verdikleri yanıtlar Çizelge 4.11.’de görülmektedir.

Çizelge 4.11.’de görüldüğü gibi; hastaların %31’i hemşirelerin ilgili olduğunu, % 29’u işlerini yaptıklarını, %22’si anlamaya çalışmadıklarını, %11’i konuşmadıklarını ve %7’si dinlemediklerini ifade etmişlerdir. Hastaların çoğunluğu (%69) hemşirelerin kendilerini anlamadığını, iş merkezli çalıştıklarını, kendileri ile konuşmadıklarını ve dinlemediklerini ifade etmektedirler.

Çizelge 4.11. Hastaların Hemşire Yardımı Konusunda Verdiği Yanıtlar

	N	%
İlgililer	31	31
İşlerini yapıyorlar	29	29
Anlamaya çalışmıyorlar	22	22
Konuşmuyorlar	11	11
Dinlemiyorlar	7	7
Toplam	100	100

Hastaların yaşadıkları güçlükler konusunda verdikleri yanıtlara ilişkin bazı örnekler aşağıda verilmiştir.

“İlgililer” ile ilgili ifadeler:

“Hemşireler çok iyi ve ilgililer. Zamanları yok. Çok yoğun çalışıyorlar, daha fazla nasıl yardımcı olsunlar. Tedavimizi yapıyorlar. Vakitleri olursa konuşuyoruz, sohbet ediyoruz.” (49 yaşında, erkek hasta, Koroner YBÜ, Koroner Arter Hastalığı)

“Mesleğiniz en güzel. Benim hemşirelerim ilgili ve iyiler. Bir güler yüz gösterdiniz mi hasta rahatlar. Ama ‘bir su ver’ desem, bir terslese dünyam

yıkılır. Çok yoğun çalışıyorlar. Ama yine de tatlı dili, güler yüzü, sakinliği elden bırakmıyorlar. Maşallah.”(68 yaşında, kadın hasta, Cerrahi YBÜ, Femur Fraktürü+Diyabet+Hiper Tansiyon)

“Sağolsunlar çok ilgililer. Çok iyi bakıyorlar. Hep başımızdalar. Ancak bu kadar davranabilirler. Her şeyi zamanında ve planlı yapıyorlar. Hiçbir şeyimi eksik etmiyorlar.” (33 yaşında, erkek hasta, Dâhili YBÜ, İntoksikasyon)

“İşlerini yapıyorlar” ile ilgili ifadeler:

“İlacımı, serumumu yapıyorlar. Daha ne yapsınlar. İşleri bu. Çok çalışkanlar. İyiler. Ben anlatmam öyle derdimi herkese. Hemşireler de hiç sormadılar.” (58 yaşında, erkek hasta, Koroner YBÜ, Akut İnferior Miyokart İnfarktüsü)

“Ağrım olunca ağrı kesici yapıyorlar. Beni silip temizliyorlar. Benim iyi olmam için ellerinden geleni yapıyorlar. Sıkıldığımda bana yoldaşlık etseler, arada bir dinleseler beni. Gerçi onlara da anlatıp yük olmak da istemem zaten. Zaten yoğun çalışıyorlar, arı gibi” (55 yaşında, erkek hasta, Cerrahi YBÜ, Mide Perforasyonu)

“Anlamaya çalışmıyorlar” ile ilgili ifadeler:

“Acılarımı anlamalarını istiyorum. Canları yanmadığı için bilmiyorlar. Daha fazla anlayışlı olmalılar. Bir şey söylediğinde dinlesinler. Biraz daha fazla ilgi gösterebilirler. Ama eski hemşirelerden daha iyiler.” (32 yaşında, kadın hasta, Cerrahi YBÜ, Kolon CA)

“Ağrım var deyince kızıyorlar. İlaç yapıyorlar ama oda fayda etmiyor. Anlayışlı olsalar, insan kendi isteği ile gelmiyor buraya, derdimiz varda onun için buradayız. Moralim bozuluyor, canım sıkılıyor. Bazen ağlamak istiyorum ama ağlasam ne fayda. Ben burada ölmüşüm umurlarında değil.” (46 yaşında, kadın hasta, Cerrahi YBÜ, Omurga Kırığı)

“Ne yardımı. Somurtmaktan yardıma sıra gelmiyor. İlaçlar dışında bana da ilgi gösterebilirler, halimi sorsalar, onlara anlatacak çok şey var ama nerde. Bir günaydın, bir nasılsın demesini bile bilmiyorlar. Bu sözler bile insana ilgilendiği hissini veriyor, rahatlatıyor.” (68 yaşında, erkek hasta, Koroner YBÜ, Akut Miyokart enfarktüsü)

“Kızım diyorum, yavrum diyorum. Sinirlenmeyin. Sıkıntım olmasa niye böyle yapayım. İşiniz yoğun biliyorum ama gerçekten ihtiyacım var. Kızıyorlar. Geçen gün çarşafım ıslanmış ‘bak, beğendin mi yaptığını’ dedi. Çok üzüldüm. Anlayışlı olsalar. İlaçtan çok moral bekliyorum. Annesi- babasına nasıl yaklaşıyorsa öyle yaklaşmasını bekliyorum. Tatlı dil, güler yüz istiyorum.” (69 yaşında, kadın hasta, Dâhili YBÜ, Hepatik Koma+Karaciğer Sirozu)

“Konuşmuyorlar” ile ilgili ifadeler:

“Konuşmuyorlar. Konuşsalar. Moral verseler. Bazen yanımda otursalar. Kimden ilgi görsem rahatlıyorum. İnsanların ilgisine ve sevgisine ihtiyaç duyuyor insan hastalanınca. Hemşireye bile naz yapmak istiyorum” (64 yaşında, kadın hasta, Cerrahi YBÜ, Meme CA)

“Hastaneye gelince hemen işimi bitirip gitmeyi düşünüyorum. Ama bu sefer kaçışım yok. Bazı hemşireler sinirli ve çok kızıyorlar. Anlayıştan eser yok bunlarda. Soru soruyorsun geçiştiriyorlar, konuşmuyorlar. İnsan gibi davranılmak istiyorsunuz başka bir şey değil” (52 yaşında, erkek hasta, Kolon Cerrahi YBÜ, CA)

“Dinlemiyorlar” ile ilgili ifadeler:

“Bir şey anlatacak oluyorsun dinlemiyorlar. Anlatmak istiyorsun, çünkü çok bunalıyorsun. Ama başkasının eline düştün mü kötü. Hem hastanede hem de evde kimin eline düştüysen o anlatır sen dinlersin. Sana bakıyorlar ya kendilerinde seninle ilgili her şeye müdahale hakkı görüyorlar. Tamam, görsünler ama arada bir dinlesinler, güler yüz gösterebilirler. İnsan doluyor bazen, anlatmak istiyor.” (72 yaşında, erkek hasta, Cerrahi YBÜ, Akciğer CA)

Hemşirelerin **“Hastaların yaşadığı güçlükler konusunda yardımcı olabiliyor musunuz?”** sorusuna verdikleri yanıtlar evet-hayır şeklinde değerlendirilmiştir.

Hemşirelerin %84,8’i “evet yardımcı olabiliyoruz” diye yanıtlamışlardır. Hastaların verdiği yanıtlarla karşılaştırıldığında; hastaların yalnızca %31’i hemşirelerin yardımcı olduğunu belirten ifadeler kullanmıştır. Hemşirelerden bu soruya evet diyenlerin yanıtlarına ilişkin bazı örnekler aşağıda verilmiştir.

“EVET. Hastalarımızın genellikle bilinci kapalı, eğer bilinci açıksa; hastaya gerekli açıklamalar yapılmaktadır. Ziyaretçi kısıtlılığının sebebi, ağrılarının giderilmeye çalışıldığı ve şimdilik başkalarına bağımlı olduğu anlatılmaktadır.” (27 yaş, SML, Çalışma yılı 5, Cerrahi YBÜ)

“EVET. Fiziksel sıkıntılar için ağrı kesiciler ve çok kısıtlı olsa da yakınlarını yanına almaya çalışıyoruz. Hastanın ruh sağlığı ile ilgilenmeye vaktimiz kalmıyor. Hasta yoğunluğu, eleman sıkıntısı içinde takip ve tedavi işlemlerini ancak yetiştirebiliyoruz.” (25 yaş, Lisans, Çalışma yılı 4, Cerrahi YBÜ)

“EVET. Hipertermik bir hastanın aynı zamanda takipnesi de olduğunda, kişi için en önemli şey rahat bir nefes almaktır. Ölüm korkusu da eklenince sıkıntı ikiye katlanır. Hastaya rahatlatıcı sözler ve kendisi için bir şeyler yapmaya çalışılması onu rahatlatır. Hemşire takibi yardımcıdır. Her şeyden önce hastanın hemşireye inanması gerekmektedir.” (30 yaş, SML, Çalışma yılı 10, Dâhili YBÜ)

“EVET. Ağrısı ve acısı mümkün olduğunca ilaçlarla azaltılıyor. Ortam müsait oldukça yakınlarına izin verilip yalnız olmadığı, bizim de onların iyileşmesine uğraştığımızı gösteriyoruz. Zaman olduğunda da sorunlarını, kaygılarını paylaşıyoruz. Tabi ki bu bizim de o anki durumumuzla ilgili.” (26 yaş, SML, Çalışma yılı 7, Dâhili YBÜ)

“EVET. Hastalığı hakkında açıklama yapılarak başka vakalardan örnekler verilerek rahatlatmaya çalışırım. Sürekli ziyaretçi istiyorlar, ziyaretin hastalar için zararlı olduğunu anlatmakta güçlük yaşıyoruz. Ziyarete izin vermeyince onların gözünde kötü hemşire oluyoruz. Ziyaret kısıtlılığını kendilerine yapılmış bir saldırı ve eziyet olarak görüyorlar.” (29 yaş, Çalışma yılı 1, Lisans, Koroner YBÜ)

“EVET. Ziyaretçileri ile görüşmesini sağlıyor, fizyolojik ve psikolojik her türlü ihtiyacında anlayışlı olarak karşılanmasına yardımcı oluyor, hastalığı ve tedavisi hakkında bilgi vererek endişelerini paylaşıyoruz.” (26 yaş, Çalışma yılı 6, Lisans, Koroner YBÜ)

“EVET. Hastalığı hakkında ve genel durumu hakkında bilgi veriyoruz. Yapılacak işlemleri önceden anlatıyoruz ve bilinmeyen korkusunu en aza indirmeye çalışıyoruz hastanın özgüvenini sağlamak için yapabileceği işleri kendisinin yapması isteniyor.” (27 yaş, Lisans, Çalışma yılı 7, Koroner YBÜ)

“EVET. Yoğun bakımlara giriş yasak olduğu için hastalar sıkıntıya giriyorlar. Uygun olduğu zaman en yakın akrabasını içeri alıp görüştürüyoruz. Bir de hastalıklarından dolayı sıkıntılı oldukları için tüm personelle tartışabiliyorlar. Bunun için de sakın bir şekilde konuşarak, onları dinleyerek yardımcı olmaya çalışıyoruz.” (28 yaş, Lisans, Çalışma yılı 4, Koroner YBÜ)

Hemşirelerin %15,2’si hayır yardımcı olamıyoruz yanıtını vermiştir. Yardımcı olamıyorum diyen hemşirelerin bu soru ile ilgili yanıtlarına ilişkin bazı örnekler aşağıda verilmiştir.

“HAYIR. Hastalarımızın hemen hemen tamamının bilinci kapalı. Bu nedenle yardımcı olamıyoruz.” (27 yaş, Çalışma yılı 7, Cerrahi YBÜ)

“HAYIR. Genellikle vaktimiz olmuyor. Yine de hastayı dinlemek, duygularını anlamaya çalışmak şeklinde yardımcı olmaya çalışıyoruz ama bu yeterli olmuyor.” (33 yaş, Lisans, Çalışma yılı 12, Cerrahi YBÜ)

“HAYIR. Yoğun çalışma ve takipten dolayı isteklerine karşılık verilemiyor. Ancak uygun vakitlerde (ilaç ve takip saati haricinde) özellikle yemek zamanlarında yakınlarının yanına girip yardım etmesine izin veriyorum” (25 yaş, Lisans, Çalışma yılı 1, Koroner YBÜ)

Hastalara, *“Son günlerde yaşadığınız bu zorlukların üstesinden nasıl gelebileceğinizi düşünüyorsunuz? (Üstesinden gelmek için neler yapıyorsunuz?)”* sorusuna verdikleri yanıtlara Çizelge 4.12.’de yer verilmiştir.

Çizelge 4.12. Hastaların Son Günlerde Yaşadıkları Zorlukların Üstesinden Gelme Konusundaki Yanıtları

	N	%
İnanca sığınma	51	51
Yardım isteme	18	18
Uyum sağlama	14	14
Sosyal destek	13	13
Zamana bırakma	4	4
Toplam	100	100

Yaşadıkları güçlüklerin üstesinden gelebilmek için hastaların %51'i inancına sığındığını, %18'i yardım istediğini, %14'ü uyum sağlamaya çalıştığını, % 13'ü sosyal destek aldığını, %4'ü zamana bırakarak bu zorlukların üstesinden geleceğini ifade etmiştir.

Hastaların, “*Son günlerde yaşadığınız bu zorlukların üstesinden nasıl gelebileceğinizi düşünüyorsunuz?*” sorusu ile ilgili yanıtlarına ilişkin bazı örnekler aşağıda verilmiştir.

İnanca sığınma ile ilgili ifadeler:

“Allahın izniyle yeneceğim bu hastalığı. Sağlığıma daha çok özen göstereceğim. İyileşip eve gideceğim. Dualar ediyorum, iyi geliyor, sakinleşiyorum. Sabır diliyorum, yol göster diyorum, sağlık diliyorum. Böylece daha sabırlı yaklaşıyorum her şeye, güçlü dirençli oluyorum.” (67 yaşında, erkek hasta, Koroner YBÜ, Kalp yetmezliği+Akciğer Ödemi)

“Allah bilir. Allah yaşamamı istiyorsa güç verir, kuvvet verir. Bir çarem olsa. Bir çarem yok ki. Yaradana sığınmaktan başka. Çok dua ediyorum. Başımız sıkışınca daha çok dua etmez miyiz? Allah beni acıtmadan uyutup öldürse.” (80 yaşında, erkek hasta, Cerrahi YBÜ, Rektum CA)

“İnşallah kurtulacağım. Allahın izniyle. Yaradanın affına sığınıyorum. Çünkü her şey kullar için. Dua ediyorum. Dua edince karamsarlığım gidiyor üstümden, iyi düşünüyorum, huzur geliyor içime. Allah çekemeyeceğimi düşünse vermezdi bu derdi bana.” (72 yaşında, erkek hasta, Cerrahi YBÜ, Akciğer CA)

“Dünyada hiçbir şeyde gözüüm yok. Allahtan tek dileğim hayırlısını vermesi. İsterse ölüm, isterse yaşam. Dua etmekten başka hiçbir şey kalmadı bana. Çocuğumun güzel bir geleceği olsun istiyorum. Ama Allah neye karar verirse, kaderimizde ne varsa o olur.” (33 yaşında, kadın hasta, Cerrahi YBÜ, Duedonum CA)

Yardım isteme ile ilgili ifadeler:

“Güçüm azaldı. Hayattan, her şeyden soğudum. Hiçbir şeyde gözüüm yok. Psikiyatriye gitmeyi düşünüyorum. Kendi kendime çözümleyemeyeceğim. Çünkü gerçekten güçsüz hissediyorum kendimi. Tutunacak bir dalım yok gibi.” (23 yaşında, kadın hasta, Dâhili YBÜ, İntoksikasyon)

“Hiçbir şeyin üstesinde gelemem. İçim yanıyor. Ağlarım. Zaten yapabileceğim tek şey bu ağlamak.” (57 yaşında, kadın hasta, Koroner YBÜ, Miyokart enfarktüsü)

“Nasıl atlatayım. Çok zor. Dışarıya çıkmak istiyorum. Yoğun bakımda yatarken zor. Sıkıntım azalmıyor. Uyumaya çalışıyorum. Uyuyup unutmaya. Şöyle bir dışarının havasını solusam.”(50 yaşında, kadın hasta, Koroner YBÜ, Miyokart enfarktüsü+Diyabet)

Uyum sağlama ile ilgili ifadeler:

“Bu hastalıkla yaşamayı öğreniyorum. Öğrendikçe bu kadar zor olmayacak. Tüm kurallara uyuyorum. Yaşamaya devam ediyorum. Hastalığımla yaşayacağım ve bazı şeylere dikkat edeceğim.”(32 yaşında, kadın hasta, Cerrahi YBÜ, Kolon CA)

Sosyal destek ile ilgili ifadeler:

“Eşimin ve çocuklarımın desteği olduğu sürece ben her şeyin üstesinden gelirim. Onlar benim umudum, hayatımın anlamı, ayakta kalma sebebim. Yeter ki onlar mutlu, sağlıklı, huzurlu olsunlar. Ben de atlatırım bunu. Güçlüyüm, üstesinden gelebilirim.”(56 yaşında, erkek hasta, Cerrahi YBÜ, Peptik Ülser Perforasyonu)

“Ailem yanımda, onların desteği ile bütün sıkıntıların üstesinden gelirim. Yeter ki onlar yanımda olsun. İnsan sevdiklerinden güç alıyor. O zaman her şeyin üstesinden geleceğini düşünüyor.”(39 yaşında, kadın hasta, Cerrahi YBÜ, Kafa Travması+ splenektomi)

Zamana bırakma ile ilgili ifadeler:

“ Çok sabırlıyım. Zamanla bunların üstesinden geleceğime inanıyorum. İyi duygularım var. Umutluyum. Yaşama sevincim hiç bitmedi. Ailemin de yanımda olması sabrımı artırıyor.” (56 yaşında, erkek hasta, Koroner YBÜ, Akut İnför Miyokart enfarktüsü)

Hemşirelerin **“Hastalar yaşadıkları bu güçlüklerin üstesinden gelebilirler mi?”** sorusuna verdikleri yanıtlar evet-hayır şeklinde değerlendirilmiştir.

Hemşirelerin %91,1'i evet yanıtını vermiştir. Hemşirelerin verdiği evet yanıtına rağmen hastaların %45'inin uygun baş etme yöntemleri kullandıkları ve %55'inin uygun olmayan baş etme yöntemleri kullandıkları görülmektedir. Evet diyenlerin bu soru ile ilgili yanıtlarına ilişkin bazı örnekler aşağıda verilmiştir.

“EVET. Bazıları kendilerini kaderci anlayışla rahatlatıyor. Her şeyin hayırlısı diyor.” (27 yaş, Lisans, Çalışma yılı 7, Koroner YBÜ)

“EVET. Bizler öncelikle içinde buldukları durumun farkına varmalarını sağlamalıyız. Fizyolojik ve psikolojik gereksinimlerine önem verilerek ihtiyaçlarına cevap verilmelidir. Yakınları ile iletişim kurularak birlikte hareket edilmelidir. YBÜ hastanın uyumu sağlanmaya çalışılmalıdır.” (26 yaş, Lisans, Çalışma yılı 6, Koroner YBÜ)

“EVET. En büyük desteği yakınlarından alıyorlar. Onların desteği ve ilgisi ile üstesinden gelirler.” (20, SML, Çalışma yılı 1, Koroner YBÜ)

“EVET. Önce içinde buldukları durumu kabullenmelidir. Bunun için psikolojik destek almalı. Ailenin de desteği önemli.” (22 yaş, Lisans, Çalışma yılı 1, Koroner YBÜ)

“EVET. Sağlık personeline duyduğu güven ve onun vereceği moral desteği ile üstesinden gelir. Ve mevcut şartların iyileştirilmesiyle.” (23, SML, Çalışma yılı 1, Cerrahi YBÜ)

“EVET. Bilinci açık hasta ile sözlü iletişim kurarak, hastanın isteği ve hastalığın durumu göz önüne alınarak sağlık personelinin desteği ile güçlüklerin üstesinden gelebilirler.” (29 yaş, SML, Çalışma yılı 7, Koroner YBÜ)

“EVET. Bazıları gelebiliyor. Herkesin tepkisi farklı oluyor. Bazıları ise gelemiyor. Aslında tüm yoğun bakım hastalarının ve ailelerinin psikiyatrik desteğe ihtiyacı var. Yoğun bakımlarda görevli bir psikolog ve liyezon hemşiresi bulunmalı.” (29 yaş, Lisans, Çalışma yılı 8, Koroner YBÜ)

Hemşirelerin %8,9'u hastaların yaşadıkları sorunların üstesinden gelemeyeceğini ifade etmişlerdir.

“HAYIR. Hastaların hemen hepsi yeşil kartlı, ekonomik seviyeleri çok düşük, ailelerin kendilerini bırakacağını, terk edeceğini düşünüyor. Kendilerini

bırakıyorlar. Bilinci açık hastalarımıza mutlaka psikiyatri konsültasyonu isteniyor, ilaç yardımı alıyorlar. Genelde terminal dönem CA hastaları ile çalışıyoruz. Biz hemşireler için gerçekten zor oluyor. Onlar için daha da zor.”(30 yaş, SML, Çalışma yılı 10, Dâhili YBÜ)

“HAYIR. Genelde çoğu üstesinden gelmek yerine neden ben hastayım, neden oldu. Ben cezalandırıldım mı kaygısı içindeler. Baş etmek yerine sebep aramakla ve buna üzülmeyle zaman geçiriyorlar. Bence bu konuda yardımcı olunması özellikle psikolojik açıdan üstesinden daha kolay gelebilmesini sağlar. Son dönem hastaları daha çok ihtiyaç duyuyorlar.”(26 yaş, SML, Çalışma yılı 7, Dâhili YBÜ)

“HAYIR. Sinirlilik ve ajitasyon gibi sıkıntılar yaşıyorlar” (33 yaş, Ön lisans, Çalışma yılı 15, Dahili YBÜ)

Hemşirelere, **“Hastalarınıza yardımcı olamadığınızı ve güçlük yaşadığınızı düşündüğünüz durumlarda; psikiyatri hemşireliği alanında uzmanlık eğitimi almış bir meslektaşınızdan konsültasyon almak ve birlikte çalışmak ister misiniz?”** sorusuna verilen yanıtlar evet-hayır şeklinde değerlendirilmiştir.

Hemşirelerin %92,4’ü psikiyatri hemşireliği alanında uzmanlık eğitimi almış bir meslektaşıyla konsültasyon yapmak ve birlikte çalışmak için “evet” demiştir. Evet diyenlerin cevaplarına ilişkin bazı örnekler aşağıda verilmiştir.

“EVET. Çok iyi olur. Çünkü zaman kısıtlılığından ve iş yoğunluğundan biz hastaların psikolojik durumlarını çok iyi anlayamıyoruz onlarla konuşamıyoruz. Bunun eğitimini almış uzmanlar tarafından yardımcı olunması yoğun bakımda olan özellikle bilinci açık hastalar için gerekli olduğunu düşünüyorum” (26 yaş, SML, Çalışma yılı 8, Dâhili YBÜ)

“EVET. Bazen hastadan kaynaklı bazen de yoğun bakımda çalışmanın vermiş olduğu stres ve yorucu ortam nedeniyle hastaya sorunlarını çözmeye yönelik yaklaşım sergileyemeyebiliriz. Bu yüzden daha deneyimli ve bu konuda eğitim almış kişilerle çalışmamız bizim açımızdan da bir tecrübe, bir deneyim olabilir. Bu konudaki eksikliklerimizi giderebiliriz.” (27 yaş, Lisans, Çalışma yılı 2, Cerrahi YBÜ)

“EVET. Böyle bir uygulama yok ama olsa çok iyi olur. Hem hasta, hem yakınları, hem de bizler için gerçekten gerekli.” (32 yaş, SML, Çalışma yılı 8, Dâhili YBÜ)

“EVET. Tedaviye ve hemşirelik bakımına olumlu katkıları olabileceğini ve iyileşme sürecini kısaltacağını düşünüyorum.” (28 yaş, Ön lisans, Çalışma yılı 10, Cerrahi YBÜ)

“EVET. Çok iyi olur. Hem hasta hem de bizim için gerekli. Fakat bu kişi yoğun bakımda çalışmış, ortamı ve koşulları bilen bir kişi olmalı.” (27 yaş, Lisans, Çalışma yılı 5, Cerrahi YBÜ)

“EVET. Hastalar duygularını net olarak ifade edemiyorlar. Bazı duygularını dolaylı yollarla ifade ediyorlar. Stres ve anksiyete yaşıyorlar. Psikiyatri alanında uzman hemşire arkadaşların, hastaların duygularını daha iyi ifade etmelerine daha çok yardımcı olabileceklerine inanıyorum.” (25 yaş, Lisans, Çalışma yılı 3, Dâhili YBÜ)

“EVET. Büyük bir ihtiyaç. Hemşire olarak bizler yetersiz kalıyoruz. Psikolog ise çok yoğun. Psikiyatri hekimi ilaca yöneliyor. Uzman bir psikiyatri hemşiresi çözüm olabilir.” (35 yaş, Ön lisans, Çalışma yılı 13, Cerrahi YBÜ)

“EVET. Yoğun bakım hastalarının rutin olarak liyezon hemşiresi ile görüşmelerine ihtiyaçları var. Hastanın yaşam standartları, günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede değişiklik meydana geliyor. Yaşam kalitesi düşüyor. Ailesinden, sevdiklerinden uzak kalıyor. Kalp gibi önemli bir organın hasar görmesi ve kronik bir hastalığının olması nedeni ile ölüm korkusu ve bağımlı olma korkusu yaşıyor. Hastalığını kabul etmek istemiyor, inkâr ediyor. Sağlığını koruması için uyması gereken kurallara uymak istemiyor. Hastada kişilik bozukluğu görülüyor ve yoğun bakıma uyum zorlaşıyor.” (29 yaş, Lisans, Çalışma yılı 8, Koroner YBÜ)

Hemşirelerin %7,6’sı hayır demiştir. Hayır diyen hemşirelerin bu soru ile ilgili yanıtlarına ilişkin bazı örnekler aşağıda verilmiştir.

“HAYIR. Gerek yok. Çünkü böyle durumlarda psikiyatri hemşiresinden değil de, psikiyatri doktorundan konsültasyon istiyoruz.”(24, SML, Çalışma yılı 5, Cerrahi YBÜ)

“HAYIR. Şu an hastanemizde byle bir uygulama yok. Bir de dıŐarıdan gelen bir insanın bizim bulunduğumuz ortamdaki sıkıntılarını bizim kadar anlayabileceğini dıŐünmüyorum. DıŐarıdan gelen kişi hastanın ve ortamın nasıl olduğunu tam bilemez. Kısa bir süre gelip görmek, sorunu çzmleyemeyeceğini dıŐnyorum.” (34 yaş, ön lisans, Çalışma yılı 11, Cerrahi YB)

5.TARTIŞMA

Bu bölümde; yoğun bakım hemşirelerinin hasta gereksinimleri doğrultusunda, hasta ve hemşirelerin konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliğine duydukları gereksinimi belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları tartışılmaktadır.

Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin %64,6'sı 19–29 yaş grubundadır ve bu sonuç literatürle örtüşmektedir. Çavuş (2006), Dede (2007), Choi (2004) ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalar da bu sonucu desteklemektedir (55,108,109). Yoğun bakım hemşiresinin bilgi ve becerisinin yanı sıra, yüksek enerji gerektirmesi nedeniyle yoğun bakım hemşirelerinin genç grubu oluşturmaları beklenen bir durumdur.

Hemşirelerin öğrenim düzeyleri birbirine yakındır (Çizelge 4.1). Dede (2007) ve Çavuş'un (2006) çalışma sonuçlarında da benzer sonuçlara ulaşılmıştır (55,108). Son yıllarda ülkemizde hemşirelik öğrenim düzeyinin yükselmesine bağlı olarak; üst düzey hemşirelik bilgi ve becerisi gerektiren yoğun bakım birimlerinde daha çok lisans mezunlarının istihdam edildikleri gözlenmektedir. Bakım ve tedavi süreçlerini yönlendiren hemşirelerin alanla ilgili bilgi ve becerilerini en üst düzeyde sürdürmeleri, hasta bakımının kalitesini arttıracığı gibi hemşirelik mesleğinin gelişimine de önemli katkı sağlayacaktır.

Çalışmamıza katılan hemşireler en fazla (%39,2) Cerrahi YBÜ'lerinde çalışmaktadırlar. Bu bulgu Çavuş'un (2006) çalışması ile de benzerlik göstermektedir (55) ve bu birimlerdeki yatak sayısının fazla olması nedeniyle açıklanabilir.

Hemşirelerin %62'si YBÜ'nde çalışmaktan memnun olduğunu belirtmiştir. Çavuş'un (2006) çalışmasında ise hemşirelerin kısmen memnun olduklarını belirlenmiştir (55). Hemşirelerin çalışma ortamından memnuniyetleri; iş streslerini azaltabilir, iş doyumlarını ve bakımın kalitesini arttırabilir.

Hemşirelerin %70,9'u vardiyalı sistemle çalışmaktadır. YBÜ'lerinin çalışma koşullarının ağır olması nedeniyle genellikle vardiyalı sistemin uygulandığı görülmektedir. Çavuş'un (2006) çalışmasında da hemşireler vardiyalı çalışmaktadırlar (55). Burada sözü edilen sistem iki vardiya olduğundan; 8–16 saatleri uygun görünmekte, ancak 16–08 vardiyasının çok uzun ve insani koşulları zorladığı düşünülürse, iş stresini azaltması beklenen vardiya sisteminin iki vardiya olduğunda iş stresini arttıracığı söylenebilir.

Hemşirelerin %41,8'i kendi isteği ile YBÜ ünitesinde çalışmaktadır. Hemşirenin çalışacağı kliniği seçmesi ve istekli olması hasta bakımını ve iş doyumunu olumlu yönde etkileyecektir. Çavuş'un (2006) yaptığı çalışmada hemşirelerin çoğunluğunun, kendi isteği ile değil, görevlendirme ile YBÜ çalıştıkları görülmektedir (55). Bu durumda YBÜ'lerinde çalışan hemşirelerin önemli kesiminin isteği dışında çalıştığını göstermektedir.

Hemşirelerin, %75,9'u yoğun bakım hemşireliği ile ilgili eğitim almamıştır. Bu bulgu Çavuş (2006) ve Dede'nin (2007) çalışma sonuçlarından farklılık göstermektedir. İki çalışmada da YBÜ'sinde çalışan hemşirelerin alanları ile ilgili eğitim aldıkları görülmektedir (55,109). Literatür incelendiğinde de YBÜ'sinde çalışan hemşirelerin eğitim aldıkları görülmektedir. Eğitim alma, hemşirelerin daha aktif ve yeniliklere daha çabuk adapte olmalarına neden olabilmektedir.

Çalışmamızda yer alan hastaların %49'u ilköğretim mezunudur (Çizelge 4.2). Tunçay (2005) ve Kaçmaz'ın (2003) çalışmalarında her öğrenim düzeyinden hastaların olduğu görülmektedir (30,64). Sözü edilen çalışmaların Ankara ve İstanbul gibi büyük şehir ve üniversite hastanelerinde yapılması böyle bir farklılığın olmasına yol açmış olabilir.

Hastaların yaşı 19–80 arasında değişmektedir (Çizelge 4.2). Kelleci (1998) ve Kaçmaz'ın (2003) çalışmalarında da hastaların yaş grubunun oldukça yaygın olduğu görülmektedir (30,64).

Hastaların %73'ü evlidir. Çalışmanın yetişkin yoğun bakım ünitelerinde yapılması nedeniyle önemli bölümünün evli olması beklenen bir durumdur. Tunçay (2005) ve Kaçmaz'ın (2003) genel kliniklerde yaptığı çalışma sonuçlarıyla paralellik göstermektedir (30,64).

Görüşme yapılan hastaların %53'ü eş ve çocukları ile birlikte yaşamakta ve kadınların çoğu (%42) ev hanımıdır. Kaçmaz'ın (2003) çalışması bulgularımızı desteklemektedir (30).

Hastaların %59'u ekonomik düzeylerini “orta” olarak değerlendirmişlerdir ve Kaçmaz'ın (2003) çalışması bu bulgumuzu desteklemektedir (30).

Hastaların %90'ının sağlık güvencesi mevcuttur ve sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanabilmektedirler. Tunçay'ın (2005) çalışmasında da hastaların çoğunluğunun sosyal güvencesinin olduğu görülmüştür (64).

Hastaların %64'ü cerrahi yoğun bakım ünitesinde yatmaktadır. Cerrahi YBÜ'lerine ayrılan yatak sayısı diğer ünitelerden fazla olması nedeniyle bu ünitelerde yatan hasta sayısı doğal olarak fazladır.

Hastaların "Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinden" aldıkları puanlar incelendiğinde (Çizelge 4.3); Anksiyete puan ortalaması $10,18 \pm 4,9$, Depresyon puan ortalaması ise $10,43 \pm 4,8$ olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar, Bahar'ın (2006) Diabetes Mellituslu hastalarla yaptığı çalışma ile örtüşmektedir (110). Kronik hastalık ve yoğun bakım ünitesinde yatmak, anksiyete ve depresyon düzeyini etkilemektedir. Hastalıklar kriz yaratabilen bir durum olarak düşünüldüğünde, hastaların kaygısının artması ve duygu durumlarının değişmesi kaçınılmazdır. YBÜ'lerinde, özellikle bilinci açık hastalar, hem kendi fiziksel sıkıntılarının getirdiği güçlüklerle baş etmeye çalışmakta, hem de çevrelerindeki hastaların yaşadığı güçlüklerle tanık olmaktadır. Bir yandan da yüksek teknolojinin getirdiği ses, ışık ve pek çok aletten oluşan yeni ve alışılmadık ortama uyum sağlamaya çalışmaktadırlar. Bu nedenle, YBÜ'lerinde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon görülme sıklığı fazladır.

Hastaların HAD ölçeğinden aldıkları puanlar tanımlayıcı özellikleriyle karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Buna karşın, yaş arttıkça HAD ölçeğinden alınan puanların arttığı gözlenmektedir (Çizelge 4.4). Yaşlanmayla birlikte ruhsal yapının temel gücünü oluşturan biyolojik ve toplumsal güdülerde ve duygu-durum ifadesinde azalma olması beklenen bir sonuçtur (107). Hastaların anksiyete düzeyleri ile yaş arasındaki korelasyonun 0,240, depresyon düzeyi ile yaş arasındaki korelasyonun 0,209 olduğu görülmüş, ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p > 0,05$). Yaşın ilerlemesinin depresyon ve anksiyete için risk faktörü olduğu (107) düşünülürse, elde edilen bu sonuç çelişmektedir. Yani yaşı ne olursa olsun, yoğun bakımda yatıyor olmak hastalarda anksiyete ve depresyonu artırmaktadır. Bu durum, yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların bakımında hemşirelerin özellikle göz önünde bulundurmaları gereken bir olgudur.

Yazıcı ve arkadaşlarının çalışmasında; depresyon ve anksiyete puanları açısından cinsiyet, medeni durum, eğitim, meslek, dâhili veya cerrahi hastalık olması, şu anki hastalığın süresi, hastaneye yatış süresi ve daha önce hastaneye kaç kez yattığının fark oluşturmadığı sonucuna ulaşmıştır (111). Soskolne ve arkadaşları (1996) kadınlarda depresyon puanlarının anlamlı olarak yüksek olduğunu, ancak depresif belirtilerin yaş, eğitim, medeni durum, toplumsal destek, yattığı klinik ve hastanede yatış süresi ile ilişkili olmadığını belirtmişlerdir (92). Bizim çalışmamızda, depresyon ve anksiyete puanları açısından cinsiyet, medeni durum,

eğitim durumu, meslek, kiminle yaşadığı, ekonomik durumu, dâhili, cerrahi veya koroner YBÜ’nde yatmasının fark oluşturmadığı görülmüştür.

Hastalarla yapılan görüşme sonuçları ve buna dayalı olarak oluşturulan sorulara hemşirelerin verdiği yanıtlar incelenmiştir. Buna göre; hastaların hastalığını ilk öğrendiğinde yaşadıkları duygular ile hemşirelerin hastaların yaşadığı bu duygular konusundaki yanıtlarından ilk üçünün birbiri ile örtüştüğü görülmektedir (Çizelge 4.5). Bu da hemşirelerin hastaların yaşadığı duyguları tanıdıklarını ve farkında olduklarını göstermektedir. Hemşirelerle hastaların verdiği yanıtın çoğu istatistiksel olarak uyumlu bulunmuştur (Medcalc $p=0,483$, Cramer’s $V=0,281$; $p>0,05$). Hastaların yaşadığı ilk ve en önemli duygunun korku olduğu görülmektedir (%43) ve hemşireler genellikle bu duygunun farkındadırlar. Korku ifadesine bir örnek olarak; “*Korktum. Kanser olmasından çok korktum. Ağabeyim de kanserden öldü. Bu beni perişan etti. Yıkıldım. Ben bunu hak etmedim.*” (50 yaşında, erkek hasta, Cerrahi YBÜ, Kolon CA+ Kolektomi) verilebilir. Wong ve Arthur’un (2000) çalışmasında YBÜ’nde yatan hastaların duyguları ile ilgili olarak hasta ve hemşirelerin verdiği yanıtlardan; endişe, bilinmeyen ve ortam korkusu çalışmamızın bulgusu ile örtüşmektedir (112).

Hastalığın nedeni konusunda; hasta ve hemşirelerin görüşleri örtüşmemektedir (Çizelge 4.6). Bu sonuç istatistiksel olarak uyumlu bulunmuştur (Medcalc $p=0,0001$, Cramer’s $V=0,248$; $p>0,05$). Bu durum hemşirelerin, hastanın duyu ve düşüncelerini fark edemedikleri anlamına gelmektedir. Hastaların çoğunluğu hastalığını dini nedenlere bağlarken (%55), hemşireler hastanın yaşadığı stres ve üzüntülere (%34,2) bağlamaktadır. Dini duygularla ilgili ifadeye örnek olarak; “*Kader. Cenabı Allah sınıyor, Allah çekebileceğimiz kadar verir. Elimizden geldiği kadarını yaparız, Allaktan gelen bir şey bizim elimizde değil. Her şeyin sonunda bir ödül var.*” (53 yaşında, erkek hasta, Cerrahi YBÜ, Rektum CA) verilebilir. Dini duyu ve inanç sistemleri bireyin manevi rahatlığını sağlayan öğelerdendir. Como’nun (2007) belirttiğine göre, yaşamın anlamı manevi olarak şekilleniyorsa, boşluk ve işe yaramazlık duyguları dinin etkisiyle azalır ve maneviyat yaşam kalitesini ve sağlığı olumlu yönde etkiler (113). Ergül ve Bayık (2004), bireyde yaşam umudu, amaç, anlam, güç, inanç, güven duygusu var olduğunda, en üst düzeyde sağlık durumuna, yaşam kalitesine ve iyilik durumuna ulaşılabileceğini belirtmiştir (114). Sağlığını kaybettiğinde bireylerin, kaderci davranmaları, cezalandırıldıklarını düşünmeleri ve hastalığın nedenini dini inançla açıkladıkları görülmektedir. Bu da bireylerin bilgi düzeyleri ve dünya görüşleri ile ilişkili

olabilir. Hemşirelerin hastalık nedenlerine bakışları, bilimsel veriler doğrultusundadır ve bu beklenen bir durumdur.

Hastalığın, hastanın hayatını etkilemesi ile ilgili görüşler incelendiğinde; hastaların %41'i ailesi ile ilgili endişeler yaşadığını belirtirken, hemşirelerin %44,3'ü ise hastanın sağlığına daha çok dikkat etmesi gerektiğini vurgulamaktadır (Çizelge 4.7). Hemşireler hasta açısından konuya bakarken, hastalar aileleri ile ilgili endişelerini ön plana çıkartmakta veya kendi durumları ile yüzleşmekten kaçınarak savunma mekanizmasını devreye sokmaktadırlar. Bu yüzden hemşire ve hasta görüşleri bu noktada birbiriyle örtüşmemektedir. Hasta ve hemşire yanıtları arasındaki farkın istatistiksel olarak uyumsuz bulunuşu da (Medcalc p=0,0001, Cramer's V=0,159; p>0,05) bunun göstergesi sayılabilir. Aileleri ile ilgili endişeler yaşamayı ifade eden bir örnek; *"Ailem perişan oldu. Sevdiklerim çok üzüldüler. Hepsine sıkıntı verdim, perişan ettim. Herkes seferber oldu çok duygulandım."* (32 yaşında, erkek hasta, Cerrahi YBÜ, Mide CA) olarak verilebilir. Tekinsoy (2007) ve Özyıldız'ın (2006) çalışmalarında; hasta yakınlarının hasta ile ilgili endişe ve kaygılarının olduğu, aile ilişkilerinin bozulduğu ve üzüntü-gerginlik yaşadıkları belirlenmiştir (115,116). Hasta yakınları, hastaları ile ilgili sorunlar yaşarken, hastaların da yakınlarının yaşadığı sorunları fark ettikleri ve ailelerini düşündükleri görülmektedir.

Hastaların %41'i hastaneyi kötü ve sıkıcı bulurken, hemşirelerin %62'si hastaların hastanede olmak yerine aileleri ile olmayı tercih edeceklerini belirtmişlerdir (Çizelge 4.8). Bu konuda hasta ve hemşire görüşleri arasında istatistiksel olarak uyum katsayısının anlamlı olmadığı saptanmıştır (Medcalc p= 0,0001, Cramer's V=0,192; p>0,05). Hastaneyi kötü ve sıkıcı bulma ifadesine örnek olarak; *"Kötü hissediyorum, hastane deyince bile kötü oluyorum. İnsan kendini kapatılmış hissediyor. Burada kendi düzeninizden farklı bir ortam var ve bunlara ayak uydurmanız gerekiyor."* (56 yaşında, erkek hasta, Cerrahi YBÜ, Peptik Ülser Perforasyonu) verilebilir. Hasta olarak hastaneye yatmak, birey için stres ve kaygı yaratan bir deneyimdir. Bireyin hastaneye yatması, günlük yaşam düzeni ve alışkanlıklarının değişmesi anlamına gelmektedir. Hastaneye yatan birey, ailesi ve yakın çevresinden ayrılmakta, ailedeki anne, baba, kardeş ve benzeri rollerinin yerine hasta rolüne geçmektedir. Birey; yeme ve uyuma zamanına, ne yiyeceği, ne kadar yiyeceği gibi birçok konuda karar verememekte ve başkasına bağımlı duruma gelmektedir. Birey için hastane ortamı ve çevredeki insanlar yabancıdır. Bu yeni çevrede olaylar, genellikle bireyin kontrolü dışında gerçekleşmektedir. Tanı, tedavi ve bakımıyla ilgili kararlar da genellikle birey adına sağlık personeli tarafından verilmektedir. Bu durum; birey için, öz-denetimin ya da kendisi üzerindeki kontrolünün kaybı anlamına

gelmektedir (58,59). Bütün bu yaşananlar sonucunda bireyin hastaneyi kötü ve sıkıcı bulması kaçınılmazdır. Hemşirelerin hasta adına ailesi ile birlikte olmayı isteyecekleri yönündeki düşünceleri, bu konuda hastayı anladıklarının göstergesi sayılabilir.

Hastalar için yoğun bakım ünitesinde olmak ölümü düşündürmekte (%50), hemşireler için ise hastaların durumunun kötü ve ciddi olduğu anlamına (%59,5) gelmektedir (Çizelge 4.9). Bu yanıtlar farklı gibi görünse de aynı şeyi ifade etmektedir. Hasta ve hemşirelerin görüşlerinin birbiri ile örtüşmediği ve istatistiksel olarak uyum katsayısının anlamlı olmadığı saptanmıştır (Medcalc $p=0,0001$, Cramer's $V=0,192$; $p>0,05$). Ölüm düşüncesi ile ilgili ifadeye örnek olarak; *“Ölümden önceki durağıma geldim. Buradan dört kolluya, oradan toprağa. Sonum geldi.”* (62 yaşında, erkek hasta, Cerrahi YBÜ, Total Kalça Protezi+ solunum yetmezliği) verilebilir. Hastaların yarısında, yoğun bakım ünitesinde olmanın ölümü çağrıştırmaması; hastalığın tanısına, hastalığına vermiş olduğu anlama, uygulanan tanı ve tedavi işlemlerine, geçmiş deneyimlerine ve sosyo-kültürel düzeyine bağlanabilir. Ayrıca YBÜ'lerinin; yaşamsal bulguları değişken olan, bu nedenle yakın izlem ve tedavi gerektiren ağır hastaların, gereksinim duydukları bakım ve destek tedavilerinin sağlandığı ve yaşamsal fonksiyonlarının en kısa zamanda ve en etkin biçimde düzenlendiği yerler olmasına da bağlanabilir (45,54).

Hastaların hastanede yaşadığı sıkıntıların başında ailelerini görememe ve ziyaretçi kısıtlılığından yakınma gelmektedir ve bu hem hasta hem de hemşireler için birinci sırayı almaktadır (Çizelge 4.10). Ailelerini görememe ve ziyaretçi kısıtlılığı ifadesine örnek olarak; *“Ziyaretçilerimle görüştürmüyorlar. Kızıyorlar. Ama bilmiyorlar azıcık görsem onları rahatlıyorum. Bir gülüşleri, bir dokunuşları yetiyor. İnsan sevdiklerinden güç alıyor. Ağrılarım var. Ama onları görünce unuttur gibi oluyorum. İnsana moral gerek, destek gerek. Bunu da ailesinden alır. O zaman ağrı acı vız gelir.”* (65 yaşında, erkek hasta, Cerrahi YBÜ, Mide Perforasyonu) verilebilir. Hastalar için ikinci sırada “başkalarına bağımlı olma”, üçüncü ve dördüncü sırada “hastane, hekim ve hemşirelerle ilgili sorunlar” ile “uğraşı olmamasından dolayı can sıkıntısı” gelmektedir. Hastalar için beşinci sırada yer alan “Ağrı, acı vb Fiziksel sıkıntılar” hemşireler için ikinci sırada yer almaktadır. Üçüncü sırada ise “Başkalarına bağımlı olma” gelmektedir. Hemşirelerin, hastanın yaşadığı güçlüklerin pek farkında olmamaları; hastaların deneyimlerini gözlemleyemedikleri ya da onların yaşadığı güçlükleri hemşirenin kendi penceresinden değerlendirdiği görülmektedir. “Uğraşı olmamasından dolayı hastanın can sıkıntısı yaşamaması” hemşirelerin fark etmediği bir konudur ve medcalc testi bu durumun uyumsuzluğunu ortaya koymaktadır. Bununla birlikte hasta ve hemşire görüşlerinin çoğu istatistiksel olarak uyumlu bulunmuştur (Medcalc $p=0,0651$, Cramer's $V=0,302$; $p>0,05$).

Özyıldız'ın (2006) çalışmasında hasta yakınlarının; hastaya yakın olma, hastayı ziyaret etme gereksinimleri olduğu saptanmıştır (116). Bu gereksinimler hasta için de geçerlidir. Aile, hastaların sosyal destek sistemlerinin önemli bir parçasını oluşturur. Wong ve Arthur (2000)'un, Roulin ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmalarda hastaların aile tarafından ziyaret edilmeye gereksinim duydukları ortaya konmuştur. Ziyaretlerin hasta ve ailesi için faydalı olduğu, aileyi canlı ve ayakta tuttuğu, hastayı ise olumlu yönde etkilediği belirtilmiştir (112,117). Çalışmamızdaki hastaların bunu birinci sıraya almaları, ait olma ve güven gereksinimlerinin önemini vurgulamaktadır. Hemşireler de bu konunun farkındadırlar, ancak hastane ve sağlık sistemi içinde uygulanan yoğun bakıma ziyaretçi alınmaması uygulamasını değiştirmeye güçleri yetmemektedir. Yer yer insiyatiflerini kullanarak hastanın bu önemli gereksinmesini karşılamaya çalışan hemşireler bulunmaktadır.

Hemşirelerin hastaya yardımı konusunda hastaların %69'u hemşirelerin kendilerini anlamadığını, iş merkezli çalıştıklarını, kendileri ile konuşmadıklarını ve dinlemediklerini ifade etmişlerdir (Çizelge 4.11). Yani hastaların çoğu, hemşirelerin kendilerine yardımcı olmadığını belirtmektedirler. Hasta ifadelerinden örnek olarak; *“Acılarımı anlamalarını istiyorum. Canları yanmadığı için bilmiyorlar. Daha fazla anlayışlı olmalılar. Bir şey söylediğinde dinlesinler. Biraz daha fazla ilgi gösterebilirler. Ama eski hemşirelerden daha iyiler.”* (32 yaşında, kadın hasta, Cerrahi YBÜ, Kolon CA) verilebilir. Oysa hemşirelerin %84,4'ü yaşadığı sıkıntılar konusunda hastalara yardımcı olabildiklerini ifade etmektedirler. Açık uçlu sorulara verdikleri yanıtlar hemşirelerin hastaları bütüncül olarak değerlendiremediklerini göstermektedir. Bu yanıtı örnek olarak; *“EVET. Fiziksel sıkıntılar için ağrı kesiciler ve çok kısıtlı olsa da yakınlarını yanına almaya çalışıyoruz. Hastanın ruh sağlığı ile ilgilenmeye vaktimiz kalmıyor. Hasta yoğunluğu, eleman sıkıntısı içinde takip ve tedavi işlemlerini ancak yetiştirebiliyoruz.”*(25 yaş, Lisans, Çalışma yılı 4, Cerrahi YBÜ) verilebilir. Wong ve Arthur'un (2000) yaptığı çalışmada, hastaların YBÜ'nde kalırken gereksinimleri ile ilgili hasta ve hemşireler arasında bazı farklılıklar bulmasına karşın, hemşirelerin; hastaların çektiği ağrıları, uyku, esnek ziyaret saatleri ve ameliyat öncesi YBÜ ziyareti konularının farkında oldukları ortaya konmuştur (112). Hunt'ın (1999) yaptığı çalışmada ise; hastaların kendilerine bakan hemşirelerin yetenekli, zeki, deneyimli, iletişim becerilerine ve teknik donanıma sahip olmalarını bekledikleri ve hastanede kendilerini güçsüz hissettikleri için hemşirelerin kendilerine yardımcı olmalarını istedikleri saptanmıştır (118). Hemşirelerin ifadelerine bakıldığında, genellikle somut ve fiziksel sıkıntılarına çoğunlukla yardımcı oldukları, ancak psikososyal sorunlarının farkında olmadıkları anlaşılmaktadır. Godfrey ve arkadaşlarının

yaptığı çalışmada; hemşire ve hastaların özel bakım gereksinimlerinin karşılandığı saptanmıştır. Bu çalışmada hastalar tarafından belirtilen gereksinimler; iletişim, endişe ve ağrının giderilmesi ve dinlenmedir. Hemşirelerin belirttiği gereksinimler ise ağrının üstesinden gelme, mide bulantısı ve rahatlamadır (119). Kelleci'nin (1998) yaptığı çalışmada; hastaların hemşirelerden ilgili, anlayışlı, kendileri ile konuşan, destek olan, durumu ile ilgilenen, bilgi veren kişiler olmalarıdır (85). Görüldüğü gibi, hemşirelik literatüründe sıklıkla vurgulanan bütüncül bakım kavramı yeterince yaşama geçirilememektedir. Bunun nedeni; hastane sisteminden kaynaklandığı gibi, hemşirenin değişik düzeylerde eğitimi ve eğitim donanımında standardizasyonun olmayışından kaynaklanmaktadır.

Son zamanlarda yaşadığı zorluklarla baş etmek için hastaların %51'inin; dua etme, namaz kılma gibi inanca sığınma yoluna başvurduğu gözlenmektedir (Çizelge 4.12). İnanç ve değerleri kişinin baş etmesini kolaylaştıran destek sistemlerindedir. Buna hasta ifadelerinden örnek olarak; *"İnşallah kurtulacağım. Allahın izniyle. Yaradanın affına sığınyorum. Çünkü her şey kullar için. Dua ediyorum. Dua edince karamsarlığım gidiyor üstümden, iyi düşünüyorum, huzur geliyor içime. Allah çekemeyeceğimi düşünse vermezdi bu derdi bana."* (72 yaşında, erkek hasta, Cerrahi YBÜ, Akciğer CA) verilebilir. Ergül ve Bayık'ın (2004) belirttiğine göre; din kurumlarına devam eden kişilerin, stresle baş etmede, hastalığın iyileşmesinde, depresyonun giderilmesinde, madde bağımlılığının önlenmesi ya da bırakılmasında, kalp hastalıkları ve hipertansiyonun önlenmesinde, ağrının giderilmesinde, engellerin aşılmasında ve ölüm oranlarında %25 azalma olmaktadır (114). Başka bir deyişle, dini uygulamalar hastanın rahatlamasını sağlamak ve baş etme mekanizmalarını harekete geçirmektedir. Aynı konuda, hemşirelerin %91,1'i hastaların yaşadığı sıkıntıların üstesinden gelebileceklerini düşünmektedir. Hemşire ifadesine örnek olarak; *"EVET. En büyük desteği yakınlarından alıyorlar. Onların desteği ve ilgisi ile üstesinden gelirler."* (20, SML, Çalışma yılı 1, Koroner YBÜ) verilebilir. Genel olarak hemşire ifadeleri incelendiğinde, hastaların aileden alacakları desteğin önemine vurgu yapılmaktadır. Hemşireler söylemlerinde, hastaların baş etmelerini kolaylaştıracak noktalara işaret eden ifadeler kullanmalarına rağmen, uygulamada bunları yapamadıklarını belirtmektedirler. Bunun nedenini de zaman azlığına ve yoğun çalışma temposuna bağlamaktadırlar. Harrison ve Nixon'un (2002) çalışmasında, hemşirelerin zamanlarının %24,1'ini yönetimle ilgili aktivitelere harcadıkları için, hasta ile doğrudan ilgilenilmesi gereken zamanın azaldığından söz edilmektedir (120).

Konsültasyon Liyazon Psikiyatri Hemşireliğine duyulan gereksinmeyi anlamak için sorulan soruya; hemşirelerin %92,4'ü, psikiyatri hemşireliği alanında uzmanlık eğitimi almış

bir meslektaşından konsültasyon almayı ve birlikte çalışmayı istediğini belirtmiştir. Kelleci'nin (1998) yaptığı çalışmada, psikiyatri hemşiresinden danışmanlık almak isteyen hemşirelerin az sayıda olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda ise neredeyse hemşirelerin tamamı, konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliğine gereksinim duyabileceklerini belirtmişlerdir. Bunların bir kısmı gerçek anlamda KLP hemşireliği işlevleri için gereksinim belirtmektedir. Bu ifadeye örnek olarak; *“EVET. Yoğun bakım hastalarının rutin olarak liyezon hemşiresi ile görüşmelerine ihtiyaçları var. Hastanın yaşam standartları, günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede değişiklik meydana geliyor. Yaşam kalitesi düşüyor. Ailesinden, sevdiklerinden uzak kalıyor. Kalp gibi önemli bir organın hasar görmesi ve kronik bir hastalığının olması nedeni ile ölüm korkusu ve bağımlı olma korkusu yaşıyor. Hastalığını kabul etmek istemiyor, inkâr ediyor. Sağlığını koruması için uyması gereken kurallara uymak istemiyor. Hastada kişilik bozukluğu görülüyor ve yoğun bakıma uyum zorlaşıyor.”* (29 yaş, Lisans, Çalışma yılı 8, Koroner YBÜ) verilebilir. Önemli bir kısmı da hasta bakımının psikososyal yönünü üstlenecek, dolayısıyla işlerini hafifletecek bir grup olarak gördüğünden gereksinim belirtmektedir. Buna örnek olarak; *“EVET. Çok iyi olur. Çünkü zaman kısıtlılığından ve iş yoğunluğundan biz hastaların psikolojik durumlarını çok iyi anlayamıyoruz onlarla konuşamıyoruz. Bunun eğitimini almış uzmanlar tarafından yardımcı olunması yoğun bakımda olan özellikle bilinci açık hastalar için gerekli olduğunu düşünüyorum”* (26 yaş, SML, Çalışma yılı 8, Dâhili YBÜ) verilebilir. Bu da hemşirelerin bir kısmının, kendilerinin ve hasta sorunlarının farkında olduklarını ve bunların çözümünde uzmanlarla işbirliği yapma eğiliminde olduklarını gösteren bir bulgudur.

Bu bulgular doğrultusunda hemşirelerin, mesleki doyumsuzluğunun ve stresinin giderilmesinde ve hastaların daha kaliteli bakım almasında psikososyal bakımın ön planda tutulduğu konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliğine gereksinim olduğu söylenebilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler; genç bir gruptur, yedi yıl ve daha az süredir ve vardiyalı çalışmaktadır. Yarıdan fazlası YBÜ’nde çalışmaktan memnundur ve dörtte üçü yoğun bakım hemşireliği konusunda eğitim almamıştır.

Hastaların çoğu cerrahi yoğun bakım ünitesinde yatmakta, yarısından fazlası kadınlardan oluşmakta ve yarısı eş ve çocukları ile birlikte yaşamaktadır.

Hastaların, yarısından çoğunda depresyon, yarıya yakınında anksiyete görülmüştür. Hastaların tanıtıcı özellikleri ile HAD ölçeği puanları arasında fark bulunmamıştır.

Hastaların duygu ve gereksinimleri konusunda hasta ve hemşire görüşleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Hastalığını ilk öğrendiğinde hastaların yaşadığı duygular konusunda hasta ve hemşirelerin yanıtlarından ilk üçü birbiri ile örtüştüğü halde, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Hasta ve hemşireler en çok yaşanan duygunun korku olduğu konusunda birleşmekte ikinci sırada üzüntü duygusu gelmektedir.

Hastaların yarısından çoğu hastalıklarını dini nedenlere ve hemşirelerin çoğu, hastalığı hastanın yaşadığı stres ve üzüntüye bağlamaktadır.

Hastalar yaşadıkları hastalığın ailelerini etkileyeceği endişesini vurgularken, hemşireler hastaların sağlığına dikkat etmeleri gerekeceği üzerinde durmaktadırlar.

Hastaların çoğu, hastaneyi kötü ve sıkıcı bir yer olarak nitelerken, hemşirelerin yarıdan fazlası hastaların evde olmak isteyeceklerini belirtmektedirler.

Hastaların yarısı, yoğun bakımda genellikle ölümü düşünmekte, hemşirelerin yarıdan çoğu, hastaların durumlarının kötü ve ciddi olduğunu düşünebileceklerini belirtmektedirler.

Hastaların çoğu ve hemşirelerin yarıdan fazlası, hastaların hastanede yaşadığı en önemli sıkıntının; hastanın ailesini görememesi ve ziyaretçi kısıtlılığı ile ilgili olduğunda birleşmektedir.

Hastaların çoğu, hemşirelerin kendilerini anlamadığını, iş-merkezli çalıştıklarını, kendileriyle konuşmadıklarını ve dinlemediklerini ifade etmektedirler. Hemşirelerin beşte

dördü hastalara yardımcı olabildiklerini söylemekte, ancak bu yardımın bütüncül olmadığı anlaşılmaktadır.

Hastaların yarısı inançlarına sığınarak yaşadıkları güçlüklerle baş etmeye çalışmaktadır. Hemşirelerin hemen hemen hepsi hastaların yaşadığı güçlüklerin üstesinden gelebileceklerini düşünmektedirler.

Hemşirelerin tamamına yakını psikiyatri hemşireliği alanında uzmanlık eğitimi almış bir meslektaşından konsültasyon almak ve birlikte çalışmak istemektedir.

Sonuç olarak; yoğun bakım ünitesinde yatan hastalar anksiyete, depresyon ve psikososyal sorunlar yaşamaktadırlar. Ancak, hastaların yaşadığı duygu ve düşünceler, hemşireler tarafından yeterince tanınmamakta ve tanımlanamamaktadır.

6.2. ÖNERİLER

Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Yoğun bakımda yatan hastaların bakımında psikososyal yönlerin daha fazla göz önüne alınması.
- Yoğun bakıma yatırılması planlanan hastanın, üniteyi önceden ziyaretinin sağlanması ve bilgilendirilmesi.
- Hastaların yoğun bakımda kaldıkları süre içinde, yakınları tarafından ziyaret edilmelerini sağlayacak düzenlemelerin yapılması.
- Hizmet-içi eğitimlerle; hastalığın ve hastaneye yatmanın hastaya, ailesine ve çevresine yönelik etkileri, hastanın tepkileri ve gereksinimleri konularında hemşirelerin bilgilendirilmesi.
- Hemşirelerin bütüncül yaklaşım, hastanın yaşadığı anksiyete ve depresyon ve psikososyal sorunları ele alma konularında güçlendirilmeleri,
- Hastaları bütüncül olarak değerlendirebilen ve profesyonel bir ilişki kurabilen Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliğinin yaygınlaştırılması.
- Hemşirelerin hastalara zaman ayırmalarını kolaylaştıran, hastalarla iletişimlerini güçlendiren düzenlemelerin yapılması için yöneticilerin duyarlılığının artırılması uygun olacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. **Kocaman N.** Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği ve Rolü nedir?. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2005**, 8(3):107-118.
2. **Terakye G, Buzlu S, Kaçmaz Kocaman N, Işıl Ö, Akgül N.** Genel Tıpta Hasta Bakımının Psikolojik Yönü ve KLP Hemşireliği. VII. Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kongresi, İstanbul, 2-4 Aralık 2004: 540-557.
3. **Özkan S.** Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi: Hastalıktan Hayata Biyolojik-Psikolojik Adaptasyon. 40. Ulusal Psikiyatri Kongre Kitabı, Kuşadası, 28 Eylül-3 Ekim 2004: 112-113.
4. **Doğan S, Kelleci M.** Fiziksel Hastalık Nedeniyle Hastanede Yatan Bireylerin Bazı tanı Gruplarına Göre Umutsuzluk Düzeyi. *Hemşirelik Dergisi*, **2004**,13(52):.
5. **Özkan S.** *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi*. İstanbul, Roche İlaç Sanayi A.Ş, **1993**.
6. **Birol L.** *Hemşirelik Süreci*. İzmir, Bozkaya Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti, **2000**.
7. **Öz F.** *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*. Ankara, İmaj İç ve Dış Ticaret A.Ş, **2004**.
8. **Öz F.** *Cerrahi Girişimde Sürecinde Yaşanan Psikiyatrik ve Psikososyal Sorunlar*. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi, İstanbul, 1998-1999: 56-60.
9. **Çakırcalı E.** *Hasta Bakımı ve Tedavisinde Temel İlke ve Uygulamalar*. İzmir, Güven Nobel Tıp Kitabevleri, **2000**: 1-5.
10. **Kocaman N.** “Genel Hastane Uygulamasında Psikososyal Bakım ve Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği”. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2005**, 9(1): 49-54.
11. **Göktaş K, Yılmaz E, Kaya N, Akman C.** “Bir Eğitim Hastanesinde İstenen Psikiyatri Konsültasyonlarının Değerlendirilmesi”. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2006**, 7(1): 27-32.
12. **Taner E, Çoşar B.** Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisine Bir Bakış. *Türkiye’de Psikiyatri*, **2006**, 8(1): 38-49.
13. **Şener Ş, Ertürk YD, Şenol S.** Pediatrik Liyezon Psikiyatrisi Alan Saptamasına Yönelik Bir Ön Çalışma. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, **2000**, 3(1): 111-116.
14. **Okanlı A, Ekinci M.** “Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği”. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2001**, 4(2): 75-80.
15. **Lehmann FG.** “Psychiatric Liasion Nursing: A Model For Nursing Practice” *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, Ed. Stuart, G.W. ve Sundeen, S.J, The C. V. Mobsy Comp., **1987**: 785-798.
16. **Sharrock J, Grigg M, Happell B, Keeble-Delvin B, Jennings S.** The Mental Health Nurse: A Valuable Addition To The Consultation-Liaison Team. *International Journal of Mental Health Nursing (Electronic Journal)*, **2006**: 35-43.
Erişim: <http://Blackwell Science Ltd>.
17. V. Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kongresi “Uluslar arası Katılımlı” Kitabı. İstanbul, 21-23 Ekim **1998**.
18. **Özkan S.** *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Psikosomatik Tıp 2002-2004* Kitabı. Kavuk Gazetecilik ve Matbaacılık Ltd Şti., İstanbul, **2005**.

19. **Özkan S.** *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi*. Psikiyatri Temel Kitabı, Editörler: Ertuğrul Köroğlu, Cengiz Güleç. Ankara, **1998**: 789-802.
20. **Stuart GW, Sundeen SJ** . *Principles And Practice of Psychiatric Nursing*, The CV. Mosby Company, St. Louis, **1987**, Cilt 1-2-3.
21. **Özen Turgay M.**, 'Psikiyatri Konsültasyon Liyezon Hemşireliği: Gelişimi, Rol ve Fonksiyonları'. Liyezon Psikiyatrisi I-II, İstanbul Ünivesitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD, İstanbul Üniversitesi Basımevi, İstanbul, **1993**: 155-159.
22. **Kum N.** *Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı*. Vehbi Koç Vakfı Yayınları, İstanbul, **2000**: 1-3.
23. **Robinson L.** 'Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşiresinin Rolü'. III. Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kongresi ve Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu, İstanbul, 2-5 Kasım 1994: 73-80.
24. **Kocaman N.** Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği Tarihsel Gelişimi. *Atatürk Üniversitesi HYO Dergisi*, 2006, 9(1):75-85.
25. IV. Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kongresi "Uluslar arası Katılımlı" Kitabı. 30 Ekim- 1 Kasım 1996, İstanbul.
26. **Helz JW, Templeton B.** Evidence of the Role of Psychosocial Factors in Diabetes Mellitus: A Review. *Am J Psychiatry(Electronic Journal)*, 1990, 147(10): 1275-1282.
Erişim: <http://proquest.umi.com>.
27. **Roberts D.** Liaison Mental Health Nursing: Origins, Definition and Prospects. *Journal of Advenced Nursing(Electronic Journal)*, 1997, 25(1): 101-108.
Erişim: <http://web.ebscohost.com>.
28. **Robinson L.** Psychiatric Consultation Liaison Nursing. In F.K. Judd,G.D. Burrows, D.R. Lipsitt(Eds.), *Handbook of Studies on General Hospital Psychiatry*, Elsevier Science Publishers B.V., Amsterdam, 1991: 53-62.
Erişim: <http://Blackwell Science Ltd>.
29. **Öztürk O.** *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Feryal Matbaası, Ankara, 2004: 1-13
30. **Kaçmaz N.** Fiziksel Hastalığa Uyum Güçlüğü Yaşayan Hastalarda Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği Modeli Geliştirme Çalışması. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul, **2003**.
31. III. Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kongresi "Uluslar arası Katılımlı" Kitabı. İstanbul 2-5 Kasım 1994.
32. **Sharrock J,** Perspectives on Psychiatric Consultation Liasion Nursing. *Perspectives in Psychiatric Care(Electronic Journal)*, 2006, 42(2):137-139.
Erişim: : <http://web.ebscohost.com>.
33. **Sharrock J, Happell B.** The Psychiatric Consultation Liaison Nurse:Towards Articulating a Model for Practice. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursin(Electronic Journal)g*, 2000, 9, 19-28.
Erişim: <http://web.ebscohost.com>.
34. **Martin MM, Stanley KM, Dulaney P, Pehrson KM.** Perspectives in Psychiatric Consultation Liaison Nursing The Role of the Psychiatric Consultation Liaison Nurse in Evidence-Based Approaches to Lateral Violence in Nursing . *Perspectives in Psychiatric Care(Electronic Journal)*, 2008, 44(1): 58-60.
Erişim: <http://Blackwell Science Ltd>.

35. **Yakimo R.** Perspectives on Psychiatric Consultation Liaison Nursing Outcomes in Psychiatric Consultation-Liaison Nursing. *Perspectives in Psychiatric Care(Electronic Journal)*, 2006, 42(1):59-62.
Erişim: <http://web.ebscohost.com>.
36. **Gaul CE, Farkas C.** Perspectives on Psychiatric Consultation Liaison Nursing Public Health and Mental Health: A Model for Success. *Perspectives in Psychiatric Care(Electronic Journal)*,2007,43(4):227-230.
Erişim: <http://Blackwell Science Ltd>.
37. **Ragaisis K.** Perspectives in Psychiatric Consultation Liaison Nursing Bridging the Gap. *Perspectives in Psychiatric Care(Electronic Journal)*, 2005,41(4):197-198.
Erişim: <http://Blackwell Science Ltd>. Erişim Tarihi:07.06.2006
38. **Sharrock J, Happell B.** An Overview of the Role and Functions of a Psychiatric Consultation Liaison Nurse: An Australian Perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing(Electronic Journal)*, 2001, 8(5), 411-417.
Erişim: <http://Blackwell Science Ltd>.
39. **Kornfeld DS.** Consultation-Liaison Psychiatry: Contributions to Medical Practice. *Am J Psychiatry(Electronic Journal)*, 2002, 159: 1964-1972.
40. **Terakye G.** *Hasta Hemşire İlişkileri*. Zirve Ofset Ltd. şti, Ankara, **1998**.
41. **Barash P, Cullen B, Stoelting R.** *Klinik Anestezi El Kitabı*. Editör: Z.Elas, Legas Yayıncılık, 2. Baskı, İstanbul, **1999**.
42. **şahinoğlu A.** *Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri*. Tırkiye Klinikleri Yayın Serisi, Set Ofset, 2. Baskı, Ankara, **2003**.
43. **Frederic S, Darryl S.** *Yoğun Bakım Tanı ve Tedavi*. Editör: M. Güven, Guneş Kitabevi, 2. Baskı, Ankara, **2004**.
44. **Özyurt G.** *Yoğun Bakım*. Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa, **1992**:1-9.
45. **Morgan E, Magged M.** *Klinik Anesteziyoloji*. Editör:N. Lüleci, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, **2002**.
46. **Pilbeau PS.** *Mekanik Ventilasyonun Fizyolojik ve Klinik Uygulaması*. Editör:M. Beşler, A. Helvacı. İstanbul, **1998**:9
47. **Vittone SB.** "Ethics in The ICU". *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 2002,14: 157-163.
48. **Akdemir N.** *Hemşirelikte Temel Kavramlar*. İç hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Vehbi Koç Vakfı, İstanbul, **2003**:3-57.
49. **Tümer A.** Sağlık Hastalık Kavramları, Davranışları ve Etkileyen Etmenler. *ınar Dergisi*, **2003**, 9 (1):11-16.
50. **Yaşar MA.** Yoğun Bakım Hastasına Multidisipliner Yaklaşım. *Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, **2004**, 2(2): 20-23.
51. **Özer N, Uzun Ö.** Yoğun Bakım Ünitesine Yatan Hastaların Ailelerinin Gereksinimleri. *Sendrom Dergisi*, **2003**, 4:121-124.
52. **Telci L.** Yoğun Bakım Nasıl Olmalıdır? *Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, **2004**, 1: 15-17.
53. **Hatipoğlu S, Sekmen K.** Yoğun Bakım Ünitesi Teknolojik Ortamının Hasta ve Ailesi Üzerine Etkileri. *Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği Dergisi*, **2005**,3(1): 22-26.

54. **Turgay M.** Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerde Stres. *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi*, 2001, 5(2): 80-82.
55. **Çavuş E.** Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2006.
56. **Esin N, Erdoğan S, Nahcivan N.** İş Sağlığı Hemşireliği Standartları. *Hemşirelik Bülteni*, 1999, 7: 45.
57. **Badır A.** Koroner Yoğun Bakım Ünitesi Hemşirelerinin Oryantasyonu ve Sürekli Eğitimi. *Yoğun Bakım Dergisi*, 1999, 2(3): 15-17.
58. **Diñç L.** Hemşirelik Etiğinin Temeli ve Hedefi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2004, 11(1): 1-10.
59. **Özcan A.** *Hemşire-Hasta İlişkisi ve İletişim*. 2.Baskı, Ankara, 2006.
60. **Harrison L, Nixon G.** Nursing Activity in General İntensive Care. *Journal of Clinical Nursing(Electronic Journal)*, 2002, 11: 158-167.
Erişim: <http://Blackwell Science Ltd>.
61. **Chaboyer W, Gillespie B, Foster M, Kendall M.** The İmpact of an ICU Liaison Nurse: A Case Study of Ward Nurses' Perspectives. *Journal of Clinical Nursing(Electronic Journal)*, 2004, 14: 766-775.
Erişim: <http://Blackwell Publishing Ltd>.
62. **Holmes ACN, Judd FK, Lloyd JH, Dakis J, Crampin EF, Katsenos S.** The Development of Clinical İndicators For a Consultation-Liaison Service. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry(Electronic Journal)*, 2000, 34: 496-503.
Erişim: <http://Blackwell Science Ltd>.
63. **Alexander T, Bloch S.** The Written Report in Consultation-Liaison Psychiatry: A Proposed Schema. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry(Electronic Journal)*, 2002, 36: 251-258.
Erişim: <http://Blackwell Science Ltd>.
64. **Tunçay YG.** Hastaların Yoğun Bakım Ünitesinin Fiziksel Ortamına İlişkin Görüşleri. Yüksek Lisans Tezi, T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2005.
65. **Canlı Z.** Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Anksiyete Düzeyinin ve Hastaları Etkileyen Fiziksel Çevre Stresörlerinin Belirlenmesi. T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 1995.
66. **Öz F.** Hastalık Yaşantısında Belirsizlik. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2001, 12(1):61-68
67. **Sala G.** Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Öğrencilerinin Öfke İfade Biçimlerinin Belirlenmesi. T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 1997.
68. **Üstün B, Yavuzarslan F.** Öfkenin Gücü. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1995, 2(2):42-46.
69. **Cüceloğlu D.** *İnsan ve Davranışı Psikolojinin Temel Kavramları*. Remzi Kitabevi, İstanbul, 1997.
70. **Berragan L.** Consultancy in Nursing: Roles and Opportunities. *Journal of Clinical Nursing (Electronic Journal)*, 1998, 7: 139- 143.
Erişim: <http://Blackwell Science Ltd>.
71. **Chaboyer W, Gillespie B, Foster M, Kendall M.** The İmpact of an ICU Liaison Nurse: A Case Study of Ward Nurses' Perceptions. *Journal of Clinical Nursing(Electronic Journal)*, 2005, 14: 766- 775.
Erişim: <http://Blackwell Publishing Ltd>.
72. **Hasta hakları yönetmeliği.** Resmi Gazete. Tarih: 01.08.1998, Sayı:23420.
Erişim: <http://www.saglik.gov.tr> .

73. **Hasta Hakları.** Resmi Gazete, Tarih: 01.08.1998; Sayı:23420.
Erişim: <http://www.tyih.gov.tr/HASTAHAKLARI/hastahakl.php>.
74. **Özlü T.** Hastaların Tedaviyi Reddetme Hakları. 27.12.2004.
Erişim: <http://www.medimagazin.com.tr/mm-okuyucu-kosesi-hastalarin-tedaviyi-reddetme-haklari-h-31121.html>
75. **Buldukoğlu K, Doğan S, Kum N, Öz F, Özalın G, Özcan A, Pektekin Ç, Terakye G, Yurt V.** Edi: Nebahat Kum. *Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı*. Vehbi Koç Vakfı Yayınları No:13, II. Baskı, İstanbul, **2000**.
76. **Baltaş A, Baltaş Z.** *Stres ve Başaçıkma Yolları*. Remzi Kitabevi, 22. basım, İstanbul, **2004**.
77. **Borathan C, Özmen E, Sağduyu A,** Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 8(11): 3-16, İstanbul, **2000**.
78. **Çelikkol A.** *Çağdaş İş Yaşamında Ruh Sağlığı*. Melisa Matbaacılık, İstanbul, **2001**.
79. **Dew MA, Roth LH, Schulberg HC.** Prevalence and Predictors of Depression and Anxiety-related Disorders During the Year After Heart Transplantation. *Gen Hosp Psychiatr(Electronic Journal)y*, 1996, 18 (6):48-61.
Erişim: <http://Blackwell Publishing Ltd>.
80. **Sürmeli A.** Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış. *Psikiyatri Temel Kitabı*. Edi: C. Güleç, E. Köroğlu. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, **1998**, Cilt I: 450-456.
81. **Işık E.** Bedensel Hastalıklarda Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış. III. Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı, İstanbul, 2-5 Kasım 1994: 116-118.
82. **Kennerley H.** *Overcoming Anxiety*. 1st Ed, New York University Pres,1997.
83. **Beşer N, Öz F.** Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Anksiyete Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2003**, 7(1):48.
84. **Kaplan Hİ, Saddock SJ.** Anksiyete Bozuklukları. Klinik Psikiyatri, Çeviri Editörü: Ercan Abay, Nobel Tıp Yayınları, **2004**: 189-214.
85. **Kelleci M.** Bedensel Hastalıkla Birlikte Depresyonu Olan Hastalara Hemşirelerin Yaklaşımlarının İncelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, **1998**.
86. **Tesar E, Rosenbaum FJ.** The Anxious Patient. Manuel Of Psychiatric Emergencies. 117-130.
87. **Özmen E, Aydemir Ö, Bayraktar E.** Genel Tıpta Psikiyatrik Sendromlar. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, **1997**:16-117.
88. **Kulaksızoğlu IB.** Yoğun Bakım Ünitelerinde Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisinin Önemi ve İşlevleri. IV. Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kongresi "Uluslar arası Katılımlı" Kitabı, İstanbul, 30 Ekim- 1 Kasım 1996.
89. **Kayahan M.** Dahili ve Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşireli Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, **2005**.
90. **Köroğlu E.** Majör Depresif Bozukluklar. *Psikiyatri Temel Kitabı*, Edi: C.Güleç-E.Köroğlu, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, **1998**, Cilt I: 396.

91. **Boutin-Foster C, Ferrando SJ, Charlson MY.** The Cornell Psychiatric Screen: A Brief Psychiatric Scale for Hospitalized Medical Patients. *Psikosomatics*, 2003; 44: 382- 387.
92. **Soskolne V, Bone O, DenourAK, Shalev AY.** Depressive Symptoms in Hospitalized Patients: A Cross-Sectional Survey. *Journal Psychiatry Medical*, 1996,26(3):271-85.
Erişim: <http://Blackwell Publishing Ltd>.
93. **Kaplan Hİ, Saddock SJ.** Duygudurum Bozuklukları. *Klinik Psikiyatri*, Çeviri Editörü: Ercan Abay, Nobel Tıp Yayınları, **2004**: 159-183.
94. **Özer K.** *Kaygı*. 1. Basım, Sism Yayıncılık ve Matbaacılık San. Tic. A.Ş., Ankara, **2002**.
95. **Köknel Ö.** *Kaygıdan Mutluluğa Kişilik*. 15. Basım. Akdeniz Matbaacılık A.Ş., İstanbul, **1999**.
96. Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler, Yöntem ve Teknikler
Erişim: <http://www.aof.anadolu.edu.tr/kitap/EHSM/1208/unite05.pdf>
97. **Pehlivan SD.** Üst Gastrointestinal Endoskopi İşleminde Bilgilendirmenin Hastanın İşlemi Algılamasına, İşleme Uyumuna ve Anksiyete Düzeyine Etkisi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, **2007**.
98. **Gürsoy AA.** Ameliyat Öncesi Hastaların Kaygı Düzeyleri ve Kaygıya Neden Olabilecek Etmenlerin Belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Dergisi*, **2001**(1): 23-29.
99. **Karadağ M, Aksoy G.** Lomber Disk Herni Ameliyatı Öncesi ve Sonrasında Sorunlarla Baş Etmede Hemşirenin Rolü. *Hemşirelikte Araştırma Dergisi*, **2001**(1), 49- 58.
100. **Karacan Y.** Periferik Kök Hücre Nakli Olan Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeyi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, **2006**.
101. **Kelleci M.** Kanser Hastalarının Umudunun Geliştirilmesine Yönelik Hemşirelik Girişimleri. *Anatolian Journal of Psychiatry*, **2005**(6):41-47.
102. **Shives RL.** *Basic Concepts of Psychiatric Mental Health Nursing*. 6 th Edition, Lippincott Williams&Wilkins, **2005**.
103. **Fortinash KM, Holoday Worret PA.** *Psychiatric Nursing Care Plans*. 5th Edition, Mosby Elsevier, **2007**: 27-50, 81-119.
104. **Schultz JM, Videbeck SL.** *Lippincott's Manuel of Psychiatric Nursing Care Plans*. 7th Edition, Lippincott Williams&Wilkins, **2005**:207-229,177-206.
105. **Aydemir Ö, Köroğlu E.** Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği(HAD). *Psikiyatride Kullanılan Ölçekler*, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, **2006**, 138-142.
106. **Aydemir Ö.** Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması, *Türk Psikiyatri Dergisi*, **1997**,8(4):280-287.
107. **Öz F.** Yaşamın Son Evresi: Yaşlılık Psikososyal Açıdan Gözden Geçirme. *Kriz dergisi*, **2002**,10(2):17-28.
108. **Dede M.** Dahili Yoğun Bakım Hemşirelerinin İş Doyumları ve Karşılaştıkları Güçlükler, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, **2007**.
109. **Choi J, Bakken S, Larson E, Du Y, Stone PW.** Perceived nursing work environment of critical care nurses. *Nursing Research*, **2004**, 53 (6): 370-378.

110. **Bahar A.** Diabetes Mellituslu Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2006, 1(1): 3-16.
111. **Yazıcı K, Tot Ş, Yazıcı A, Kanık A, Erdem P, Buturak V, Okyay y, Şimşek Y.** Hastanede Yatan Tıbbi Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri ile Sosyodemografik Faktörlerin İlişkisi, *Yeni Symposium*, 2003, 41 (3): 120-124.
112. **Wong FYK, Arthur DG.** Hong Kong Patients' Experiences Of İntensive Care After Surgery: Nurses' And Patients' Views, *İntensive and Critical Care Nursing*, 2000, 16:290-303.
Erişim: Harcourt Publishers Ltd
113. **Como JM.** A Literature Review Related to Spiritual Health and Health Outcomes, *Holistic Nursing Practice*, 2007, 21(5):224–236.
114. **Ergül Ş, Bayık A.** Hemşirelik ve Manevi Bakım, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2004, 8(1): 37-45.
115. **Tekinsoy P.** Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Hastaların Refakatçilerinin Gereksinmelerinin Saptanması, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, 2005.
116. **Özyıldız AG.** Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Yakınlarının Gereksinimleri, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2006.
117. **Roulin MJ, Hurst S, Spirig R.** Diaries Written for ICU Patients, *Qual Health Res*, 2007, 17: 893-901.
Erişim: <http://www.sagepublications.com>
118. **Hunt JM.** The Cardiac Surgical Patient's Expectations And Experiences Of Nursing Care İn The İntensive Care Unit, *Australian Critical Care*, 1999, 12(2) :47-53.
Erişim: <http://Blackwell Science Ltd>
119. **Godfrey B, Parten C, Buckner EB.** Identification Of Special Care Needs The Comparison Of The Cardiothoracic İntensive Care Unit Patient And Nurse, *Dimens Crit Care Nurs*, 2006, 25(6):275/282
120. **Harrison L, Nixon G.** Nursing Activity in General İntensive Care. *Journal of Clinical Nursing*, 2002, 11:158-167.
Erişim: <http://Blackwell Science Ltd>

8. EKLER

8.1. EK-1: HASTA İLE GÖRÜŞME FORMU

Hastanın yattığı klinik:

Cinsiyeti: a) Kadın b) Erkek

Yaşı:

Öğretim durumu: a) Okur-yazar b) İlkokul c) Ortaokul d) Lise

e) Üniversite ve üstü

Medeni durumu: a) Evli b) Bekar c) Dul- Boşanmış

Kiminle yaşadığı: a) Yalnız yaşıyor b) Anne/baba ile c) Eşi ve çocukları ile

d) Bir yakını ile e) Eş, çocuk, yakını ile f) Eşi ile

g) Çocuğu(ları) ile

Mesleği: a) Memur b) İşçi c) Serbest d) Emekli f) Ev hanımı

g) Öğrenci

Kişinin kendisine göre ekonomik durumu: a) Kötü b) Orta c) İyi

d) Çok iyi

Sosyal güvencesi: a) Emekli sandığı b) SSK c) Bağ-kur d) Yeşil kart

e) Yok

Tıbbi tanısı:

1. Hasta olduğunuzu ilk öğrendiğinizde (duyduğunuzda) kendinizi nasıl hissettiniz? Ne gibi duygular yaşadınız?
2. Sizce bu hastalığa neden olan durum /durumlar nelerdir? (Hastalığın anlamı)

3. Bu hastalık hayatınızı nasıl etkiledi? Hayatınızda neler değişti ya da değişebileceğini dūřünüyorsunuz?
4. Hastanede olmak sizin için nasıl bir şey? Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?
5. Yoğun bakım servisinde olmak sizin için ne anlam ifade ediyor? (Yoğun bakım servisinde yatıyor olmak nasıl bir şey?) Yoğun bakım deyince aklınıza ilk gelen neydi?
6. Hastanede yattığınız süre içinde yaşadığınız en büyük güçlük ne oldu?
7. Yaşadığınız bu güçlük konusunda hemşireler size ne kadar yardımcı olabildiler?
8. Son günlerde yaşadığınız bu zorlukların üstesinden nasıl gelebileceğinizi dūřünüyorsunuz? (Üstesinden gelmek için neler yapıyorsunuz?)

8.2. EK-2: HASTANE ANKSİYETE DEPRESYON ÖLÇEĞİ (HAD)

1. Kendimi gergin, “patlayacak gibi” hissediyorum.
 - Çoğu zaman
 - Birçok zaman
 - Zaman zaman, bazen
 - Hiçbir zaman
2. Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.
 - Aynı eskisi kadar
 - Pek eskisi kadar değil
 - Yalnızca biraz eskisi kadar
 - Neredeyse hiç eskisi kadar değil
3. Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.
 - Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
 - Evet, ama çokta şiddetli değil
 - Biraz, ama beni endişelendiriyor
 - Hayır, hiç öyle değil
4. Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.
 - Her zaman olduğu kadar
 - Şimdi pek o kadar değil
 - Şimdi kesinlikle o kadar değil
 - Artık hiç değil
5. Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.
 - Çoğu zaman
 - Birçok zaman
 - Zaman zaman, ama çok sık değil
 - Yalnızca bazen

6. Kendimi neşeli hissediyorum.

- Hiçbir zaman
- Sık değil
- Bazen
- Çoğu zaman

7. Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- Kesinlikle
- Genellikle
- Sık değil
- Hiçbir zaman

8. Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- Hemen hemen her zaman
- Çok sık
- Bazen
- Hiçbir zaman

9. Sanki içim pır pır ediyormuş gibi tedirginliğe kapılıyorum.

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Oldukça sık
- Çok sık

10. Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- Kesinlikle
- Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum
- Her zaman ki kadar özen gösteriyorum

11. Kendimi hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- Gerçekten de çok fazla
- Oldukça fazla
- Çok fazla değil
- Hiç değil

12. Olacakları zevkle bekliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Her zamankinden biraz daha az
- Her zamankinden kesinlikle az
- Hemen hemen hiç

13. Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- Gerçekten de çok sık
- Oldukça sık
- Çok sık değil
- Hiçbir zaman

14. İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- Sıklıkla
- Bazen
- Pek sık değil
- Çok seyrek

8.3. EK-3: HASTALARA İLİŞKİN GÖZLEMLER ANKETİ

1. Kaç yaşındasınız?.....
2. Mezun olduğunuz okul:
SML Ön lisans (AÖF) Ön lisans (SHMYO) Lisans Yüksek Lisans
3. Kaç yıldan beri çalışmaktasınız?.....
4. Çalıştığınız yoğun bakım ünitesinin adı?.....
5. Yoğun bakım ünitesinde çalışmaktan ne kadar memnunsunuz?
 Çok memnunum Memnunum Kararsızım Memnun değilim
6. Çalışma şekliniz nasıl?
 Sürekli Gündüz Sürekli Gece Nöbet Vardiyalı(08-16,16- 08)
7. Yoğun bakım ünitesinde çalışma nedeniniz?
 Kendi isteği Tayin-atama Diğer(Belirtiniz).....
8. Çalıştığınız ünite ile ilgili eğitim aldınız mı?
 Evet Hayır
9. Aşağıda, hastaların hastalıklarını ilk öğrendiklerinde yaşadıkları duygulara ilişkin bazı ifadelere yer verilmiştir. Buna göre, hastalarda en çok gözlediğiniz duygu yoğunluklarından ilk üçünü önem sırasına göre işaretleyiniz.

Birinci İkinci Üçüncü

	Birinci	İkinci	Üçüncü
Kaygı ve öfke hissediler			
Umutsuz ve yalnız hissediler			
Ailesiyle ilgili endişeler yaşarlar			
Korku yaşarlar			
Üzüntü yaşarlar			
Olağan karşılarlar			

10. Gözlemlerinize göre; hastalar kendi hastalıklarının nedenlerini en çok hangi duruma bağlamaktadır? Aşağıda verilen ifadeler arasından, gözlemlediğiniz ilk üç durumu önem sırasına göre işaretleyiniz.

Birinci İkinci Üçüncü

	Birinci	İkinci	Üçüncü
Yaşam dönemleri ile açıklama, normal görme			
Maddi sıkıntı, yoksulluk, çaresizlik ile açıklama			
Sağlığını yeterince koruyamamış olma ile açıklama			
Dini duygularla açıklama (Allahtan geldi, sınav, ceza, kader vb.)			
Genetik ve kronik hastalıklarla açıklama			
Hastalığını yaşadığı streslere, üzüntülere bağlama (kayınvalide, eş, çocuk vb. kişilerle ilişkili sorunlar,...)			

11. Gözlemlerinize göre; hastalar, yaşadıkları hastalığın hayatlarını nasıl etkilediğini, hayatlarında nelerin değiştiğini veya değişebileceğini düşünüyorlar? Aşağıda verilen ifadeler arasından, gözlemlediğiniz ilk üç durumu önem sırasına göre işaretleyiniz.

Birinci İkinci Üçüncü

	Birinci	İkinci	Üçüncü
Sağlığına dikkat etmesi gerektiğini düşünüyor			
Gelecekle ilgili umutsuzluğa kapılıyor			
Ailesini düşünüyor			
Hayatının hastanede, başkalarına bağımlı olarak geçtiğini/gececeğini düşünüyor			
Eskisi gibi olamayacağını ve çalışamayacağını düşünüyor			

12. Gözlemlerinize göre; hastanede olmak hasta için nasıl bir şey? Kendini nasıl hissediyor? Aşağıda verilen ifadeler arasından, gözlemlediğiniz ilk üç durumu önem sırasına göre işaretleyiniz.

Birinci İkinci Üçüncü

	Birinci	İkinci	Üçüncü
Hastanede olmak istemiyor (ailesi ile olmak istiyor)			
Hastaneyi iyi, gerekli ve güven verici buluyor			
Kötü ve sıkıcı olduğunu düşünüyor			
Bağımlı olduğunu düşünüyor			

13. Gözlemlerinize göre; yoğun bakım ünitesinde olmak hasta için ne anlam ifade ediyor? (Yoğun bakım servisinde yatıyor olmayı nasıl tanımlıyor?) Aşağıda verilen ifadeler arasından, gözlemlediğiniz ilk üç durumu önem sırasına göre işaretleyiniz.

Birinci İkinci Üçüncü

	Birinci	İkinci	Üçüncü
Daha garantili ve güvenilir buluyor			
Korkuyor			
Ölümü düşünüyor			
Durumunun kötü ve ciddi olduğunu düşünüyor			

14. Gözlemlerinize göre; hastanızın hastanede yattığı süre içinde yaşadığı en büyük güçlük ne oldu? Aşağıda verilen ifadeler arasından, gözlemlediğiniz ilk üç durumu önem sırasına göre işaretleyiniz.

Birinci İkinci Üçüncü

	Birinci	İkinci	Üçüncü
Ailesinden ayrı olmak/ Ziyaretçi kısıtlılığı			
Hastane, hekim ve hemşirelerle ilgili sorunların olması			
Başkalarına bağımlı olmak			
Uğraşısı olmamasından dolayı sıkılması			
Hastalığı ile ilgili duygular yaşaması			
Fiziksel sıkıntılar yaşaması (Ağrı, acı vb.)			

15. 15. soruda verilen, hastaların yaşadığı bu güçlükler konusunda hemşireler yardımcı olabiliyorlar mı?

Evet. Bir örnek verir misiniz?

Hayır. Bir örnek verir misiniz?

16. Gözlemlerinize göre; hastalar yaşadıkları bu güçlüklerin üstesinden gelebilirler mi?

Evet. Üstesinden gelmek için neler yapıyorlar? Bu konuda önerileriniz var mı? Lütfen kısaca açıklayınız.

Hayır. Bu konuda önerileriniz var mı? Lütfen kısaca açıklayınız.

18. Hastalarınıza yardımcı olamadığınızı ve güçlük yaşadığınızı düşündüğünüz durumlarda; psikiyatri hemşireliği alanında uzmanlık eğitimi almış bir meslektaşınızdan konsültasyon almak ve birlikte çalışmak ister misiniz?

Evet. Bu konudaki düşüncelerinizi kısaca açıklayınız.

Hayır. Bu konudaki düşüncelerinizi kısaca açıklayınız.

8.4. EK-4 UYGULAMA PLANI

Araştırma, Mersin İli Sağlık Bakanlığı'na bağlı iki hastane ve Mersin Üniversitesi Tıp Fakóltesi Hastanesi cerrahi YBÜ, dâhili YBÜ ve koroner YBÜ'nde yapılmıştır. Birinci aşamada; Kasım 2006-Eylöl 2007 tarihleri arasında, yoğun bakım ünitesinde yatan ve araştırmamızın ölçütlerine uyan hastalara araştırmacı tarafından görüşme tekniği ile Görüşme Formu ve Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği(HAD) uygulanmıştır. İkinci aşamada, Ekim 2007- Mart 2008 tarihleri arasında, hastalardan alınan bilgiler doğrultusunda hemşireler için hazırlanan Hastalarla İlgili Gözlemler Anketi, katılmak isteyen hemşirelere uygulanmıştır.

Araştırmada Uygulama Yapılan Hastaneler:

- Mersin Üniversitesi Tıp Fakóltesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi
- Mersin Devlet Hastanesi
- Mersin Toros Devlet Hastanesi

8.5. EK-5 İZİN YAZISI

T.C.
MERSİN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : B.10.4 MSM.04.3300-09 / Eğit. Şb.
Konu : Anket çalışması

21614

10 KASIM 2006

VALİLİK MAKAMINA
MERSİN

Mersin Üniversitesi Rektörlüğünün 09.08.2006 tarih ve B.30.2.MEÜ.0.70.00.06-779-9399 sayılı yazıları ile:

"Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliğine Duyulan Gereklinmenin İncelenmesi" konulu anket çalışmasını, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dah Yüksek Lisans Öğrencisi Çiğdem ALACA 2006 Güz-2007 Bahar dönemleri arasında, Mersin Devlet Hastanesi, Mersin Toros Devlet Hastanesi'nde yapmayı planlamaktadır.

Anket sonuç raporlarının bir örneği, çalışma raporlarını, varsa önerileriyle birlikte Müdürlüğümüze göndermesi kaydı ile uygun mütalaa edilmektedir.

Arz ederim.


Dr. A. Atakan KIZILÖK
Sağlık Müdürü

OLUR
12/11/2006
Recep UZAL
Vali a.
Vali Yardımcısı

T.C.
MERSİN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : B.10.4 MSM.04.3300-09 / Eğit. Şb.
Konu : Anket çalışması

21000

11/08/2006

MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

MERSİN

İlgi : 09.08.2006 tarih ve B.30.2.MEÜ.0.70.00.06/779-9399 sayılı yazılarımız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Çiğdem ALACA'nın "Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliğine Duyulan Gereksiniminin İncelenmesi" konulu anket çalışma talepleri; anket sonuç raporlarının bir örneği, çalışma raporlarını, varsa önerileriyle birlikte Müdürlüğümüze göndermesi kaydı ile bugün görülmüştür.

Valilik Makamı Onayı ektedir.

Bilgi ve gereğini rica ederim.

Recep YAZAL
Vali
Vali Yardımcısı

EKİ :
1-1 Adet Valilik Makamı Onayı(1 sayfa)

15535
YAZAL

AYG



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : B.30.2.MEÜ.0.A1.00.00/1090
Konu : Anket çalışmaları

Mersin 09/10 2006

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

- İLGİ :** a) 03/07/2006 tarih ve B.30.2.MEÜ.0.66.00.07/63 sayılı yazınız.
b) Tarihsiz ve B.30.2.MEÜ.0.66.00.07/55 sayılı yazınız.
c) 31/07/2006 tarih ve B.30.2.MEÜ.0.66.00.07/52 sayılı yazınız.
d) Tarihsiz ve B.30.2.MEÜ.0.66.00.07/54 sayılı yazınız.

İlgi yazılarınızda belirtilen, Anabilim Dalınız yüksek lisans öğrencilerinden Çiğdem ALACA, Müjde MORAN, Tuğba KARAKOÇ ve Aynur KARA'nın anket çalışmalarının, Mersin Devlet Hastanesi ve Toros Devlet Hastanesinde yapılmasının uygun görüldüğünü bildiren Mersin Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nün yazıları ve ekinde yer alan Valilik Olurları ekte gönderilmiştir.

Gereğini arz/rica ederim.


Prof. Dr. Murat DİKMENGİL
Enstitü Müdürü

EKLER

Ek-1 Yazı (4 sayfa)
Ek-2 Olur (4 sayfa)

*Davuzman ve öğrencilere
tebliğ edilmesi
R.Y*

Y. C. MERSİN	
SAGLIK	
NEZDEN	
KAYI	10.10.06
KAYIT	94
DOSYA NO	

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1979 yılında Gaziantep'te doğmuştur. İlk, orta ve lise öğrenimini Hatay-İskenderun'da tamamlamıştır. İskenderun Sağlık Meslek Lisesini bitirdikten sonra, 1998 yılında Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik bölümünü kazanmıştır. 2001 yılında Devlet Memurluğu Sınavını kazanarak Gaziantep SSK Bölge Hastanesine atanmıştır. 2004 yılında Mustafa Kemal Üniversitesinden mezun olmuş ve Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği bölümünde yüksek lisans eğitimine başlamıştır. 2005 yılında Mersin Toros Devlet Hastanesinde atanmıştır ve halen görevine devam etmektedir.