



**T.C.
SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN HASTALARIN AİLE
ÜYELERİNDE ANKSİYETE VE SOSYAL DESTEK DURUMUNUN
BELİRLENMESİ**

HAVVA KANAK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

PSİKIYATRI HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI

SIVAS-2019

**T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN HASTALARIN AİLE
ÜYELERİNDE ANKSİYETE VE SOSYAL DESTEK DURUMUNUN
BELİRLENMESİ**

HAVVA KANAK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI

**TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. HAVVA TEL**

SİVAS-2019

“Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Aile Üyelerinde Anksiyete ve Sosyal Destek Durumunun Belirlenmesi” adlı **Yüksek Lisans** Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Psikiyatri Hemşireliği** Ana Bilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan(Danışman)

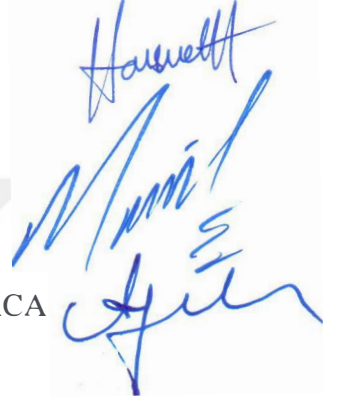
Prof. Dr. Havva TEL

Üye

Prof. Dr. Meral KELLEÇİ

Üye

Dr.Öğr.Üyesi. Aysel KARACA



ONAY

Bu tez çalışması, Tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Zübeyda AKIN POLAT
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRÜ

Bu tez, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

TEŞEKKÜR

Tez çalıőmamın başından sonuna kadar desteğini ve bilgisini esirgemeyen, bu tezin yürütülmesinde beni yönlendiren ve araőtırmam boyunca her türlü desteği sağlayan değerli hocam ve danıőmanım Sayın Prof. Dr. Havva TEL'e,

Hayatıma girdiği ilk günden beri olduğu gibi bu zorlu süreçte de yanımda olan, desteğini hiç esirgemeyen, bana güç veren değerli eőim Mehmet KANAK'a, çocuklarım Zeynep Yaren ve Eymen'e,

Ayrıca, tüm hayatım boyunca sevgi ve desteklerini her zaman yanımda hissettiğim çok değerli annem Emine CEBECİ, babam Yüksel CEBECİ ve kardeőlerime sonsuz sevgi ve őükranlarımı sunarım.

ÖZET

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN HASTALARIN AİLE ÜYELERİNDE ANKSİYETE VE SOSYAL DESTEK DURUMUNUN BELİRLENMESİ

Havva KANAK

Yüksek Lisans Tezi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Havva TEL

2019, 81 sayfa

Bu araştırma yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların aile üyelerinde anksiyete ve sosyal destek durumunun belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma 1 Mayıs 2019-31 Ağustos 2019 tarihleri arasında Sivas Numune Hastanesi Genel Yoğun Bakım Ünitesinde yatan 206 hastanın örneklem kriterlerini karşılayan 206 aile üyesi ile yapılmıştır. Araştırma verileri “Kişisel Bilgiler Formu”, “Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği” ve “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesi SPSS 23.0 programı ile yapılmıştır. Veriler parametrik şartları sağlamadığından, bağımsız iki grup için Mann Whitney U, ikiden fazla bağımsız grup için Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. İlişkinin belirlenmesinde ölçümle elde edilmiş değerler için sıralı ölçekli verilerde Spearman sıra korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

Aile üyelerinin cinsiyet, çalışma durumuna, mesleğe, ekonomik duruma, aile tipine, aile üyelerinin yakınlık derecesine, birlikte yaşadığı kişilere, sosyal destek alma durumuna göre, sosyal destek almama nedenine göre durumluk anksiyete, sürekli anksiyete ve algılanan sosyal destek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Aile üyelerinin yaş ve eğitim durumuna göre sosyal destek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Sonuç olarak; aile üyelerinin durumluk anksiyete ile sürekli anksiyete ($r_s=,230$, $p=0.001$), arkadaş desteği ($r_s=,158$, $p=0.023$) ve toplam sosyal destek puanları ($r_s=,163$, $p=0.019$) arasında zayıf güçlükte, pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Aile üyesinin hasta ile birlikte yaşadığı süre ve yaşadıkları yere göre anksiyete ve sosyal destek puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Anahtar Sözcükler: Yoğun Bakım, Anksiyete, Sosyal Destek, Aile Üyesi

ABSTRACT

DETERMINATION OF ANXIETY AND SOCIAL SUPPORT STATUS IN FAMILY MEMBERS OF PATIENTS IN INTENSIVE CARE UNIT

Havva KANAK

Master Thesis, Department of Psychiatric Nursing

Supervisor: Prof. Dr. Havva TEL

2019, 81 pages

This study was conducted to determine the anxiety and social support status of the family members of the patients hospitalized in the intensive care unit. The study was conducted with 206 family members who met the sampling criteria of 206 patients who were hospitalized in Sivas Numune Hospital General Intensive Care Unit between 1 May 2019 - 30 August 2019. The data were collected by using "Personal Information Form", "State and Trait Anxiety Scale" and "Multidimensional Perceived Social Support Scale". SPSS 23.0 program was used to evaluate the data. Since the data did not meet the parametric conditions, Mann Whitney U test was used for two independent groups and Kruskal Wallis test was used for more than two independent groups. In order to determine the relationship, Spearman rank correlation coefficient was used for sequential scale data for the values obtained by measurement.

There is a statistically significant difference between state anxiety, trait anxiety and social support scores of family members according to gender, working status, profession, economic situation, family type, degree of closeness of family members, reason of not receiving social support, social support status. ($p < 0.05$). There was a statistically significant difference between the social support scores of family members according to age and educational level ($p < 0.05$).

As a result; family members' state anxiety and trait anxiety ($r_s = .230$, $p = 0.001$), friend support ($r_s = .158$, $p = 0.023$) and total social support scores ($r_s = .163$, $p = 0.019$) weak strength, positive. There was a statistically significant relationship in the direction. No significant difference was found between the anxiety and social support scores of the family member according to the time they lived with the patient and where they lived.

Keywords: Intensive Care, Anxiety, Social Support, Family Member

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar	ix
KISALTMALAR.....	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Yoğun Bakım Ünitesi.....	6
2.2. Yoğun Bakım ve Yoğun Bakımın Hasta Üzerine Etkisi	7
2.3. Yoğun Bakım Hastasının Ailesinde Anksiyete	9
2.3.1. Anksiyeteli Birey ve Hemşirelik Yaklaşımı	14
2.4. Yoğun Bakım Hastasının Ailesi ve Sosyal Destek	15
2.4.1. Sosyal Destek ve Hemşirelik Yaklaşımı.....	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	20
3.1. Araştırmanın Şekli	20
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer	20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	20
3.4. Veri Toplama Araçları	21
3.5. Araştırmanın Uygulanması	22
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu	23
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	23
4. BULGULAR.....	24
5. TARTIŞMA	40
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	46
6.1. Sonuçlar	46
6.2. Öneriler	48
7. KAYNAKLAR	49
8. EKLER.....	60
EK-1 Bilgilendirilmiş Olur Formu	60
EK-2 Kişisel Bilgi Formu	62

EK-3 Durumluluk-Sürekli Kaygı Ölçeği	64
EK-4 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	66
EK-5 Girişimsel Olmayan Klinik Uygulamalar Etik Karar Formu	67
EK-6 Kurum İzin Formu.....	70
ÖZGEÇMİŞ	71



TABLolar

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Hastaya İlişkin Sosyo-Demografik Özellikler.....	24
Tablo 2. Aile Üyelerine İlişkin Sosyo-Demografik Özellikler.....	26
Tablo 3. Aile Üyelerinin Yaşa Göre Anksiyete ve Sosyal Destek Puanları.....	28
Tablo 4. Aile Üyelerinin Cinsiyetine Göre Anksiyete ve Sosyal Destek Puanları.....	29
Tablo 5. Aile Üyelerinin Eğitim Düzeyine Göre Anksiyete ve Sosyal Destek Puanları	30
Tablo 6. Aile Üyelerinin Çalışma Durumuna Göre Anksiyete ve Sosyal Destek Puanları.....	31
Tablo 7. Aile Üyelerinin Mesleklerine Göre Anksiyete ve Sosyal Destek Puanları	32
Tablo 8. Aile Üyelerinin Ekonomik Durumuna Göre Anksiyete ve Sosyal Destek Puanları	33
Tablo 9. Aile Üyelerinin Aile Tipine Göre Anksiyete ve Sosyal Destek Puanları.....	34
Tablo 10. Aile Üyelerinin Hastaya Yakınlık Derecesine Göre Anksiyete ve Sosyal Destek Puanları.....	35
Tablo 11. Aile Üyelerinin Ailede Birlikte Yaşadığı Kişilere Göre Anksiyete ve Sosyal Destek Puanları.....	36
Tablo 12. Aile Üyelerinin Sosyal Destek Alma Durumuna Göre Anksiyete ve Sosyal Destek Puanları.....	37
Tablo 13. Aile Üyelerinin Sosyal Destek Almama Nedenine Göre Anksiyete ve Sosyal Destek Puanları.....	38
Tablo 14. Aile Üyelerinin Anksiyete ve Sosyal Destek Puanları Arasındaki İlişki	39

KISALTMALAR

YBÜ:	Yoğun Bakım Ünitesi
SB :	Sağlık Bakanlığı
T.C.:	Türkiye Cumhuriyeti
EKG:	Elektrokardiyografi



1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Yoğun bakım üniteleri, yaşamsal risk taşıyan hastaların bakıldığı, teknolojik teknik donanıma sahip, çalışan personel ve profesyonel kapasitesi açısından farklı ve özel birimlerdir (Avcı ve ark., 2013). Yoğun bakım üniteleri hayati risk taşıyacak şekilde bir ya da daha fazla organın fonksiyonların bozulmuş olması nedeni ile vücudun aksamış olan fonksiyonlarının, buna sebep olan neden ortadan kalkıncaya kadar desteklenmesi ve bu süreç içerisinde hastanın hayati fonksiyonlarının sürdürülmesine yönelik yirmi dört saat süresince yakın takip ve destek gerektiren, gelişmiş teknolojik araç gerece sahip; üst düzeyde eğitim almış sağlık çalışanları tarafından tıbbi tedavi ve bakım hizmetinin sunulduğu birimlerdir (Bijttebier ve ark., 2001; Türedi, 2011).

Yoğun tıbbi bakım gerektiren ve yoğun bakıma kabul edilmesi gereken durumlar genellikle aniden gerçekleşmekte ve karmaşık olmaktadır. Bu süreçte, hastaların ve ailelerinin hazırlık yapmaları için çok az zamanları vardır. Kritik veya ciddi bir hastalığın ardından yoğun bakım ünitesine yatış, hastalar ve aileleri için bir kriz olarak görülmektedir. Bir bireyin hastaneye ve yoğun bakım ünitesine kabulü aile üyelerinin sağlığını bozmakta hem hastanın hem de aile üyelerinin üzerinde kalıcı bir etkiye sahip olabilmektedir (Lee ve Lau, 2003; Sottille ve ark., 2016; Wetzig ve Mitchell, 2017). Hastalık durumu sadece hastayı etkilemekle kalmayıp; aynı zamanda tüm aile içinde endişe yaratmaktadır (Köse ve ark., 2015).

Yoğun bakım ünitelerinin hasta için olduğu kadar hastaların aile üyeleri için de yabancı bir ortamdır. Hastaların uzun süre gün ışığından yoksun yatması, monitör sesleri, uyarıcı sinyaller ve acele hareketlerin, hastaların risk altında olduğu düşüncesine yol açtığı vurgulanmaktadır. Hasta yakınlarının yoğun bakım ünitesi önünde uzun süre sessizlik içinde zamanın geçişini izlemesi, bilgi alamaması, kapalı ortam ve üniteye özel, hızlı ve telaşlı gidip gelmelerin olmasının da endişeleri arttırdığı belirtilmektedir (Aykin, 2013). Yoğun bakım üniteleri, hastalar ve aileler için önemli, olumsuz fiziksel, bilişsel, psikolojik ve işlevsel sonuçlara sahip, karmaşık ve stresli ortamlardır (Beesley ve ark., 2018). Yoğun bakım ünitesi, aile bireylerinin en çok acı çektiği yerlerden biridir. Ailelerin duygusal tepkileri hakkında bilgi sahibi olmak, aile bakımına etkili yaklaşımlar geliştirmek için hayati önem taşımaktadır. Yoğun bakım ünitesinde hastası yatan aile üyeleri hastayı temsil ederek hasta adına karar vermek durumunda kalabilmektedir. Aile üyeleri tarafından hastaların etkin temsil edilmesinin önündeki engeller tespit edildiği

belirtilmektedir. Aile üyelerinin kişinin yaşam süresini veya yaşam kalitesini etkileyebilecek kararları vermenin yükü bu engellerden bazılarıdır (Pochard ve ark., 2005).

Yoğun bakım ünitesine yatışın aile üyeleri üzerinde önemli duygusal etkileri bulunmaktadır. Aile üyeleri hastanın birincil bakım vericisi olduğundan, hasta ile ilgili belirsizlik durumu tüm ailenin ruh sağlığını ve yaşam kalitesini etkileyebilmektedir (Paparrigopoulos ve ark., 2006). Yoğun bakım hastalarının aile üyelerinde anksiyete ve akut stres semptomları yaygın ve kalıcı olabilmektedir (Sottile ve ark., 2016). Hastalar yoğun bakım ünitesine kabul edildiğinde aile üyelerinin stres yaşadığı, aile üyelerinin çaresizlik hissettiği vurgulanmaktadır (Lee ve Lau, 2003). Hastaların prognozu, sevilen birini kaybetme korkusu, aile yapısında bozulma ve geleceğe yönelik endişeleri, aile üyelerinde kaygıya yol açabilecek temel nedenlerdir. Özellikle, çeşitli süreçler ve müdahaleler hakkında karar vermekten sorumlu olan, bilinci kapalı hastaların aile üyeleri, daha fazla endişe yaşamaktadır (Köse ve ark., 2015).

Ailelerin, yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarını ziyareti de anksiyete ve depresyon semptomatolojisini artırabilmekte ve bu da travma sonrası stres bozukluğuna yol açabilmektedir (Ferge ve ark., 2018). Aile üyelerinin anksiyete, depresyon ve komplike yas gibi stres belirtileri, hastaların yoğun bakım ünitelerinde kaldığı süre boyunca devam ettiği vurgulanmaktadır. Yoğun bakım ünitesi hastalarının aile üyelerinin %80'inde, yoğun bakım ünitesine yatış sonrasında travma sonrası stres bozukluğu semptomları yaşadıkları belirtilmektedir. Wallin ve ark. (2013), kardiyak arrest geçiren hastaların aile üyelerinin değişen yaşam durumlarını yönetmede zorluk yaşadıklarını bildirmişlerdir (Akt.; Frivold ve ark., 2016). Çalışmalar aynı zamanda yoğun bakım hastalarının aile üyelerinin psikolojik bozukluklar yaşadıklarını ve yaşam kalitesinde 2 yıl veya daha uzun süre devam edebilecek bir düşüş yaşayabileceğini göstermektedir. Bu tür psikolojik bozukluklar yoğun bakım hastasının aile üyelerinin genel özellikleridir ve sıklıkla önemli maddi ve duygusal nedenlerle ilişkili olduğu belirtilmektedir (Beesley ve ark., 2018).

Hastaya ve ailesine hem fiziksel yük hem de psikososyal yük getiren yoğun bakım üniteleri önemli bir anksiyete kaynağıdır (Şahin ve Buzlu, 2016). Anksiyete belirsizlik, çaresizlik duyguları ile ilgili yaygın bir endişedir. Belirsizlik durumu ve bilinmezlik korkusu anksiyetenin kaynağını oluşturmaktadır. Birey anksiyete ile etkili bir şekilde baş edemediğinde temel ihtiyaçlarını karşılama yeteneği azalmakta ve anksiyete bireyin

yaşamında birçok sorun yaratabilmektedir (Berkson, 2003; Belzung ve Griebel, 2001; Townsend, 2012).

Yoğun bakım ünitesinde yatan hastalar, mekanik ventilasyon ya da farklı bir nedenle iletişim kurmakta zorluk yaşamakta ve bu durum da anksiyeteye yol açmaktadır (Koszalinski ve ark., 2019). Yapılan bir çalışmada yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların %57' sinin anksiyete yaşadığı belirlenmiştir (Castillo ve ark., 2016). Yoğun bakım ünitesine yatış aile üyelerinde de anksiyeteye yol açabilmekte ve aile üyesinin sağlığı için risk oluşturabilmektedir. Hastanın prognozu hakkında yeterli bilgi sahibi olamama ve iyileşmesi konusundaki endişeler anksiyetenin artmasına neden olmaktadır (Rückholt ve ark., 2017). Yoğun bakım ünitesine yatan hastaların aile üyelerinin %2-80' inin anksiyete yaşadığı belirtilmektedir (Johnson ve ark., 2019). Diğer bir çalışmada da yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların aile üyelerinin % 64.8'inin anksiyete yaşadığını bildirmiştir (Jo ve ark., 2019).

Aile üyelerinin her gün doktordan hastanın durumu ve prognozu hakkında, hemşirelerden de hasta bakımı, ünite işleyişi, ziyaret saatleri hakkında bilgi almak istediği belirtilmektedir (Verhaege, 2005). Ailelerin, en çok hastanın prognozunu bilmek isteği belirtilmektedir (Lee ve Lau, 2003). Yoğun bakım ünitesinde hastası olan aile üyelerinin gereksinimleri genelde, hastanın yanında olup hastaya yardım etme, duygularını açıkça ifade etme, kişisel gereksinimlerini karşılama olduğu vurgulanmaktadır. Aile üyelerinin bu gereksinimlerini karşılamak yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin öncelikli sorumluluğu olduğu belirtilmektedir (Ünver, 2003). Hayati riskin ortadan kaldırılması ve yaşam fonksiyonlarının sürdürülmesi gibi temel sorumlulukların yanı sıra, hastaya ve aile üyelerine destek olmak ve onların baş etme mekanizmalarını etkin şekilde kullanmalarına yardımcı olmak da yoğun bakım profesyonellerinin önemli görevleri arasında yer almaktadır (Türedi, 2011). Hemşireler hastaların ihtiyaçlarını karşılarken aile üyelerinin ihtiyaçlarını erteleyebilmektedir. Yoğun bakım ünitesindeki hasta yakınları panik, kaos, uykusuzluk, yüksek anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres yaşadıklarını belirtmektedir. Ancak yoğun bakımda aile üyelerinin psikolojik stres ve baş etme düzeylerini doğrudan ele alan araştırmaların yetersiz olduğu vurgulanmaktadır (Turner-Cobb ve ark., 2016).

Yoğun bakım ünitesindeki hastalarını ziyaret eden aile üyelerinin üçte ikisinden fazlası yatışın ilk günlerinde anksiyete veya depresyon belirtileri yaşamaktadır. Hemşirelerin bu semptomları tanınması, hasta taburcu edildiğinde veya ölüm meydana geldiğinde aileleri desteklemelerine yardımcı olacaktır (Pochard ve ark., 2005).

Yoğun bakım ünitesine yatışı takiben, aile üyeleri potansiyel olarak travmatik, sıklıkla “yabancı” bir çevreyle, uzman personelle ve teknik teçhizatla, invaziv tıbbi prosedürlerle karşı karşıya kalmaktadır. Aile üyeleri ayrıca, tıbbi karar verme sürecine katılmışlarsa veya sağlık çalışanlarıyla iletişimin yetersiz olduğunu düşünürlerse, psikolojik açıdan çok daha fazla risk altında kalabilmektedir (Beesley ve ark., 2018). Yoğun bakım ünitesi deneyimi, hastanın yoğun bakımda kaldığı süre içinde ve sonrasında aile üyelerinin sağlığı için olumsuz etkilere neden olabilmektedir. Aile üyeleri, kritik hastaların geleceğini etkileyebilecek tedaviler hakkında karar vermede büyük bir endişe ve zorluk yaşamaktadır (Choi ve ark., 2011). Bu yüzden YBÜ hastalarının yakınlarının maruz kaldığı stres, hastanın ölümüne veya ölüm tehdidinde, hastalığın beklenmedik gidişatına, eksik bilgiye, olumsuz personel davranışına veya hastanın tedavisinden duyduğu memnuniyetsizliğe bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir (Frivold ve ark., 2016).

Yoğun bakım ünitesinde bir yakının olmasından kaynaklanan öngörülemezlik ve korku da yoğun psikolojik strese yol açabilmektedir. Bakım verenlerin cevapları, hastaların önceden mevcut bakım ihtiyaçlarına göre farklılık göstermez (Verhaege, 2005). Yoğun bakım ünitesi hastalarının akrabaları arasında anksiyete %35 ila %72 ve depresyon yaygınlık oranları %16 ila %75 arasında değişmektedir (Köse ve ark., 2015). En az 3 gün süreyle yoğun bakım ünitesinde yatan demans ve kanser hastası yakını aile üyeleri ile yapılan bir araştırmada ailelerin yaklaşık %80'inin anksiyete belirtileri yaşadığı ve %70,3'ünün depresyon belirtileri gösterdiği belirtilmektedir (Kao ve ark., 2016).

Aile bireyinin yoğun bakım ünitesine yatırılmasından sonra aile üyeleri, kendi sağlık ihtiyaçlarına daha az dikkat etmekte; bu durum da aile üyelerinin sağlığını ve destek sağlama yeteneğini etkileyebilecek bir durum oluşturmaktadır (Choi ve ark., 2013). Böyle bir durumda aile üyeleri genellikle uygun başa çıkma kaynaklarını kullanmada zorluk yaşayabilmekte ve daha sonra bu durum tedaviye uyum konusunda sorun oluşturabilmektedir (Lee ve Lau, 2003). Aile üyelerinin yaşadıkları bu zor zamanda, desteklenmeye, bilgilendirilmeye, güvene ve rahatlığın sürdürülmesine önemli düzeyde ihtiyaç duyduğu belirtilmiştir (Sottile ve ark., 2016). Diğer aile üyeleri hangi sosyal desteğin gerekli olduğu konusunda kararsız kalabilmekte veya sosyal destek konusunda çok fazla ısrarcı olabilmektedir. Böyle bir durumun anksiyeteyi arttırabileceği belirtilmiştir (Olsen ve ark., 2009).

Kişinin; sevilmesi, başkaları tarafından değerli olarak görülmesi, ihtiyaç duyulan biri olması ve karşılıklı destek ağının parçası olması, sosyal destek olarak adlandırılmaktadır (Chen ve ark., 2017). Sosyal destek kaynaklarının varlığı ve etkinliği

bireyin benlik saygısını arttırdığı belirtilmektedir (Tel ve Korkmaz, 2010). Ailelerin gereksinimleri hastanın içinde bulunduğu duruma göre değişiklik göstermekte ve bu durumun dikkate alınması, aile ile kararların paylaşılması, gerektiğinde ailelerin desteklenmesi anksiyete ve stresle baş etmelerinde yardımcı faktörler olarak görülmektedir (Bahar, 2007). Bireylerin başetmesini sosyal destek, cinsiyet, yaş, hasta ile ilişkiler, daha önce yoğun bakım ünitesine yatış olup olmadığı gibi birçok faktör etkilemektedir (Rückholt ve ark., 2017). Sosyal destek kaynaklarının varlığının, aile üyelerinin baş etme yöntemlerini etkin kullanmasına katkı sağlayacağı belirtilmektedir (Olsen ve ark., 2009). Sosyal destek düzeyini belirlemeye yönelik yapılan çalışmalarda Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanıldığı ve sosyal destek ile yaşam kalitesi arasında olumlu yönde ilişki olduğu belirtilmektedir (Liu ve ark., 2016).

Yoğun bakımda bir aile üyesinin olması aileler için duygusal ve yaşamsal ciddi bir kriz olduğundan hasta yakınları birçok duyguyu birlikte ve çok yoğun düzeyde yaşayabilmektedir. Bilgilenme, anlaşılma ve destek ihtiyaçları artmaktadır. Bu nedenle aile merkezli bakım yaklaşımıyla bu zor süreçte aile üyelerinin de yaşadığı duyguların ve destek gereksinimlerinin belirlenmesi, uygun yardım ve desteğin sağlanması önem kazanmaktadır. Literatür gözden geçirildiğinde daha çok yoğun bakımda yatan hastaların aile üyelerinin ihtiyaçlarına yönelik çalışmaların olduğu, aile üyelerinin sosyal destek ve başetmelerine yönelik çalışmaların sınırlı sayıda olduğu görülmektedir. Bu nedenle aile üyelerinin ciddi bir kriz durumu olarak deneyimlediği bu süreçte onların başetmesinde önemli bir kaynak olan sosyal destek durumlarının belirlenmesine ihtiyaç duyulmuştur.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların aile üyelerinde anksiyete ve sosyal destek durumunun belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yoğun Bakım Ünitesi

Yoğun bakım üniteleri (YBÜ) ciddi ve riskli sağlık sorunları olan hastaların tedavi ve bakımlarının sürdürüldüğü, yaşam fonksiyonlarının desteklendiği, özel tedavi yöntemlerinin uygulandığı, karmaşık biyomedikal cihazların bulunduğu bölümlerdir. Yoğun bakımdaki hastaların yaşamsal işlevleri risk taşıyacak derecede bozulduğundan yaşamsal işlevlerin sürdürülmesi için özel tedavi yöntemleri uygulanmakta, hastaların tedavi ve bakımı disiplinlerarası ekip çalışması ile yürütülmektedir (Tel, 2017). Yoğun bakım üniteleri bir ya da daha fazla organ veya organ sistemlerinde ciddi işlev bozukluğu nedeniyle yoğun bakım gereksinimi olan hastaların tedavisini amaçlayan, fiziki ortam ve hasta bakımı açısından farklılık taşıyan, teknolojik cihazlarla donatılmış, 24 saat yaşam bulgularının takibinin ve hasta tedavisinin yapıldığı özellikli kliniklerdir (Sağlık Bakanlığı, 2019).

Hastane binasının kullanım planında tüm yoğun bakım üniteleri mümkün olduğunca aynı katta yan yana olması, hastanenin yoğunluğundan uzak, acil servise, laboratuvarlara, ameliyathaneye, radyoloji ünitelerine ve asansörlere yakın bir alanda olması gerektiği önerilmektedir (Adsay ve Dedeli, 2015). Yoğun bakım ünitesinin planlanması yapılırken yoğun bakımın fiziksel özelliğinin, iç mekanda teknik donanım gibi konuların yanı sıra yoğun bakım ünitesinde çalışacak personelin sayısı ve özellikleri, yoğun bakımda çalışacak olan personelinin konforu, çalışma ortamının uygunluğu, tedavi esnasında hastalar için destek alınacak başka branş hekimlerinin gereksinimleri, ünitelerin temizliği, düzeni gibi detaylar da göz önünde bulundurulmalıdır (Özgürsoy ve Akyol, 2008). Yoğun bakım ünitesine kabul gerektiren kritik hastaların sayısı tüm dünyada sıklıkta artmaya devam etmektedir. Sağlık hizmetlerinde ilerlemeler yoğun bakım ünitesinde kaldıkları sürede hastaların hayatta kalmalarını arttırmaktadır (Ulman ve ark, 2015).

Yoğun bakım üniteleri kuruluş amacı, hedefleri, bakım ve tedavi yetkilerine göre birinci basamak yoğun bakım üniteleri, ikinci basamak yoğun bakım üniteleri ve üçüncü basamak yoğun bakım üniteleri olarak 3 düzeye ayrılmaktadırlar (T.C. Resmi Gazete, 2011):

“Birinci Basamak Yoğun Bakım Ünitesi: Temel monitörizasyon (EKG, ritm, oksijen saturasyonu, kan basıncı, nabız, ateş) yöntemlerine sahip, sıvı ve kan ürünleri replasmanı, entübasyon, Kardiyopulmoner resusitasyon ve hastanın ilk stabilizasyonu

yapılabilen, ikinci veya üçüncü basamak yoğun bakımların özelliklerini karşılayamayan, ikinci ve üçüncü basamak yoğun bakım ünitelerine hasta transferi yapabilen yoğun bakım üniteleridir.

İkinci Basamak Yoğun Bakım Ünitesi: Birinci basamak yoğun bakım ünitelerine göre daha detaylı gözlem ve girişim gereksinimi olan, tek organ yetmezliği nedeniyle destek tedavilerinin yapıldığı, üçüncü basamak yoğun bakımların özelliklerini karşılayamayan, kliniklerin içinde yer (kardiyovasküler cerrahi ve koroner hariç) üçüncü basamak yoğun bakımlara transfer yapabilen yoğun bakım üniteleridir.

Üçüncü Basamak Yoğun Bakım Ünitesi: Altta yatan ağır ve yüksek riskli hastalığı nedeniyle takibi gereken hastaların yattığı, solunum yetmezliği ve/veya çoklu organ işlev bozukluğu gibi tüm komplike hastaların kabul edildiği, solunum desteği, renal replasman tedavisi, plazmaferez gibi destek tedavilerinin hepsinin yapılabildiği, en üst düzeyde tıbbi bakım ve tedavi yapılabilen özel yoğun bakım üniteleridir” (Sağlık Bakanlığı, 2019).

Yoğun bakım üniteleri hayat kurtarıcı pek çok teknolojik araç ve gerece sahip ve diğer kliniklere göre daha izole alanlardır (AbuAlrub, 2004). Yoğun bakım ünitesi, hayati riski olan kişilere, fayda sağlamak amacıyla en üst düzeyde teknolojik araç gereçlerin kullanıldığı, multidisipliner yaklaşım gerektiren birimlerdir (Terzi ve Kaya, 2011; Şahinoğlu, 1992). Yoğun bakım üniteleri, yaşamsal fonksiyonları stabil durumda olmayan kritik hasta potansiyeline sahip olması, yoğun bakımlarda düzenli olarak hasta ziyaretlerinin yapılması, hastaların monitörize edilerek takip edilmesi ve hastanın kan gazlarının ve basınçlarının gözlemlenmesi ve hastanın hayati fonksiyonlarının sürekli takibi gibi özellikleri ile diğer kliniklerden ayrılmaktadır (Morris ve Feldman, 1996).

2.2.Yoğun Bakım ve Yoğun Bakımın Hasta Üzerine Etkisi

Akut hastalık, cerrahi girişim veya sürekli yakın takip gerektiren özellikli hastalar ile organların veya organ sistemlerinden herhangi birinin fonksiyon yetersizliği olan, terminal dönemde olup tedavisi mümkün olmayan ve normal kliniklerde takibi yapılamayan hastalar yoğun bakım hastalarını oluşturmaktadır (Tekinsoy, 2005; Paparrigopoulos ve ark., 2006). Yoğun bakım ünitelerinde uygulanan tedavi ve yaklaşımın amacı; hastanın primer hastalığı ne olursa olsun, yaşamsal fonksiyonları korumak ve yeniden sağlamaktır (Akpır, 2010; Paparrigopoulos ve ark., 2006). Psikososyal gereksinimlerine özen gösterilmesi gereken gruplardan biri de yoğun bakım hastalarıdır (Kutlu, 2007). Yoğun bakım ünitesi hastayı fiziksel, sosyal, psikolojik ve

çevresel boyutta etkileyen birçok olumsuz faktörü içermektedir (Zengin, 2010). Çevresel uyaranların azaltılması için gerekli düzenlemelerin yapılması hasta üzerinde olumlu bir etki sağlar (Esen ve ark., 2010). Yoğun bakım üniteleri işlerin yoğun ve acil olduğu birimlerdir. Bu yüzden hastaların biyolojik sorunlarına ve ihtiyaçlarına odaklanılıp, hastalık durumunun ve yoğun bakım ünitesinin hasta üzerinde ortaya çıkardığı psikososyal etkiler ihmal edilebilmektedir (Payen ve ark., 2009).

Yoğun bakım üniteleri girişimsel işlemlerin en fazla uygulandığı, morbidite ve mortalite oranlarının yüksek olduğu, yaşam için tehdit oluşturabilecek müdahalelerin ön planda tutulduğu birimlerdir (Dedeli ve Akyol, 2005, Uzar Özçetin ve Hiçdurmaz, 2015). Yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalar, tıbbi tanıları ve tedavileri gereği pek çok invaziv ve noninvaziv uygulamaya maruz kalmaktadır (Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz, 2013). Hastalar hareketsiz kalma, sürekli yanıp sönen ışıklara maruz kalma, konforsuz yatakta yatma, uykusuzluk ve ağrı gibi fiziksel sorunlar yaşarlar (Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz, 2013; Zaybak ve Çevik, 2015). Ayrıca yoğun bakımda yatan hastanın, iletişim kurmada problemler, aileden ayrılma korkusu, kendini güvende hissetmeme, mahremiyete dikkat edilmemesi, gibi pek çok psikososyal sorun yaşadığı bilinmektedir (Tunçay ve Uçar, 2010; Zengin, 2010). Duyusal yüklenme, duyuşal yoksunluk, anksiyete oryantasyon bozukluğu, konfüzyon gibi zihinsel işlev değişikliği yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların yaşadığı psikolojik sıkıntılar arasındadır (Cochran ve Ganong, 1989). Hayati risk yaşama, yabancı bir çevre ve kişiler, yatağa bağımlı olma, uyku düzenindeki bozulma, sevdiklerinden ayrı kalma, yoğun bakım ünitesine ve cihazlara bağımlı olma, uygulamalar hakkında yeterince ve açık bir şekilde bilgi verilmemesi gibi faktörler hastalarda psikolojik belirtilerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Hindistan ve ark., 2009). Hastanın tedaviye gösterdiği uyum, tedavinin ve taburculuğun süresi hatta taburcu olduktan sonraki yaşam deneyimleri bu sorunlardan etkilenmektedir (Uzar Özçetin ve Hiçdurmaz, 2015).

Hastalar için yoğun bakım ünitesinde kalma hem yoğun bakım ünitesinde kaldığı süre boyunca hem de yoğun bakımdan çıktıktan sonraki dönemde psikolojik olarak iyi olmasında etkili olmakta ve yaşadıkları farklı derecelerdeki anksiyete, hastanın iyileşme sürecini olumsuz olarak etkileyebilmektedir (Zaybak ve Güneş, 2010). Yoğun bakıma ünitelerine kabul edilecek olan hasta profili ve yoğun bakım ünitesine yatış ölçütleri; hastanın tanısına, bağımlılık derecesine, fizyolojik değişimlerine, laboratuvar değerlerine, yoğun bakımdan sağlayacağı yarara göre geniş bir bakış açısıyla belirlenmelidir (Adam ve Osborne, 2009).

2.3.Yoğun Bakım Hastasının Ailesinde Anksiyete

Anksiyete sözcüğü Latince“ye “ango” ve “anxio” olarak türeyerek girmiştir. Somut olarak ‘sıkıştırmak’ anlamına gelip, bunaltı sırasında ortaya çıkan göğüs veya boğazdaki sıkışma hissi olarak ifade etmektedir (Monkul ve ark., 2006). Anksiyete, endişe ve korkunun hakim olduğu birçok hastalığın psikopatolojisinin temelini oluşturan bir duygu durumudur (Şahin ve ark., 2011).

Anksiyete; evrensel bir insan tecrübesidir ve bilinmeyen bir tehlike duygusuna karşı gerçek veya olası tehditlerden kaynaklanan bir endişe, tedirginlik, belirsizlik veya korku duygularının temelini oluşturur şeklinde tanımlanabilir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011). Pek çok insan için anksiyete günlük yaşamın bir parçasıdır. Anksiyete basit bir uyarıcı sinyal olarak düşünüldüğünde, korku ile genelde aynı duygu olarak düşünülebilir. Vücut fizyolojik olarak anksiyete ve korkuya benzer şekilde tepki verir (Halter ve Varcarolis, 2014). Korku, anksiyeteden ayrılmalıdır. Korku; dışarıdan gelen, bilinen, kesin ya da çatışma dışı merkezli tehdide bir yanıttır. Anksiyete bilinmeyen, içsel, belirsiz veya çatışma merkezli bir tehdide yanıttır. Bu iki duygusal yanıt arasındaki psikolojik fark korkunun akut, anksiyetenin süregelen olmasıdır (Kaplan ve Sadock, 2004).

Anksiyete en çok görülen ruhsal bozukluklardandır. Yaşam olayları, kişinin strese yanıtı ve karşılaşılan zorluklarla baş etme yolları anksiyetenin ortaya çıkışında önemli rol oynamaktadır (Bal ve ark., 2013). Gelişimsel olarak, anksiyete bozuklukları genellikle çocukluk veya ergenlik döneminde ortaya çıkmaktadır (Beesdo ve ark., 2010). Anksiyete yaygın, hoş olmayan ve belirsiz bir olumsuzluk önsezisidir ve anksiyete belirtileri kişiden kişiye farklılık gösterebilir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011). Anksiyetenin fizyolojik belirtiler; nefes almada zorluk veya hızlı nefes alma, çarpıntı, ellerde ve ayaklarda tremör, aşırı terleme, kusma, iştahsızlık, ağız kuruluğu, göz bebeklerinde büyüme, psikolojik belirtiler; sıkıntı, aniden kötü bir şey olacakmış hissi, huzursuzluk, odaklanamam ve heyecan olarak kendini göstermektedir (Öz, 2014, Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011). Bilişsel belirtiler; karar verme, yargılama, sorgulama, düşünme, problem çözme düzeylerinde değişiklikler olabilmekte ve bireyin savunma mekanizmalarını etkin kullanamazsa ruhsal sorunlar ortaya çıkabilir (Öz, 2014). Bununla birlikte vücut fizyolojik olarak hem anksiyete hem de korkuya benzer şekilde tepki verir. Anksiyete kişinin benlik saygısını ve kişisel değerlerini olumsuz etkileyebilmektedir. İşlevsel davranış genellikle anksiyeteye karşı bir savunmadır. Davranış işlevsel olarak

kabul edildiğinde hemşireler anksiyeteyi azaltmak için girişimler başlatabilir. Anksiyete azaldığında işlevsel davranış sıklıkla azalacak ve tam tersi olacaktır (Halter ve Varcarolis, 2014).

Anksiyetenin psikolojik ve somatik olarak 2 bileşeni bulunmaktadır. Psikolojik bileşenler büyük ölçüde bireysel değişiklikler göstermektedir. Somatik belirtiler ise güçsüzlük, yorgunluk, kas spazmları, sırt, baş ve göğüs ağrıları, tremor, sık idrara çıkma, soğuk terleme, kalp ritim bozuklukları, solukluk, hızlı nefes alma, nefes darlığı ve göğüste sıkışma hissi gibi solunum sistemi belirtileri, ağız kuruluğu, midede ağrı ve yanma duygusu, diare, bulantı, kusma ve yutkunamama hissi gibi gastrointestinal belirtiler sayılabilir. Santral sinir sistemi ile bağıntılı olarak aşırı sinirlilik, baş dönmesi, gibi belirtiler görülebilir (Uzbay, 2002).

Anksiyete, bireyin yeni koşullara uyumunu sağlayarak, ruhsal gelişiminin daha üst seviyeye çıkmasında itici bir etki sağlayabilir. Fakat bu olumlu etkilerinin yanında anksiyete, engelleyici işlev de görebilir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011). Normal düzeyde anksiyete, bir tehlike algıladığı zaman ortaya çıkarak organizmanın bu tehlikeli durumdan kurtularak yaşamını devam ettirmesini sağlayan biyolojik bir korunma sistemidir. Eğer anksiyete ortada bir tehlike olmaksızın sanki tehlike varmış ve bir felaket yaklaşıyormuş gibi algılayıp abartılı ve kişinin günlük yaşam kalitesini olumsuz etkileyecek şekilde ise "anormal anksiyete" durumu söz konusudur. Anormal anksiyete psikolojik ve/veya farmakolojik tedaviyi gerektiren patolojik bir vakadır (Uzbay, 2002). Panik atak, nefes darlığı, baş dönmesi, taşikardi, titreme, terleme, boğulma hissi, bulantı, duyarsızlaşma veya derealizasyon, parestezi, kızarma veya titreme, göğüs ağrısı ve ölüm korkusu veya kendini kontrol etme korkusu belirtilerden en az dört tanesinin eşlik ettiği yoğun bir korku veya rahatsızlık dönemidir. Panik bozukluğu, 4 haftalık bir süre içinde dört panik atak veya bir veya daha fazla saldırının ardından en az bir ay devam eden başka bir saldırının korkusu olarak tanımlanır (Baughman, 1994). Anksiyete bozuklukları; davranış, duygu ve fizyolojik tepkilerin yanı sıra gelen aşırı kaygı durumunun ortak bir özellik olduğu rahatsızlıklar bütünüdür (Videbeck, 2011).

Peplau (1963) dört kaygı seviyesini tanımlamış ve etkilerini açıklamıştır:

Hafif Düzey Anksiyete: Anksiyetenin ilk aşamasıdır (Ahraz, 2018). Çok az bir gerilim vardır ve bu durum enerjide artışa neden olur (Öz, 2004). Hafif kaygı günlük

hayatın gerginliği ile ortaya çıkar. Bu aşamada kişi uyanık ve algılama alanı artar. Kişi görür, duyar ve daha önce hiç olmadığı kadar yakalar. Bu tür endişeler öğrenmeyi motive edebilir ve büyüme ve yaratıcılık üretebilir (Stuart, 2013). Hafif düzeyde anksiyetesi olan kişilere sağlık sorunları semptomlarının kontrolüne yönelik eğitim- bilgilendirme, sosyal destek ve yardım sağlanmalıdır (Ançel, 2007). Kişi başetmek için yemek yeme, gülme, ağlama gibi mekanizmaları kullanır (Ahraz, 2018).

Orta Düzey Anksiyete: Anksiyete arttıkça algısal alan daralır ve bazı ayrıntılar gözlem dışındadır. Kişi, daha az görür, duyar ve kavrar (Stuart, 2013). Kavrama alanı hafif anksiyete durumuna göre azalmıştır (Öz, 2004). Orta düzey anksiyete yaşayan bireyler hassas, sabırsız ve heyecanlıdırlar (Ahraz, 2018). Orta düzey anksiyetesi olan kişilere, sağlık sorunları semptomlarının kontrolü yönelik eğitim- bilgilendirme, sosyal destek/yardımanın yanı sıra danışmanlık alma, destek gruplarına katılma, gevşeme yöntemleri, bilişsel odaklanma ve farmakolojik tedavi yöntemlerine yönelik bilgi ve destek sağlanmalıdır (Ançel, 2007).

şiddetli Düzey Anksiyete: şiddetli anksiyete algısal alanda önemli bir azalma göze çarpmaktadır. Kişi, belirli bir detaya odaklanır ve başka hiçbir şey düşünmeme eğilimindedir. Tüm davranış endişeyi hafifletmeye yöneliktir ve başka bir alana yoğunlaşmak için çok yönlü olması gerekir (Stuart, 2013). Birey anksiyetesinin arttığını anlayamaz ama gerilimden dolayı oluşan rahatsızlığı farkeder (Öz, 2004). şiddetli düzey anksiyetesi olan kişiler için hastalık belirtilerinin kontrolü, sosyal destek, terapiler ve farmakolojik destek sağlanmalıdır (Ançel, 2007).

Panik Düzey Anksiyete: Anksiyetenin en şiddetli halidir (Ahraz, 2018). Kavrama alanı tam olarak parçalanmıştır (Öz, 2004). Panik halinde birisi çevresinde olup bitenlere yönelemez ve gerçekle iletişimi kaybeder. Motor aktivitesinde artış, başkalarıyla bağlantı kurma becerisi azalması, çarpık algılamalar ve rasyonel düşünce kaybı panik belirtileridir. Panik haldeki kişi etkili bir şekilde iletişim kuramaz veya etkin şekilde çalışamaz. Panik uzun süre tükenirse yorgunluk ve ölüm olur. Ancak panik düzeyinde anksiyete, güvenle ve etkili bir şekilde tedavi edilebilir (Stuart, 2013).

Yoğun bakım ünitesine yatış genellikle ani bir durum sonucu ortaya çıktığından aile üyeleri için hazırlıklı olmadıkları güç bir sürecin başlangıcını oluşturur (Gürkan, 2009). Aile üyeleri hastaların içinde bulunduğu psikolojik duruma yakın duygular

yaşarlar (Özgürsoy ve Akyol, 2008). Yoğun bakım üniteleri hastaların en çok acı çektiği yerlerden biri olarak görülmektedir (Pochard ve ark., 2005). Yoğun bakım ünitesine yatış hasta yakınlarını alt üst olmuş ve çaresiz hissettirmektedir (Lee ve Lau, 2002). Yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarını savunmasız ve iletişim kuramayacak durumda görmeleri aile bireylerini emosyonel olarak yıpratmaktadır (Aktaş ve Baysan Arabacı, 2016).

Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların aile üyeleri sevdikleri yoğun bakım ünitesinde kalırken temel sağlık davranışlarını sürdürmekte zorluk yaşadıklarını belirtmişlerdir. Yoğun bakım ünitesi hastalarının aile üyelerinin günlük rutinlerinde ani değişikliklerden kaynaklanan fiziksel zorlanma ve yorgunluk hissi yaşadıkları görülmüştür (Choi, 2013).

Yoğun bakım ünitesi hastalarının aile üyelerinin gereksinimlerinin ve sorunlarının yanı sıra çözümlerini inceleyen araştırmalarda, hastanın veya bakım verenlerinin özelliklerine bağlı olarak birçok faktörün yoğun bakım ünitesine başvuran hastaların aile üyelerinin psikolojik durumunu etkilediği görülmüştür (Köse, 2015). Hasta yakınlarında hastanın yoğun bakım ünitesine yatışından önce bakım ihtiyacı olanlarda, bakım ihtiyacı olmayanlara göre kötü prognoz düşüncesi ve hastayı kaybetme korkusu daha fazla olduğu görülmüştür. YBÜ’de yatan hastaların aile üyeleri duygusal olarak daha fazla yük hissettiklerini ve sağlığı bozacak davranışlar sergilediklerini vurgulamışlardır (Choi, 2013).

Yoğun bakımda ünitesinde yatan hastaların aile üyelerinin pek çok gereksinimleri vardır. Molter, 1976 yılında hasta yakınlarının ihtiyaçlarının neler olabileceğini araştırarak, bu ihtiyaçları 5 temel sınıfta toplamıştır. Bunlar; bilgi sağlamak, güvence, yakınlık, destek ve konfor olarak bulunmuştur. Yoğun bakım ünitelerinde tedavi gören hastanın yakınlarının en temel ihtiyaçları arasında basit anlaşılır bir dil kullanılması, zamanında, doğru ve yeterli bilgi verilmesinin yer aldığı, hasta yakınlarının genel olarak, hastası ile ilgili prognozu bilmek ve bir umut olduğunu hissetmek istediği belirtilmektedir (Bahçıvan ve ark., 2011; Wood ve ark., 2017). Aile üyelerinin gereksinimleri; soruların dürüstçe cevaplanması, hastanın durumu ile ilgili değişikliklerde evden aranması, prognozu bilmek, hasta için yapılan şeylerin nedenini bilmek, hastaya mümkün olan en iyi bakımın verildiğinden emin olmak, umut olduğunu hissetmek, hasta hakkında günde bir kez bilgi almak olarak belirlenmiştir (Özgürsoy ve Akyol, 2008).

Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği’nde “Hastaların, kendileri veya yasal varisleri yoluyla, tanı ve tedavinin tüm süreçlerine ve hastalığın prognozuna ilişkin tam

bilgi alma, kuruluşun kendilerine ilişkin tıbbi dokümantasyonuna ulaşma ve dokümantasyonun bir kopyasını alma hakkı” şeklinde madde bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı). Yoğun bakım hastalarının yakınları için hasta ziyaretleri hem hastalarıyla hem de sağlık personelleriyle iletişime geçmesi açısından önemli bir gereksinimdir (Azoulay ve ark., 2001; Livesay ve ark.,2005).

Sağlık çalışanları tarafından yoğun bakım ünitelerinde hasta ile ilgilenilip, aile üyelerine yeterince ilgi gösterilmemektedir. Oysa hasta yakınları, hastaları ile ilgili farklı duygular hissetmekte, merakla ve umutla hastalarını beklemektedirler. Aile üyeleri bu bekleyişin yanında kaybetme korkusu, çaresizlik ve suçluluk gibi duygular yaşayabilirler. Aile üyelerinin bu duyguları önemszenmez ve anlamaya çalışılmazsa hasta yakınları endişeli ve öfkeli olurlar. Yoğun bakım ünitesine yatış, aile içinde krize sebep olabilir (Özgürsoy ve Akyol, 2008). Yoğun bakım ünitelerinde çalışan doktor ve hemşirelerin birincil sorumluluğu; hasta yakınının hastası ile ilgili sağlıklı bilgi almasını sağlanması, hasta yakınları ile iyi iletişim içinde olunması, hasta yakınlarının acil ve öncelikli ihtiyaçlarının karşılanmasıdır (Teno ve ark., 2005).

Yoğun bakım ünitesi hemşireleri hastalarla ve aile üyeleriyle sürekli ve yakın bir etkileşim içerisinde olduklarından aile üyelerinin hastalarının kritik hastalıkları ile uyumlu bir şekilde başa çıkmalarına yardımcı olmak için ideal bir konumdadırlar. Krizde erken döneminde aile üyelerinin ihtiyaçlarına cevap vermek önemli olup bu yolla stresin olumsuz etkisi azaltılabilir. Aile üyelerinin acil ihtiyaçları karşılandığı takdirde hem aile üyeleri hem de hastalar için arzu edilen sonuçlar elde edilebilir. Aile üyelerinin ihtiyaçlarını karşılamak için, yoğun bakım ünitesi hemşirelerinin bu ihtiyaçlarını doğru bir şekilde belirleyebilmeleri gerekir (Lee ve Lau, 2003). Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların aile üyeleri yüksek düzeyde anksiyete yaşadıklarını bildirmişleridir. Yoğun bakım ünitelerine hastalarının yatırılması, sevdiklerinin fiziksel bütünlüğüne karşı bir tehdit oluşturabileceğinden olarak travmatik bir olay olarak görülebilmektedir (Paparrigopoulos ve ark., 2006).

Kritik hastalık genellikle aniden gerçekleşir ve hastalar ve ailelerinin hazırlıkları için çok az zaman vardır. Kritik veya ciddi bir hastalığın ardından yoğun bakım ünitesine yatış, hastalar ve aileleri için bir kriz olarak görülmektedir. Aile üyeleri kendilerini alt üst olmuş ve çaresiz hissetmektedirler. Böylece, genellikle uygun başa çıkma kaynaklarını kullanmada zorluklar yaşayabilirler (Lee ve Lau, 2003). Anksiyete evrensel bir duygudur ve tüm insanlar anksiyeteyi değişik derecede yaşayabilirler (Öz, 2014).

2.3.1. Anksiyeteli Birey ve Hemşirelik Yaklaşımı

Yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarının aile üyelerinin yaşadığı psikososyal sorunları anlamak ve bilmek oldukça önemlidir. Bunun için psikososyal öykü ve değerlendirme, gözlem, kayıtların incelenmesi, aile üyeleriyle olumlu ilişki kurulması önem taşımaktadır. Psikososyal değerlendirme, hemşirenin çevrede olup bitenlere aile üyelerinin tepkisini, aile üyelerini etkileyen veya aile üyelerinin etkilendiği durumları anlamasını sağlamaktadır. Böylece hemşirenin yoğun bakım ünitesinde yatan hastaları, hastanın çevresini ve aile üyelerini de kapsayan bütüncül bir bakım planlamasına yardımcı olabilmektedir (Williams, 2005).

Sevdiği bir kişinin kaybı korkusu, maddi kayıplar, rollerin değişmesi ve diğer aile üyelerinden ayrı kalma, tanı ve tedavi işlemler hakkında bilgi sahibi olunmayışı, prognozun net olmayışı, yoğun bakım ünitesindeki alışılmamış ses ve görüntü, hastaya bağlanan araç-gereçler, personelin hareketli çalışma temposu vb. nedenler de aile üyelerinin anksiyete yaşamalarına, dolayısıyla psikolojik desteğe gereksinim duymalarına neden olabilmektedir (Gürkan, 2009).

Anksiyete kişilerarası ilişkilerdeki sorunlardan kaynaklanan bir durum olarak görülmektedir. Yetişkinlerde anksiyete bireyin kendi kültürel gurubunun norm ve değerlerine uyma ihtiyacından kaynaklanır. Anksiyete düzeyi ne kadar fazlaysa iletişim kurabilme ve problem çözebilme becerisi o derecede düşük olur ve anksiyete bozukluklarının görülme olasılığı da artar (Videbeck, 2011). Anksiyetenin olumsuz etkilerini azaltmak için, anksiyeteye neden olan kaynağının belirlenmesi ve bu kaynağa yönelik hemşirelik girişimlerin planlanması ve uygulanması gerekmektedir (Şahin ve Buzlu, 2016).

Yoğun bakım ünitesinde hastası olan aile üyeleri ile iş birliği içinde olması, konuşurken göz teması kurulması, beden dilini etkin ve doğru kullanma, hastalara yapılacak uygulamalara yönelik açıklama yapılması, açık ve anlaşılır bir dil kullanarak iletişim halinde olunması, anksiyete ile başetme yöntemleri hakkında bilgi verilmesi gibi hemşirelik girişimleri aile üyelerinin yoğun bakım ünitesine uyumunu ve bakış açısını geliştirerek anksiyete ile başetmesine katkı sağlayacaktır (Terzi ve Kaya, 2011). Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların aile üyelerinin hasta bakımına katılmalarının desteklenmesi anksiyetesini üzerinde olumlu etki ettiği vurgulanmaktadır. Yoğun bakım ünitesi hastaların aile üyelerinin sosyal destek sistemlerini değerlendirerek harekete geçirmek gerekmektedir (Ançel, 2007). Her kültürün anksiyeteyi ifade eden ve onunla

baş etmenin uygun yollarını belirleyen kuralları vardır. Hemşirelerin bu kültürel farklılıklardan haberdar olmaları ve hastaları buna göre değerlendirmeleri gerekmektedir (Videbeck, 2011).

2.4.Yoğun Bakım Hastasının Ailesi ve Sosyal Destek

Cassel (1974) sosyal desteği, bireyin kendini daha iyi hissetmek ve davranışlarını iyileştirmek için etrafındaki önem arz eden bireylerden aldığı geri bildirimler olarak tanımlamaktadır. Sosyal ilişki sürecinin en önemli yararlarından birisi kişilerin birbirine sağladığı sosyal destek durumudur. Bireyin potansiyelini daha iyi kullanmasına yönelik veya istenmeyen durumlara karşı koruyucu ve önleyici görev üstlenen bireyin yakın çevresinde (anne, baba, kardeş, arkadaş vb.) bulunan kişilerin, bireyin davranışlarını onaylamaya ve destek olmaya ilişkin algı durumu sosyal destek olarak tanımlanır (Malecki ve Demaray, 2006).

Sosyal destek kavramı tanımlanırken özünde, bireyin çevresi tarafından sevilme, güvenilme, saygı duyulma, ilgi görme gibi ihtiyaçlarının bulunduğu ve bu durumun da sosyal desteğin değişik boyutlarının vurguladığı varsayılmaktadır (Başer, 2006). Sosyal destek; sosyal sistemleri desteklemek, koruyucu faktörleri artırmak ve potansiyel olarak stresli bir olayın etkilerini hafifletmek veya azaltmaya yönelik yollar geliştirmek için toplumsal desteklerin güçlendirilmesi anlamına gelir. Sosyal destek sistemleri, bireylerin ve ailelerin güçlü yönlerine vurgu yapar ve hastalık yerine sağlık üzerine odaklanmaya yardımcı olabilir (Stuart, 2013). Sosyal destek, yapısal ve işlevsel destek olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Yapısal destekte, desteğin kimden alındığı, desteğin sağlandığı kişi sayısı ve destek sağlayanların bireye yakınlığı önem taşımaktadır. İşlevsel destekte ise bu yardımın kişi açısından önem derecesi ne anlama geldiği ve ihtiyacını ne derecede karşıladığı önemli olmaktadır (Yıldırım, 2005). Taylor'a göre sosyal destek, duygusal destek ve bilgi desteği olarak 2'ye ayrılmaktadır. Duygusal destek, bireyin değer verdiği kişiler tarafından önemsendiğini hissetmek; bilgi desteği, kişinin olayları doğru yorumlayıp ve destek kaynaklarını doğru belirlemesine yardımcı olmak olarak tanımlanmıştır (Olsen ve ark., 2009).

Algılanan sosyal destek, kişinin diğer bireyler ile güvenilir bağlar oluşturduğuna ve karşılıklı destek sağlayacağına dair bilişsel algılamasıdır. Diğer bireylerden elde edebildiği sevgi, saygı ve sosyal bağlanmanın subjektif bilişsel değerlendirmesidir.

Algılanan sosyal destek, kişinin değer verildiğini ve sevildiğini ilişkilerde iyi olduğunu hissetmesine neden olan durumları içerir (Oktan, 2005).

Algılanan sosyal destek, bireyin kendine biçtiği değer olarak tanımlanabilir. Başkalarınca sevildiğini ve sayıldığını, ihtiyaç duyduğu an yardım bulacağını, ilişkilerinden doyum aldığını düşünen kişinin sosyal destek algısı fazladır. Kişilik özellikleri gibi kalıcı özelliklerin yanı sıra, tutum ve mizaç gibi daha kolay değişen özellikler de algılanan desteği etkilemektedir. Sosyal destek benlik saygısını geliştirirken, sağlığın korunmasında da önemli bir rol oynamaktadır (Ardahan, 2006).

Bireyler için sosyal destek ihtiyacı ve ulaşılabilirlik durumu, kişinin yaşantı süreci içerisinde var olan olaylar ve yaşantılara göre değişmekte ve etkilenmektedir. Birey tarafından sosyal desteğin olumlu algılanması ve kullanılması için belli durumlar var olmalıdır. Birey sosyal destek durumuna ihtiyaç duyduğunu algılamalı, ulaşılabilir olduğunun farkında olmalı, nasıl kullanabileceğini bilmesi gerekmektedir. Birçok faktör bireyin sosyal desteği nasıl kullanacağını etkilemektedir (Bruhn ve Philips, 1984).

Sosyal destek sistemlerinin yeterli olması sağlığın korunmasını ve geliştirilmesini, hastalıkların tedavisini ve rehabilitasyonunu olumlu yönde etkilediği vurgulanmaktadır. Böylece hastalık sürecine uyumu desteklemekte ve sosyal izolasyonu azaltarak bireylerin yaşam kalitesini artırmaktadır (Hendryx, Green ve Perrin, 2009).

Sosyal destek bireylerin fiziksel ve ruh sağlığını bozacak durumlara karşı önleyici bir rol üstlenmektedir (Pengilly ve Dowd, 2000). Kişinin yaşantısı boyunca geliştirdiği sosyal destek çevresi, bireyin olumsuz olaylar karşısında etkilenme düzeyini azaltmakta, önleyici ve koruyucu destek sağlamaktadır (Pengilly ve Dowd, 2000).

Sosyal destek, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi davranışının özendirilmesini, insanların daha önce yardım arama davranışını, bağışıklık sisteminin veya diğer biyolojik süreçlerin işleyişinin iyileştirilmesini, potansiyel olarak stresli olayların oluşumunun azaltılmasını, stresli olaylarla baş etme becerisinin geliştirilmesini, kişinin kronik ruhsal ve fiziksel hastalıklarla başa çıkma davranışlarını etkiler (Stuart, 2013). Araştırmalar bireylere sağlanan sosyal ve duygusal desteğin sağlık için koruyucu olabileceği güçlü bir ilişkiyi vurgulamaktadır (Reblin ve Uchino, 2008). Kişinin, yaşamın zor yönleriyle ve stresin olumsuz sonuçlarıyla baş etmesinde başkalarıyla olan sosyal ilişkilerin varlığı ve etkinliğinin önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir. Zor durumda ya da sıkıntı içinde olan bireye, yakın çevresi ve toplum tarafından sağlanan sosyal desteğin, fiziksel sağlık ve kendini iyi hissetme üzerinde de etkili olduğu vurgulanmaktadır. Sosyal destek temel etken olarak ve stres tamponu olarak görev yapar (Ardahan, 2006).

Temel Etken Olarak Sosyal Destek: Stres olsa da olmasa da sosyal destek kişinin sağlığını doğrudan etkiler ve sosyal destek yokluğu hastalık oluşumuna zemin hazırlamaktadır. Kişi değerli bulunduğunu, sevildiğini, gerektiğinde yardım göreceğini düşünür. Ne kadar sevilip, değer görüyor, ihtiyaç anında yardım görüyorsa, kendisini o kadar mutlu ve güvende hisseder. Bunun tersine, sosyal ilişkiler yetersiz ya da bozuk olduğunda, ruhsal bir hastalık geliştirme riskini arttıran anksiyete ve değersizlik duyguları sık yaşanır (Ardahan, 2006).

Stres Tamponu Olarak Sosyal Destek: Var olan stresin etkisi sosyal destek ile azaltılmalıdır. Hastalık ve stres arasında anlamlı bir ilişki olduğu bilinmesine rağmen, bazı insanların stres yaratan durumlar ile daha kolay baş edebildikleri, zor şartlar altında bile sağlıklı kalabildikleri görülmüştür. Kişiler stres yaratan bir durumla karşılaştıkları zaman önce eş, arkadaş ya da akrabalarına, profesyonel kuruluşlardan daha önce başvurdukları bilinmektedir (Ardahan, 2006).

Bireye yakın çevresinin sağladığı her tür maddi, manevi yardım sosyal destek olarak tanımlanmaktadır. Sosyal desteğin stres ve strese bağlı hastalıklarda sağlığı olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir (Tel ve ark., 2010). Hastalık basit de olsa hayatı tehdit biçimde de olsa, bireyde başka birine bağımlı kalma ya da bağımsızlığını tamamen kaybetme korkusu, ölüm ve ayrılık korkusu, gelecek endişesi, beden bütünlüğünün bozulacağı veya organ kaybı korkusu, suçluluk duygusu, pişmanlık gibi değişik etkilenmeler yapabilmektedir (Arslantaş, Adana, Kaya ve Turan,2010). Algılanan sosyal destek kavramında ilişkinin niteliği, kişinin ilişkiden sağladığı doyum ve ilişkinin birey üzerinde bıraktığı etki önem taşımaktadır (Şahin, Batıgün ve Uzun, 2011).

“Sosyal destek üzerine yapılan araştırmalar sosyal desteği; duygusal destek, araçsal destek, yaygın destek ve dört farklı durumda tanımlamıştır (Cohen, 2004).

- Duygusal Destek: Sevgi, hoşlanma, değer verilme, anlayış, özen gösterilme, kabul görme, korunma gereksinimlerini kapsayan destek türüdür. Bireyin kendi değerler ve yaşantılarının saygı gördüğü ve kişisel hatalara veya sorunlara rağmen kabul edildiğinin ifade edilmesidir (Cohen ve Wills, 1985).
- Araçsal Destek: Bireye sağlanan maddi yardımı, araç gereç yardımı materyal kaynakları, gibi somut yardımları içeren destek türüdür. Böylece birey sorunlarını çözebilecek kaynakları elde edebilecek, kendine zaman ayırabilecektir (Cohen ve Wills, 1985).
- Bilgisel Destek: Bireye sorun oluşturan durumun tanımlanması, anlaşılması ve sorunla basa çıkmada bilgi ve deneyim paylaşımını içeren destek türüdür. Bireyin

sorunun boyutlarını değerlendirme, yol gösterme ve bilişsel rehberlik gibi destekleri içerir (Cohen ve Wills, 1985).

- Yaygın Destek: Boş vakitlerde diğer insanlarla zaman geçirme, eğlenme, rahatlama, sosyal arkadaşlık olarak tanımlanmaktadır. Böylece birey eğlenir, sorunlarından uzaklaşacağı için rahatlar, olumlu duygular yaşar” (Cohen ve Wills, 1985).

En önemli sosyal destek kaynaklarından biri ailedir ve aileden alınan desteğin azalması ruhsal sıkıntıların ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır (Doğan, 2016). 2015 yılında Türkiye de yapılan bir çalışma sonucunda sosyal destek ile iyi oluş değişkenleri arasında orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buna göre sosyal destek düzeyi yüksek olan bireylerin iyi oluş hallerinin de yüksek olması beklenmektedir (Yalçın, 2015). Yetişkinlik döneminde sosyal desteğe ihtiyaç duyan bireylerin bu ihtiyacın karşılanması, doyurulması durumunda kendilerini ve yaşantılarını daha olumlu bir biçimde değerlendirdikleri ve güven, sevgi, mutluluk, huzur gibi olumlu duyguları yoğun bir şekilde hissettikleri yapılan araştırma sonuçları ile kanıtlanmıştır (Guindon ve Cappeliez, 2010).

2.4.1. Sosyal Destek ve Hemşirelik Yaklaşımı

Sosyal desteğin yeterlilik düzeyi müdahale gerekliliği durumunun belirlenmesini sağlar. İhtiyaç duyulduğunda sosyal desteğe ulaşılabiliriyorsa sosyal destek yeterli demektir (Pearson, 1990). Sosyal destek durumunun belirlenmesinde ve sosyal destek sağlanmasında hemşirelerin önemli rolleri vardır (Ardahan, 2006).

Aile üyeleri için sevdiklerinin yoğun bakımda yatıyor olması, bilinmezlik korkusu, diğer aile üyelerinden ayrı kalma, üstlendikleri rollerdeki değişiklik gibi nedenler zorluk yaşamalarına ve desteğe ihtiyaç duymalarına neden olabilmektedir (Gürkan, 2009). Hemşireler hastalar ve aileleri ile güvene dayalı ilişkiler geliştirmelerine, ihtiyaçlarını değerlendirmelerine ve aile üyelerinin hastanın değişen durumuna verdiği yanıtları gözlemlemelerine yönelik bakım planlarlar (Adams ve ark., 2014). Hemşireler bakım verici ve destekleyici rollerini etkin kullanarak, bakımı planlarken aile üyelerini, önemli diğer kişileri veya arkadaşları bakıma dahil etmelidir (Stuart, 2013). Hemşirelerin sosyal destek sağlamada danışmanlık rolünü de kullanarak bireyin yaşadığı zorlukları, bu zorlukların nedenini ve bireye nasıl bir sosyal destek sağlanması gerektiğini belirlemesi gerekmektedir (Ardahan, 2006). Aile üyelerinin hangi yaklaşımların yararlı veya zararlı

olacağını bilemeyebileceğinden hemşireler onlara rehberlik etmektedir (Adams ve ark., 2014). Hemşireler, aile üyelerini arkadaşlar, diğer aile üyeleri gibi kaynaklara yönelterek, sorumluluklarını onlarla paylaşmalarına ve kendi yükünü hafifleterek sosyal destek kaynaklarını etkin kullanmalarına yardımcı olabilecektir (Van Horn ve Tesh, 2000).

Hemşireler durum ve destek sisteminin kullanılabilirliği için psikolojik tepki değerlendirmesi yapmalıdır. Mevcut sosyal ağların yeterliliğini, ailenin sosyal ve mali destek derecesini belirlemek gerekir. Varolan destek sistemlerinin etkinliği değerlendirilip gerekli yönlendirmeler yapılmalıdır (Stuart, 2013). Hemşireler danışmanlık süresince sabırlı davranmalı, bireye empatik yaklaşmalı ve güven sağlamalıdır (Ardahan, 2006).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların aile üyelerinde anksiyete ve sosyal destek durumunun belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma Sivas Numune Hastanesi Genel Yoğun Bakım Ünitesi'nde (Anestezi Yoğun Bakım, Dahili Yoğun Bakım, Nöroloji Yoğun Bakım) yapılmıştır. Sivas Numune Hastanesi 905 yatak kapasitesine sahiptir. Araştırmanın yapılacağı Genel Yoğun Bakım Ünitesi; Anestezi Yoğun Bakım, Dahili Yoğun Bakım ve Nöroloji Yoğun Bakım Ünitelerinden oluşmaktadır. Anestezi Yoğun Bakım 3. Basamak 36 yataklı olup; 20 uzman hekim, 76 hemşire, 16 klinik destek elemanı ve 6 temizlik elemanı; Dahili Yoğun Bakım 2. Basamak 10 yataklı olup; 8 uzman hekim, 18 hemşire, 5 klinik destek elemanı ve 3 temizlik elemanı; Nöroloji Yoğun Bakım 2. Basamak 10 yataklı olup; 7 uzman hekim, 18 hemşire, 4 klinik destek elemanı ve 3 temizlik elemanı çalışmaktadır. Genel Yoğun Bakım Ünitesi hastanenin A Blok 3. Katında bulunmaktadır.

Genel Yoğun Bakım Ünitesinde genelde ani kardiyak arrest, solunum arresti, çoklu organ yetmezliği bulunan, solunum desteği gereken hastalar, pnömoni, akut akciğer ödemi, sıvı-elektrolit bozukluğu, beslenme bozukluğu olan hastalar, serebral vasküler olay ve intoksikasyon hastaları yatmaktadır. Tıbbi tedavi hekim tarafından, hasta bakımı hemşirelik bakım planı doğrultusunda hemşireler tarafından yapılmaktadır. Hasta ziyareti hastanın üniteye ilk kabulünde ve salı günü hariç her gün 11.00-12.00 saatleri arasında 5-10 dakika ile sınırlı olarak sağlanmaktadır. Salı günü hastaların genel bakım ve banyo günü olduğu için acil durumlar dışında ziyaret sağlanmamaktadır. Hastalarla ilgili tıbbi bilgi hekim tarafından, hemşirelik bakımı ile ilgili bilgi de hastanın hemşiresi tarafından verilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Sivas Numune Hastanesi Genel Yoğun Bakım Ünitesinde (Anestezi Yoğun Bakım, Dahili Yoğun Bakım, Nöroloji Yoğun Bakım) yatan hastaların aile üyeleri oluşturmuştur. Sivas Numune Hastanesi istatistik birimi verilerinden Genel Yoğun Bakım Ünitesinde 01 Ocak 2018- 30 Kasım 2018 tarihleri arasında 1745 hasta yattığı bilgisine ulaşılmıştır. Evrenin ve ana kütleinin standart sapmasının bilindiği bu

çalışmada sonlu küme hesaplama formülü kullanılmıştır. Yapılan çalışmada 0,05 anlamlılık düzeyinde örneklem hacmi;

$$N=1745, \alpha = 0,05, \sigma = 0,7, Z_{0,05/2} = 1,96, d = 0,9$$

$$n = \frac{N \cdot \sigma^2 \cdot Z_{\alpha/2}^2}{d^2(N-1) + \sigma^2 \cdot Z_{\alpha/2}^2} = \frac{1745 \cdot (0,7)^2 \cdot (1,96)^2}{(0,9)^2(1745-1) + (0,7)^2 \cdot (1,96)^2} \cong 206 \text{ olarak}$$

hesaplanmıştır.

Örnekleme; Anestezi Yoğun Bakım Ünitesi= (1010/1745) x206=119, Dahili Yoğun Bakım Ünitesi= (368/1745) x206=44, Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesi= (367/1745) x206=43 olmak üzere toplam 206 hastanın (en az bir hasta yakını) aile üyesi alınmıştır.

Örnekleme dahil edilme kriterleri; 18 yaş üzeri olma, en az okur-yazar olma, iletişim engeli olmayan, herhangi bir ruhsal hastalık tanısı olmayan ve hasta ile aynı evde en az 6 ay birlikte yaşıyor olması olarak belirlenmiştir. Örneklem kriterleri taşıyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden aile üyeleri araştırmacının örneklemini oluşturmuştur.

3.4 Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri “Kişisel Bilgiler Formu”, “Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği” ve “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır.

Kişisel Bilgiler Formu (Ek-2): Araştırmacılar tarafından literatür (Avcı, 2013; Bozdağ, 2018; Karaman, 2011; Takınoy, 2005; Tok, 2008; Torun, 2019) bilgilerine dayalı olarak geliştirilen bu formda; hastanın tanısı, yaşı, cinsiyeti, mesleği, hastalık süreci, daha önce yoğun bakım yatışı olup-olmadığı, yoğun bakıma geliş şekli, aile üyesinin yaşı, cinsiyeti, hastaya yakınlık durumu, eğitim durumu gibi verileri içeren toplam 30 soru yer almaktadır.

Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (Ek-3): 1970 yılında Spielberger ve arkadaşlarının geliştirdiği ölçek, Öner ve Le Compte tarafından 1985’te Türkçe’ye uyarlanarak geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır. 40 maddeden oluşan ölçeğin 20 maddesi durumluk, 20 maddesi ise sürekli kaygıya dönük ifadeler içermektedir. Derecelendirme tipi dört maddeden oluşan ölçekten (minimum)20-80 (maksimum) arasında değişen toplam puan değeri elde edilmektedir

Ölçekte iki tür ifade yer almaktadır. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları belirtmektedir. Durumluk kaygı ölçeğinin 1, 2, 5,

8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20 numaralı maddeleri tersine dönmüşken; Sürekli Kaygı Ölçeğinde 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39 uncu maddeler tersine dönmüştür. Doğrudan ifade edilen ve ters maddelerin toplam puan ortalamaları ayrı ayrı alınarak, ters maddelerin puan ortalaması, doğrudan ifade edilen maddelerin puan ortalamasından çıkarılır. Bu sayıya önceden belirlenmiş olan sabit bir sayı eklenir. Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamasına 50, Sürekli Kaygı Ölçeğine 35 puan eklenerek, kişinin kaygı puanı hesaplanır. Çalışmamızda Cronbach alfa katsayıları, durumluk kaygı için 0.92, sürekli kaygı için 0.90 olarak saptandı.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Ek-4): 1988 yılında Zimmet ve arkadaşlarının geliştirdiği ölçeğin, Eker ve Arkar 1995 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmışlardır (Eker ve Arkar, 1995). Aynı araştırmacılarca 2001 yılında tarafından “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin Gözden Geçirilmiş Formu’nun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği” incelenmiş ve MSPSS ve alt ölçek puanlarının iç tutarlılığı kabul edilebilir düzeyde (Cronbach alfa katsayıları = 0.80-0.95) bulunmuştur (Eker ve ark.,2001). Toplamda 12 maddeden oluşan ölçeğin farklı destek kaynaklarına göre ilişkilendirilmiş ve her biri 4 maddeden oluşan üç grubu vardır. 3, 4, 8 ve 11.maddeler aile kaynaklı algılanan sosyal desteği tanımlarken; 6, 7, 9 ve 12. maddeler arkadaş kaynaklı, 1, 2, 5 ve 10. maddeler ise özel bir kişi kaynaklı algılanan sosyal desteği tanımlamaktadır. Yedili likert tipindeki ölçekte, 7 tamamen katılıyorum, 6 çoğunlukla katılıyorum, 5 katılıyorum, 4 kararsızım, 3 katılmıyorum, 2 çoğunlukla katılmıyorum ve 1 hiç katılmıyorum anlamlarını taşımaktadır. Ölçek puanlarıken belirtilen alt boyutlardaki dört maddenin puanlarının toplanması ilgili alt boyutun, bütün alt boyutların puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Alt boyutlardan en düşük 4, en yüksek 28 puan elde edilmektedir. Ölçeğin toplamında ise en düşük 12 puan, en yüksek 84 puan elde edilmektedir. Puanın yükselmesi algılanan sosyal desteğin arttığını ifade etmektedir (Eker ve Arkar, 1995). Bizim çalışmamızda Cronbach alfa katsayıları =0.92-0.95 arasında saptandı.

3.5. Araştırmanın Uygulanması

Veri toplama araçları, ilgili hastanenin yönetiminden yazılı izinlerin alınmasının ardından uygulanmıştır. Yoğun Bakım Ünitesinde yatan hastaların aile üyelerinden örnekleme alınma kriterlerini karşılayan aile üyelerine araştırma ile ilgili bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılma konusunda gönüllü olduğuna dair sözlü ve yazılı onam veren aile

üyeleri örnekleme alınmış ve araştırmacı tarafından hastanın yoğun bakım ünitesine yattıktan sonraki 25-72 saatleri arasında Kişisel Bilgi Formu, Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği doldurulmuştur. Formlar araştırmacı tarafından yoğun bakım ünitesi dışında bulunan bekleme salonunda, yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulaması öncesi, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan etik kurul onayı 20/02/2019 tarih ve 2019-02/01 nolu kararla ve Sivas Numune Hastanesinden yazılı izin 06/05/2019 tarih ve 93848782/799 sayılı kararla alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan tüm bireyler; yapılacak olan araştırmaya yönelik bilgilendirilmiş, sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Çalışmaya katılan bireylere verilerin sadece bu çalışma için kullanılacağı belirtilmiştir.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen veriler SPSS 23.0 programı ile değerlendirilmiştir. Veriler parametrik şartları sağlamadığından, bağımsız iki grup için Mann Whitney U, ikiden fazla bağımsız grup için Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. İlişkinin belirlenmesinde ölçümle elde edilmiş değerler için sıralı ölçekli verilerde Spearman sıra korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmaya alınan 206 hastanın yaşları 18-97 arasında değişmekte olup yaş ortalaması $66.50 \pm 0,84$, hasta yakınının yaşları 21-86 arasında değişmekte olup yaş ortalaması $53.24 \pm 1,12$ olduğu saptanmıştır.

Tablo 1. Hastaya İlişkin Sosyo-Demografik Özellikler

Değişkenler		
Cinsiyet	Sayı	%
Kadın	107	51.9
Erkek	99	48.1
Tıbbi Tanısı		
Nörolojik Sistem	72	35.0
Solunum Sistemi	62	30.1
Boşaltım	29	14.1
Dolaşım Sistemi	20	9.7
Diğer	15	7.3
Sindirim Sistemi	8	3.8
Eşlik Eden Sorun		
Dolaşım Sistemi	80	41.8
Nörolojik Sistem	56	29.3
Solunum Sistemi	25	13.0
Boşaltım	14	7.4
Diğer	16	8.5
Yaş		
65+	161	78.2
55-64	28	13.5
45-54	104	4.9
35-44	28	1.9
18-34	3	1.5
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	79	38.3
Okur-yazar	79	38.3
İlköğretim	43	20.9
Lise	5	2.5
Meslek		
Emekli	104	50.4
Ev hanımı	84	40.8
Çalışmıyor	11	5.3
Serbest	6	2.9
Memur	1	0.6
Hastanın Yattığı Ünite		
Anestezi Yoğun Bakım	119	57.8
Dahili Yoğun Bakım	45	21.8
Nöroloji Yoğun Bakım	42	20.4
Mekanik Ventilasyon Desteği		
Almıyor	109	52.9
Alıyor	97	47.1

Tablo 1'in devamı

	Sayı	%
Hastanın Bilinç Düzeyi		
Konfüze	71	34.5
Açık	57	27.7
Kapalı	53	25.7
Sedatize	25	12.1
Yoğun Bakım Ünitesine Yatış Şekli		
Acilden yatış	151	73.3
Servisten	55	26.7
Daha Önce Evde Bakım İhtiyacı		
Yok	129	62.6
Var	77	37.4
Evde Bakım İhtiyacı Süresi		
1-3 yıl	39	50.6
4+	27	35.1
1 yıldan az	11	14.3

Tablo 1'de hastaların sosyo-demografik özellikleri görülmektedir. Hastaların %51.9'unun kadın, %35.0'nin nörolojik sistem bozukluğu tanılı, %38.8'i tıbbi tanıya eşlik eden dolaşım sistemi bozukluğu tanılı, %78.2'sinin 65 yaş ve üzeri, %38.3'ünün okur-yazar ve okur-yazar olmayan (%38.3), %50.5'inin emekli, %57.8'inin anestezi yoğun bakımda kaldığı, %52.9'unun mekanik ventilasyon desteği almadığı, %34.5'inin konfüze bilinç düzeyinde olduğu, %73.3'ünün acilden yoğun bakım ünitesine yattığı, %62.6'sının daha önce evde bakım ihtiyacının olmadığı, %50.6'sının 1-3 yıl arasında evde bakım ihtiyacı olduğu saptanmıştır.

Tablo 2. Aile Üyelerine İlişkin Sosyo-Demografik Özellikler

Değişkenler		
Cinsiyet	Sayı	%
Erkek	151	73.3
Kadın	55	26.7
Yaş		
45-54	70	34.0
55-64	49	23.8
35-44	41	19.9
65+	35	17.0
25-34	11	5.3
Nerede Yaşıyor?		
İl merkezi	140	68.0
İlçe	34	16.5
Köy ve kasaba	32	15.5
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	104	50.5
Çalışmıyor	102	49.5
Eğitim Durumu		
İlköğretim	104	50.5
Okur-yazar	46	22.3
Lise	35	17.0
Yükseköğretim	21	10.2
Ekonomik Durumu		
Orta	125	60.7
İyi-çok iyi	47	22.8
Kötü	34	16.5
Aile Tipi		
Geniş	124	60.2
Çekirdek	82	39.8
Hastaya Yakınlık Derecesi		
Çocuk	144	69.9
Eş	52	25.3
Kardeş	6	2.9
Baba	4	1.9
Ailede Birlikte Yaşadığı Kişiler		
Diğer	124	60.2
Eş	35	17.0
Eş ve çocuk	23	11.2
Anne-baba	18	8.7
Kardeş	6	2.9
Hasta İle Beraber Yaşadığı Süre		
6 ay-1 yıl	14	6.8
2-5 yıl	42	20.4
5-10 yıl	12	5.8
11 yıl ve üzeri olarak	138	67.0

Tablo 2'nin devamı

Değişkenler	Sayı	%
Bir Yakını Daha Önce Yoğun Bakıma Yatışı		
Var	112	54.4
Yok	94	45.6
Bir Yakının Daha Önce Yoğun Bakıma Yatış Sayısı		
1	61	64.9
2	20	21.3
3	10	10.6
4+	3	3.2
Hasta Hakkında Bilgi Alma		
Evet	206	100.0
Hayır	0	0.0
Aldığı Bilgi Yeterli mi?		
Yeterli	101	49.0
Kısmen yeterli	76	36.9
Yetersiz	29	14.1
Hastanın Durumu Hakkında Ne Bilmek istediği		
Prognoz	90	43.7
Genel açıklayıcı bilgi	72	35.0
Tedavi ve bakım	26	12.6
Bilgi sahibiyim	18	8.7
Sosyal Destek Alma Durumu		
Alıyor	161	78.2
Almıyor	45	21.8
Sosyal Destek Almama Nedeni		
Kopuk aile bağları	17	37.0
Sosyal çevrenin dar oluşu	16	34.8
Bilgi eksikliği	8	17.3
Arkadaş ilişkilerinin zayıf olması	5	10.9

Tablo 2'de aile üyelerinin sosyo-demografik özellikleri görülmektedir. Aile üyelerinin %73.3' ünün erkek, %34.0'ünün 45-54 yaş arasında olduğu, %68.0'inin il merkezinde yaşadığı, %50.5' inin çalıştığı, %50.5'inin ilköğretim mezunu olduğu, %60.7'sinin ekonomik düzeyini orta düzey olarak değerlendirdiği, %60.2'sinin geniş aile tipine sahip , %69.9'unun hastanın çocuğu olduğu, %60.2'sinin diğer aile bireyleri ile yaşadığı, %67.0'sinin 11 yıl ve üzerinde hastayla beraber yaşadığı, %54.4'ünün daha önce yoğun bakıma yatmadığı, %64.9'unun 1 kez yoğun bakıma yattığı, %49.0'unun hasta hakkında aldığı bilgiyi yeterli bulduğu, %43.7'sinin prognozu bilmek istediği, %78.2'sinin sosyal destek aldığı, %37.0'sinin kopuk aile bağları dolayısıyla sosyal destek almadığı saptanmıştır.

Tablo 3. Aile Üyelerinin Yaşa Göre Anksiyete ve Sosyal Destek Puanları

Yaş	Durumluk anksiyete X ±SD	Sürekli anksiyete X ± SD	Aile desteği X ± SD	Arkadaş desteği X ± SD	Özel kişi desteği X ± SD	Sosyal destek toplam X ± SD
25-34 yaş	49.04±0.23	34.98±0.51	25.36±1.68	22.45±3.01	23.45±4.59	71.27±5.98
35-44 yaş	49.10±0.33	35.14±0.50	23.85±5.20	21.09±5.83	23.92±5.02	68.87±14.29
45-54 yaş	49.01±0.37	35.14±0.44	22.81±4.13	19.81±4.66	22.80±4.20	65.42±9.52
55-64 yaş	49.04±0.38	35.20±0.38	22.08±5.17	18.53±5.54	19.97±6.92	60.59±14.21
65 ve üzeri yaş	49.99±0.35	35.21±0.40	19.71±5.62	17.08±5.60	19.00±6.84	55.80±15.67
	KW=2.877 p=0.579	KW=2.829 p=0.587	KW=19.810 p=0.001*	KW=16.413 p=0.003*	KW=21.009 p=0.000*	KW=25.075 p=0.000*

p<0.05 *Dunnet T3 Post Hoc

Tablo 3'te yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların aile üyelerinin yaş grubuna göre durumluk anksiyete, sürekli anksiyete ve sosyal destek ölçeği ortalama puanları görülmektedir. Aile üyelerinin yaş gruplarına göre sosyal destek ölçeğinin alt boyutları ile toplam sosyal destek ölçeği ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p<0.05). Farkın hangi yaşlardaki aile üyelerinden kaynaklandığını anlamak amacıyla Dunnet T3 Post Hoc testi uygulanmıştır. Dunnet T3 Post Hoc testi sonucuna göre, 25-34 yaş arası aile üyelerinin algıladığı aile desteği (25.36±1.68), arkadaş desteği (22.45±3.01) ve toplam sosyal destek ölçeği puan ortalamaları (71.27±5.98) daha yüksek; 35-44 yaşları arasındaki aile üyelerinde özel kişiden algılanan desteğin (23.92±5.02) daha yüksek görüldüğü saptanmıştır (p<0.05). Aile üyelerinin yaşa göre durumluluk ve sürekli anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (p>0.05).

Tablo 4. Aile Üyelerinin Cinsiyetine Göre Anksiyete ve Sosyal Destek Puanları

Cinsiyet	Durumluk anksiyete X ± SD	Sürekli anksiyete X ± SD	Aile desteği X ± SD	Arkadaş desteği X ± SD	Özel kişi desteği X ± SD	Sosyal destek toplam X ± SD
Kadın	48.96± 0.30	35.26± 0.43	21.74± 5.04	18.87± 5.65	19.61± 6.66	60.23±14.84
Erkek	49.06± 0.37	35.12± 0.43	22.71± 4.96	19.64± 5.29	22.51± 5.36	64.88±12.82
	U=3410.500 p=0.049*	U=3389.000 p=0.044*	U=3613.000 p=0.152	U=3728.000 p=0.260	U=2990.500 p=0.002*	U=3290.000 p=0.023*

p<0.05 *Dunnet T3 Post Hoc

Tablo 4'te yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların aile üyelerinin cinsiyetine göre durumluk anksiyete, sürekli anksiyete ve sosyal destek ölçeği ortalama puanları görülmektedir. Aile üyelerinin cinsiyetine göre durumluk anksiyete düzeyi, sürekli anksiyete düzeyi, özel kişi desteği ve sosyal destek toplamı ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p<0.05). Farkın hangi cinsiyetteki aile üyelerinden kaynaklandığını anlamak amacıyla Dunnet T3 Post Hoc testi uygulanmıştır. Dunnet T3 Post Hoc testi sonucuna göre, erkek aile üyelerinde durumluk anksiyete düzeyi (49.06± 0.37), algılanan özel kişi desteği (22.51± 5.36) ve toplam sosyal destek puanı (60.23± 14.84) daha yüksek; kadınlarda ise sürekli anksiyete düzeyi (35.26± 0.43) daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 5. Aile Üyelerinin Eğitim Düzeyine Göre Anksiyete ve Sosyal Destek Puanları

Eğitim Düzeyi	Durumluk anksiyete X ± SD	Sürekli anksiyete X ± SD	Aile desteği X ± SD	Arkadaş desteği X ± SD	Özel kişi desteği X ± SD	Sosyal destek toplam X ± SD
Okur-yazar	49.01±0.36	35.16±0.42	20.13 ±4.86	17.76 ±5.09	19.45 ±6.17	57.34±14.08
İlköğretim	49.07 ± 0.35	35.20±0.44	22.71 ±4.99	19.55 ±5.35	21.95 ±5.68	64.22±12.97
Lise	48.99 ± 0.37	35.16±0.44	23.22 ±5.15	19.17 ±5.37	22.45 ±6.06	64.85±13.12
Yükseköğretim	48.99 ± 0.36	34.95±0.38	25.00 ±2.86	23.00 ± 4.73	24.52 ±4.09	72.52±9.37
	KW=3.063 p=0.382	KW=6.535 p=0.088	KW=19.768 p=0.000*	KW=18.593 p=0.000*	KW=16.142 p=0.001*	KW=22.255 p=0.000*

p<0.05 *Dunnet T3 Post Hoc

Tablo 5’te aile üyelerinin eğitim düzeylerine göre durumluk anksiyete, sürekli anksiyete ve sosyal destek ölçeği ortalama puanları görülmektedir. Aile üyelerinin eğitim düzeylerine göre sosyal destek ölçeğinin alt boyutları ile ölçeğin toplam ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p<0.05). Farkın hangi eğitim düzeyinden kaynaklandığını anlamak amacıyla Dunnet T3 Post Hoc testi uygulanmıştır. Dunnet T3 Post Hoc testi sonucuna göre, yükseköğretim mezunlarında sosyal destek ölçeğinin aile desteği düzeyi (25.00 ± 2.86), arkadaş desteği düzeyi (23.00 ± 4.73), özel kişi desteği düzeyi (24.52 ± 4.09) ve toplam sosyal destek puan ortalamalarının (72.52±9.37) yüksek görüldüğü saptanmıştır.

Aile üyelerinin eğitim durumuna göre durumluluk ve sürekli anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (p>0.05).

Tablo 6. Aile Üyelerinin Çalışma Durumuna Göre Anksiyete ve Sosyal Destek Puanları

Çalışma Durumu	Durumluk anksiyete X ± SD	Sürekli anksiyete X ± SD	Aile desteği X ± SD	Arkadaş desteği X ± SD	Özel kişi desteği X ± SD	Sosyal destek toplam X ± SD
Çalışıyor	49.09 ± 0.35	35.09 ± 0.44	23.86 ± 4.14	20.95 ± 4.99	23.43 ± 4.82	68.25± 11.27
Çalışmıyor	48.98 ± 0.35	35.23 ± 0.42	21.01 ± 5.37	17.90 ± 5.35	20.01 ± 6.33	58.94± 14.03
	U=4262.000 p=0.015*	U=4429.500 p=0.041*	U=3546.500 p=0.000*	U=3455.000 p=0.000*	U=3382.500 p=0.000*	U=3148.500 p=0.000*

p<0.05 *Dunnet T3 Post Hoc

Tablo 6'da aile üyelerinin çalışma durumlarına göre durumluk anksiyete, sürekli anksiyete ve sosyal destek ölçeği ortalama puanları görülmektedir. Aile üyelerinin çalışma durumlarına göre durumluk anksiyete, sürekli anksiyete ve sosyal destek ölçeği ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p<0.05). Farkın hangi durumdan kaynaklandığını anlamak amacıyla Dunnet T3 Post Hoc testi uygulanmıştır. Dunnet T3 Post Hoc testi sonucuna göre, çalışan aile üyelerinde aile desteği düzeyi (23.86 ± 4.14), arkadaş desteği düzeyi (20.95 ± 4.99), özel kişi desteği düzeyi (23.43 ± 4.82) ve toplam algılanan sosyal destek düzeyinin (68.25± 11.27); çalışmayan aile üyelerinde ise durumluk anksiyete (48.98 ± 0.35) ve sürekli anksiyete düzeyinin (35.23 ± 0.42) daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 7. Aile Üyelerinin Mesleklerine Göre Anksiyete ve Sosyal Destek Puanları

Meslek	Durumluk anksiyete X ± SD	Sürekli anksiyete X ± SD	Aile desteği X ± SD	Arkadaş desteği X ± SD	Özel kişi desteği X ± SD	Sosyal destek toplam X ± SD
Çalışmıyor	48.89 ± 0.13	35.43 ± 0.28	18.81 ± 6.98	17.90 ± 4.59	20.54 ± 6.56	57.27± 16.85
Memur	49.09 ± 0.41	34.97 ± 0.39	24.37 ± 3.84	22.29 ± 5.04	24.75 ± 3.95	71.41± 10.40
İşçi	49.01 ± 0.41	35.02 ± 0.45	23.73 ± 3.20	21.34 ± 3.03	23.60 ± 3.25	68.69±6.85
Emekli	49.03 ± 0.40	35.19 ± 0.40	21.17 ± 5.25	17.41 ± 5.43	20.42 ± 6.26	59.01± 13.74
Serbest	49.12 ± 0.30	35.18 ± 0.45	23.70 ± 4.62	20.22 ± 5.52	22.80 ± 5.56	66.73± 12.80
Ev hanımı	48.92 ± 0.31	35.23 ± 0.46	21.45 ± 5.00	18.68 ± 5.49	19.20 ± 6.49	59.34± 13.96
	KW=11.122 p=0.049*	KW=13.104 p=0.022*	KW=18.764 p=0.002*	KW=21.821 p=0.001*	KW=23.658 p=0.000*	KW=27.484 p=0.000*

p<0.05 *Dunnet T3 Post Hoc

Tablo 7’de aile üyelerinin mesleğine göre durumluk anksiyete, sürekli anksiyete ve sosyal destek ölçeği ortalama puanları görülmektedir. Mesleklerine göre durumluk anksiyete, sürekli anksiyete ve sosyal destek ölçeği ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p<0,05). Farkın hangi meslek gruplarından kaynaklandığını anlamak amacıyla Dunnet T3 Post Hoc testi uygulanmıştır. Dunnet T3 Post Hoc testi sonucuna göre, memurların aile desteği düzeyi (24.37±3.84), arkadaş desteği düzeyi (22.29±5.04), özel kişi desteği düzeyi (24.75±3.95) ve toplamda algıladıkları sosyal destek düzeyinin (71.41± 10.40) daha yüksek; serbest çalışan aile üyelerinde durumluk anksiyete düzeyinin (49.12± 0.30) yüksek, çalışmayan aile üyelerinde ise sürekli anksiyete düzeyinin (35.43± 0.28) daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 8. Aile Üyelerinin Ekonomik Durumuna Göre Anksiyete ve Sosyal Destek Puanları

Ekonomik Durum	Durumluk anksiyete X ± SD	Sürekli anksiyete X ± SD	Aile desteği X ± SD	Arkadaş desteği X ± SD	Özel kişi desteği X ± SD	Sosyal destek toplam X ± SD
İyi ve çok iyi	49.01 ± 0.37	35.10± 0.38	24.36 ± 4.20	20.70± 5.81	23.59± 5.75	68.65± 13.18
Orta	49.00 ± 0.32	35.17± 0.45	22.40± 4.75	19.17± 5.09	21.73± 5.47	63.31± 12.35
Kötü	49.20 ± 0.42	35.22± 0.43	20.02± 5.81	18.67± 5.69	19.20± 6.58	57.91± 15.72
	KW=8.595 p=0.014*	KW=2.393 p=0.302	KW=15.511 p=0.000*	KW=5.458 p=0.065	KW=16.362 p=0.000*	KW=14.532 p=0.001*

p<0.05 *Dunnet T3 Post Hoc

Tablo 8’de aile üyelerinin ekonomik durumlarına göre durumluk anksiyete, sürekli anksiyete ve sosyal destek ölçeği ortalama puanları görülmektedir. Aile üyelerinin ekonomik durumlarına göre aile desteği ve özel kişi desteği alt boyutlarında, durumluk anksiyete düzeyinde ve sosyal destek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p<0.05). Farkın hangi ekonomik düzeyden kaynaklandığını anlamak amacıyla Dunnet T3 Post Hoc testi uygulanmıştır. Dunnet T3 Post Hoc testi sonucuna göre, ekonomik durumunu iyi ve çok iyi olarak belirten aile üyelerinin aile desteği (24.36 ± 4.20), özel kişi desteği (23.59± 5.75) ve algıladıkları toplam sosyal destek düzeyleri (68.65± 13.18) daha yüksek; ekonomik durumunu kötü olarak belirten aile üyelerinin ise durumluk anksiyete düzeyi puanlarının (49.20 ± 0.42) daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 9. Aile Üyelerinin Aile Tipine Göre Anksiyete ve Sosyal Destek Puanları

Aile Tipi	Durumluk anksiyete X ± SD	Sürekli anksiyete X ± SD	Aile desteği X ± SD	Arkadaş desteği X ± SD	Özel kişi desteği X ± SD	Sosyal destek toplam X ± SD
Çekirdek	48.97± 0.37	35.13± 0.46	21.62±5.27	18.64± 5.48	19.32± 7.14	59.59± 14.87
Geniş	49.07± 0.34	35.18± 0.41	23.00± 4.73	19.96± 5.28	23.33± 4.15	66.31± 11.85
	U=4170.500 p=0.029*	U=4912.000 p=0.681	U=4329.500 p=0.070	U=4205.000 p=0.035*	U=3495.000 p=0.000*	U=3628.500 p=0.001*

p<0.05 *Dunnet T3 Post Hoc

Tablo 9’da aile üyelerinin aile tiplerine göre durumluk anksiyete, sürekli anksiyete ve sosyal destek ölçeği ortalama puanları görülmektedir. Aile üyelerinin aile tiplerine göre durumluk anksiyete düzeyi, arkadaş desteği, özel kişi desteği ve sosyal destek toplamı ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p<0.05). Farkın hangi aile tipinden kaynaklandığını anlamak amacıyla Dunnet T3 Post Hoc testi uygulanmıştır. Dunnet T3 Post Hoc testi sonucuna göre, geniş ailede yaşadığını belirten aile üyelerinin durumluk kaygı düzeyi (49.07± 0.34), arkadaş desteği (23.00± 4.73), özel kişi desteği (23.33± 4.15) ve algıladıkları toplam sosyal destek düzeyleri (66.31± 11.85) daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 10. Aile Üyelerinin Hastaya Yakınlık Derecesine Göre Anksiyete ve Sosyal Destek Puanları

Hastaya yakınlık derecesi	Durumluk anksiyete X ± SD	Sürekli anksiyete X ± SD	Aile desteği X ± SD	Arkadaş desteği X ± SD	Özel kişi desteği X ± SD	Sosyal destek toplam X ± SD
Eş	48.94± 0.34	35.13±0.45	20.31± 5.40	18.04± 4.98	17.79± 6.98	56.13± 14.75
Çocuk	49.05± 0.36	35.18±0.44	23.10± 4.69	19.99± 5.36	23.00± 4.83	66.09± 12.10
Baba	49.52± 0.31	34.89±0.32	24.50± 5.74	20.75± 8.46	24.75± 5.25	70.00± 17.43
Kardeş	49.15± 0.35	35.27±0.35	24.33± 2.50	17.67± 6.19	23.67± 2.94	65.67± 10.27
Total	49.04± 0.36	35.16±0.44	22.46± 4.99	19.44± 5.39	21.74± 5.86	63.64± 13.51
	KW=11.134 p=0.011*	KW=2.677 p=0.444	KW=13.788 p=0.003*	KW=8.127 p=0.043*	KW=25.725 p=0.000*	KW=21.492 p=0.000*

P<0.05 *Dunnet T3 Post Hoc

Tablo 10’da aile üyelerinin, hastaya yakınlık derecesine göre durumluk anksiyete, sürekli anksiyete ve sosyal destek ölçeği ortalama puanları görülmektedir. Aile üyelerinin hastaya yakınlık derecesine göre sosyal destek ölçeğinin alt boyutları, durumluk kaygı düzeyi ve ölçeğin toplam ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p<0.05). Farkın hangi yakınlık derecesinden kaynaklandığını anlamak amacıyla Dunnet T3 Post Hoc testi uygulanmıştır. Dunnet T3 Post Hoc testi sonucuna göre, yakınlık derecesi baba olan aile üyelerinin durumluluk anksiyete düzeyi (49.04± 0.36), aile desteği (24.50± 5.74), arkadaş desteği (20.75± 8.46), özel kişi desteği (24.75± 5.25) ve algılanan toplam sosyal destek düzeyleri (70.00± 17.43) en yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 11. Aile Üyelerinin Ailede Birlikte Yaşadığı Kişilere Göre Anksiyete ve Sosyal Destek Puanları

Aile Üyesinin Birlikte Yaşadığı Kişiler	Durumluk anksiyete X ± SD	Sürekli anksiyete X ± SD	Aile desteği X ± SD	Arkadaş desteği X ± SD	Özel kişi desteği X ± SD	Sosyal destek toplam X ± SD
Eş	48.91± 0.35	35.13±0.47	18.54± 5.22	17.00± 4.82	16.65± 6.89	52.20± 14.54
Eş ve Çocuk	49.16± 0.36	35.14±0.41	23.82± 4.15	20.30± 4.98	21.43± 6.60	65.56± 12.43
Kardeş	49.15± 0.35	35.27±0.34	24.33± 2.50	17.66± 6.18	23.66± 2.94	65.66± 10.26
Anne-Baba	49.16± 0.35	35.17±0.53	23.44± 5.76	19.83± 7.14	19.33± 8.93	62.61± 18.72
Diğer	49.02± 0.35	35.16±0.42	23.07± 4.54	20.00± 5.15	23.49± 3.67	66.56± 10.89
	KW=10.189 p=0.037*	KW=0.550 p=0.968	KW=26.762 p=0.000*	KW=12.014 p=0.017*	KW=27.801 p=0.000*	KW=27.467 p=0.000*

p<0.05 *Dunnet T3 Post Hoc

Tablo 11’de aile üyelerinin, ailede birlikte yaşadığı kişilere göre durumluk anksiyete, sürekli anksiyete ve sosyal destek ölçeği ortalama puanları görülmektedir. Aile üyelerinin birlikte yaşadığı kişilere göre sosyal destek ölçeğinin alt boyutları, durumluk anksiyete düzeyi ve ölçeğin toplam ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p<0.05). Farkın kaynağını anlamak amacıyla Dunnet T3 Post Hoc testi uygulanmıştır. Dunnet T3 Post Hoc testi sonucuna göre, anne ve baba ile birlikte yaşadığını belirten aile üyelerinde durumluk anksiyete düzeyi (49.16± 0.35) daha yüksek; kardeş ile birlikte yaşayanlarda aile desteği (24.33± 2.50) ve özel kişi desteği düzeyi (23.66± 2.94) daha yüksek; eş ve çocuğuyla birlikte yaşayanlarda arkadaş desteği düzeyi (20.30± 4.98) daha yüksek ve diğer kişilerle yaşadığını belirtenlerde ise algılanan toplam sosyal destek düzeyi (66.56± 10.89) daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 12. Aile Üyelerinin Sosyal Destek Alma Durumuna Göre Anksiyete ve Sosyal Destek Puanları

Sosyal Destek Alma Durumu	Durumluk anksiyete X ± SD	Sürekli anksiyete X ± SD	Aile desteği X ± SD	Arkadaş desteği X ± SD	Özel kişi desteği X ± SD	Sosyal destek toplam X ± SD
Alıyor	49.04± 0.35	35.14± 0.43	24.05± 3.29	20.96± 4.46	22.65± 5.13	67.66±10.41
Almıyor	49.05± 0.41	35.24± 0.44	16.73± 5.81	14.02± 4.94	18.49± 7.13	49.24±13.62
	U=3611.500 p=0.975	U=2289.500 p=0.038*	U=1081.500 p=0.000*	U=1086.000 p=0.000*	U=2309.000 p=0.000*	U=989.500 p=0.000*

p<0.05 *Dunnet T3 Post Hoc

Tablo 13'te aile üyelerinin sosyal destek alma durumlarına göre durumluk anksiyete, sürekli anksiyete ve sosyal destek ölçeği ortalama puanları görülmektedir. Aile üyelerinin sosyal destek alma durumlarına göre sürekli anksiyete düzeyi, sosyal destek alt boyutlarında ve sosyal destek toplamı ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p<0.05). Farkın kaynağını anlamak amacıyla Dunnet T3 Post Hoc testi uygulanmıştır. Dunnet T3 Post Hoc testi sonucuna göre sosyal destek aldığını belirten aile üyelerinde sosyal destek alt boyutlarında ve algılanan toplam sosyal destek düzeyi (67.66±10.41) yüksek; sosyal destek almadığı belirten aile üyelerinde ise sürekli anksiyete düzeyi (35.24± 0.44) daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 13. Aile Üyelerinin Sosyal Destek Almama Nedenine Göre Anksiyete ve Sosyal Destek Puanları

Sosyal Destek Almama Nedeni	Durumluk anksiyete X ± SD	Sürekli anksiyete X ± SD	Aile desteği X ± SD	Arkadaş desteği X ± SD	Özel kişi desteği X ± SD	Sosyal destek toplam X ± SD
Kopuk Aile Bağları	48.96±0.36	35.15±0.54	15.29 ±6.17	15.47±4.78	19.41±6.96	50.18±13.50
Arkadaşlık İlişkilerinin Zayıf Olması	49.06±0.32	35.51±0.39	25.00 ±2.00	8.80±3.03	24.80±1.92	58.60±4.34
Bilgi Eksikliği	48.89±0.42	34.99±0.44	13.88 ±4.16	10.75±3.10	16.50±4.84	41.13±10.74
Sosyal Çevrenin Dar Oluşu	49.23±0.44	35.39±0.33	17.44 ±4.60	15.88±4.44	16.63±8.09	49.94±15.18
	KW=3.696 p=0.296	KW=8.747 p=0.033*	KW=11.810 p=0.008*	KW=12.955 p=0.005*	KW=8.878 p=0.031*	KW=6.460 p=0.091

p<0.05 *Dunnet T3 Post Hoc

Tablo 12’de aile üyelerinin sosyal destek almama nedenine göre durumluk anksiyete, sürekli anksiyete ve sosyal destek ölçeği ortalama puanları görülmektedir. Aile üyesinin sosyal destek almama nedenine göre sosyal destek alt gruplarında ve sürekli anksiyete düzeyi ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p<0.05). Farkın kaynağını anlamak amacıyla Dunnet T3 Post Hoc testi uygulanmıştır. Dunnet T3 Post Hoc testi sonucuna göre, sosyal destek almama nedenini arkadaşlık ilişkilerinin zayıf olmasına bağlayan aile üyelerinde sürekli anksiyete düzeyi (35.51±0.39), aile desteği düzeyi (25.00 ± 2.00) ve özel kişi desteği düzeyi (24.80±1.92) daha yüksek; sosyal çevrenin dar oluşuna bağlayan aile üyelerinde ise arkadaş desteği düzeyi (15.88±4.44) daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 14. Aile Üyelerinin Anksiyete ve Sosyal Destek Puanları Arasındaki ilişkiler

		Durumluk anksiyete	Sürekli anksiyete	Aile desteği	Arkadaş desteği	Özel kişi desteği
Durumluk anksiyete	rs p					
Sürekli anksiyete	rs p	,230** ,001				
Aile desteği	rs p	,128 ,066	,032 ,643			
Arkadaş desteği	rs p	,158* ,023	-,044 ,533	,533** ,000		
Özel kişi desteği	rs p	,114 ,104	-,059 ,403	,693** ,000	,540** ,000	
Sosyal destek toplam	rs p	,163* ,019	-,061 ,385	,818** ,000	,830** ,000	,866** ,000

(*) $p < 0.05$ (**) $p < 0.001$

Tablo 14'te aile üyelerinin durumluk anksiyete, sürekli anksiyete ve sosyal destek puanları arasındaki ilişki görülmektedir. Aile üyelerinin durumluk anksiyete ile sürekli anksiyete ($rs=,230$, $p=0.001$), arkadaş desteği ($rs=,158$, $p=0.023$) ve toplam sosyal destek puanları ($rs=,163$, $p=0.019$) arasında zayıf güçlülükte, pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmaktadır. Algılanan arkadaş desteği ile aile desteği ($rs=,533$, $p=0.000$) arasında orta güçlülükte, pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmaktadır. Algılanan özel kişi desteği ile aile desteği ($rs=,693$, $p=0.000$) ve algılanan arkadaş desteği ($rs=,540$, $p=0.000$) arasında orta güçlülükte, pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmaktadır. Toplam algılanan sosyal destek ile algılanan aile desteği ($rs=,818$, $p=0.000$), arkadaş desteği ($rs=,830$, $p=0.000$) ve özel kişi desteği ($rs=,866$, $p=0.000$) arasında kuvvetli (yüksek) güçlülükte pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmaktadır.

Çalışmada aile üyelerinin hasta ile birlikte yaşadığı süre ve yaşadıkları yere göre durumluk anksiyete, sürekli anksiyete ve sosyal destek ölçeği alt ölçekleri ve toplam sosyal destek ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$).

5. TARTIŞMA

Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların aile üyelerinin anksiyete ve sosyal destek durumunun belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmaya yoğun bakım ünitesinde yatan 206 hastanın aile üyesi alınmıştır. Çalışmaya alınan hastaların yaş ortalamaları 66,50 olarak tespit edilmiştir. Bu bilgi çalışma sürecinde incelenen yoğun bakım ünitelerinde genç hastalardan ziyade daha çok yaşlı hastaların olduğunu göstermektedir. Gençlik sürecinde organların çalışmasındaki rezerv kapasite yaşamı idame ettirebilecek seviyenin 4-10 katı kadarken, 30 yaşından itibaren her yıl % 0,8 arasında bir azalma göstermektedir. Bu yüzden yaşlı hastalarda yoğun bakım desteği daha çok ihtiyaç olarak görülmektedir (Dinkçi, 2015). Avcı (2013), hastaların %48,8'inin 64 yaş ve üzeri, Güngör (2008), %50,7'sinin 60 yaş ve üzeri olduğunu ifade ederken; Aslaner (2014), yaşlıların yoğun bakıma daha çok yattığını ifade etmiştir.

Hastaların %51,9'u kadındır. Araştırmamızdan farklı olarak Karaman (2011), erkek hasta sayısının daha fazla olduğunu belirtmiştir. Hastaların tıbbi tanıları incelendiğinde; en fazla nörolojik sistem bozukluğu tanıları (%35,0) olduğu ve %38,8'inde en fazla eşlik eden sorunun dolaşım sistemine bağlı bozukluklar olduğu belirlenmiştir. Dinkçi (2015), yoğun bakımda yatan yaşlı hastalarla yaptığı çalışmada en çok izlenen dahili sorunların kardiyak problemler, cerrahi olarak da kardiyak cerrahiler ve girişimler olduğunu belirtmiştir. Öztürk (2019) ve Tok (2008), yoğun bakım hastalarının en fazla solunum sistemi hastalıklarına ilişkin tanısı olduğunu paylaşmıştır. Arık (2018), ise çalışmasında yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların en fazla kanser tanısı aldığını belirtmiştir.

Hastaların genel olarak eğitim düzeyinin düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Alan yazına göre hastaların genel olarak eğitim düzeylerinin düşük ve hastalar ağırlıklı olarak ilkokul mezunudur (Çapa Görgöz, 2015; Karaman, 2011). Yine yaşa bağlı olarak hastaların yarısından fazlasının (%50,5) emekli olduğu da elde edilen sonuçlar arasındadır. İşeri (2010), yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların yarıdan fazlasının Anestezi Yoğun Bakım Ünitesinde yattığı; %52,9'unun mekanik ventilasyon desteği aldığı ve üçte birinin bilinç düzeyinin konfüze olduğu belirlenmiştir. Öztürk (2019), benzer bir sonuç olarak çalışmasında hastaların, %69,9'unun mekanik ventilasyon desteği aldığı sonucunu paylaşmıştır. Hastaların yoğun bakım ünitesine yatış şekillerinin en fazla acil servisten yönlendirilerek olduğu belirtilmiştir. Yoğun bakım ünitesine yatış ile ilgili literatür incelendiğinde; yoğun bakım gerektiren durumların beklenmedik bir anda aniden

gerçekleştiği belirtilmektedir (Lee ve Lau, 2003). Acilden yoğun bakıma yatış şeklinin servisten yatışa göre daha fazla olduğunu belirten çalışmalara rastlamak mümkündür (Aslaner, 2014; Aykin, 2013; Erdoğan, 2019; Öztürk, 2019). Hastaların %54,4'ünün daha önce yoğun bakım ünitesine yatmadığı ve %62,6'sının evde bakım ihtiyacının olmadığı belirtilmiştir. Avcı (2013) ise çalışmasından farklı bir sonuç olarak hastaların çoğunluğunun daha önce yoğun bakım deneyimi olduğunu belirtmiştir. Bakım ihtiyacı olduğu belirtilen hastalarda ise süre en çok 1-3 yıl arasında olduğu belirtilmiştir.

Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların aile üyelerinin çoğunluğunun erkek (%73,3) olduğu gözlenmiştir. Alan yazında benzer sonuçların olduğu araştırmalar dikkat çekmektedir (Al-Muatir, Plummer, Clerehan ve O'Brien, 2013; Avcı, 2013; Karaman, 2011; İşeri, 2010). Aile üyelerinin genelini il merkezinde yaşadığı elde edilen sonuçlar arasındadır. Coşkun (2014) ve İşeri (2010) çalışmalarından il merkezinde yaşayan aile üyelerinin sayıca daha fazla olduğunu belirtmiştir. Aile üyelerinin yarıdan fazlası çalıştığını ifade etmiştir. Avcı (2013) çalışmasında ile üyelerinin büyük bir kısmının çalıştığını paylaşmıştır. Farklı olarak ise Karaman (2011), aile üyelerinden çalışmayanların sayısının daha fazla olduğunu belirtmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre aile üyelerinin büyük bir kısmı ilköğretim mezunudur. Araştırma bulgusunu destekleyen çalışmalardan, Coşkun (2014) ve İşeri (2010) da ilkokul mezunu hasta yakınlarının diğer eğitim düzeyine sahip aile üyelerinden fazla olduğunu belirtmişlerdir. Aile üyelerinin büyük bir bölümü orta düzeyde ekonomik gelire sahiptir. Coşkun (2014), aile üyelerinin orta düzey gelire sahip olduğunu paylaşmış ve bu sonuç araştırmamızı destekler niteliktedir. Aile üyeleri daha çok geniş aile tipinde yaşadığını belirtmiş araştırma bulguları incelendiğinde hastayla son dönemde birlikte yaşadıkları için aile tiplerinin geniş olarak tanımladıkları görülmüştür. Çalışmada örneklem belirlenirken hasta yakınının hastayla en az 6 ay birlikte yaşamış olma koşulunu göz önüne alınca da geniş aile şeklinde ailelerini tanımları beklendik bir sonuçtur.

Aile üyelerinin %69,9'u hastanın çocuğudur. Tok'un (2008) araştırma sonuçlarına göre de hastanın aile üyesinin incelendiğinde en fazla çocuklarının olduğu bilgisi paylaşılmıştır. Opuş (2015) ise yaptığı araştırmada en fazla hastaların eşleri olduğunu belirtmiştir. Aile üyelerinin hepsi hastaları hakkında bilgi aldığı belirtmekte ve geneli aldığı bilgiyi yeterli görmektedir. Aile üyelerinin %78,2 si sosyal destek aldığını belirtirken; sosyal destek alamayanların ise sebebini aile bağlarının kopuk olmasına bağladığı görülmektedir.

Aile üyelerinin anksiyete ve sosyal destek düzeylerinin yaşa göre farklılaştığı görülmektedir. 25-34 yaş arası aile üyelerinin arkadaştan, aileden ve toplamda algıladığı sosyal destek daha yüksek iken 35-44 yaş arası aile üyelerinin özel bir kişiden algıladığı sosyal desteğin daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu bulguyla örtüşmeyen bir sonuç ise; bakım verenin yaşı ile sosyal destek düzeyi arasında anlamlı fark olmadığıdır (Gündüz, 2019).

Aralarında istatistiksel açıdan fark olmasa da anksiyete düzeyleri incelendiğinde 65 yaş ve üzeri hasta yakınlarının durumluk ve sürekli anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Maruiti, Galdeano ve Dias Farah (2008) da yaş ile anksiyete arasında istatistiksel açıdan ilişki olmadığını belirtmişlerdir. Araştırma sonucumuzdan farklı olarak yaşın anksiyete puan ortalamasını istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilediğini ifade eden çalışmalar da mevcuttur (Hacıhasanoğlu, Karakurt, Yıldırım ve Uslu, 2010).

Araştırma bulgularına göre, erkeklerin durumluk anksiyete düzeylerinin, kadınların ise sürekli anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir. Alan yazın incelendiğinde Sayar (2019) ve Karaman (2011) kadınların anksiyete düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek olduğunu belirtirken; Avcı (2013), erkeklerin durumluk kaygılarının daha yüksek olduğunu ifade etmiştir. Farklı olarak ise Maruiti, Galdeano ve Dias Farah (2008) cinsiyet ile anksiyete arasında anlamlı ilişki olmadığını belirtmişlerdir.

Cinsiyetle sosyal destek arasında da anlamlı bir fark olduğu erkeklerin özel bir kişiden ve toplamda algıladığı desteğin daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durumda eş ve sevgililerini özel bir kişi olarak belirten hasta yakınlarından; kadınların erkeklere daha çok destek olduğunu söylemek mümkün olabilmektedir. Kadınların ise algıladıkları sosyal desteğin tüm alt boyutlarda ve toplamda daha az olduğu görülmektedir. Reevy ve Maslach (2001)' a göre de kadınların sosyal destek algılarının erkeklere nazaran yüksek olduğunu belirtmiş ve bunun nedenini kadının sosyal çevresinden kaynaklanan kimi değişikliklerle ilişkili olabileceğini belirtmiştir.

Eğitim düzeyleri incelendiğinde, eğitimle anksiyete arasında bir ilişki görülmezken; yükseköğretim mezunlarının algıladığı sosyal desteğin yüksek olduğu görülmüştür. Eğitim durumuyla beraber sosyal desteğinde doğru orantılı olduğunu belirten çalışmalara rastlamak mümkündür (Ayaz, Yaman Efe ve Korukoğlu, 2008; Taş, 2019). Keskin (2005), yükseköğretim mezunlarının algıladıkları sosyal destek düzeyinin diğer eğitim durumlarına göre daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Kool, Geenes ve Lonliness (2012)düşük eğitilmiş ve genç hastaların sosyal destek algılarının da düşük

olduğunu belirtmiştir. Aras ve Tel (2009), eğitim düzeyi düşük olanların aile ve arkadaş desteğini düşük algıladıklarını belirtmişlerdir.

İstatistiksel açıdan fark olmamasına karşın ilköğretim mezunlarının durumluk ve sürekli kaygı puanlarının yüksek olduğu görülmektedir. Araştırmamızın sonucuna benzer bir sonucu ise Anderson, Arnold, Angus ve Bryce (2009) paylaşmış ve eğitim düzeyi ile anksiyete arasında ilişki olduğunu belirtmiştir. Karaman (2011) ise yüksekokul mezunlarının anksiyete düzeylerinin yüksek olduğunu belirtmiştir. Araştırma, bu yönüyle çalışmamızdan farklılık göstermektedir.

Aile üyelerinin çalışma durumunun anksiyete ve sosyal destek düzeyleri ile aralarında istatistiksel olarak bir fark olduğu; çalışan aile üyelerinin aile desteği, arkadaş desteği, özel kişi desteğini ve sosyal desteği toplamda çalışmayanlara göre daha yüksek düzeyde algıladığı görülmektedir. Çalışan aile üyeleri, çalışmayanlara göre sosyal hayatın içinde daha fazla yer almakta ve daha çok kişiyle tanışabilmekte ve farklı sosyal gruplara dahil olabilmektedir. Aynı zamanda aile içinde fikirlerine daha çok saygı duyulmakta ve aileye finansal açıdan destek sunabilmektedir. Bu sebeplerle, çalışan aile üyelerinin daha fazla sosyal destek algılaması beklendik bir sonuçtur. Alan yazın incelendiğinde çalışmamıza benzer sonuçlara rastlamak mümkündür. Gündüz (2019), ve Taş (2019) çalışmayanların çalışanlara göre sadece aileden algıladığı sosyal desteğin, çalışanlara göre daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Taş (2019), bunun sebebini, çalışan insanların bakım verdikleri kişilere yeterince zaman ayırmamasından kaynaklı olduğunu belirtmiştir. Coşkun (2014) ise çalışma ile sosyal destek arasında ilişki olmadığını belirtmiştir. Anksiyete düzeyleri incelendiğinde ise, çalışmayanların durumluk ve sürekli anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Alan yazında benzer sonucu paylaşan çalışmalara rastlamak mümkündür (Avcı, 2013; Karaman, 2011).

Aile üyelerinin mesleklerine göre anksiyete ve sosyal destek düzeyleri ile aralarında istatistiksel olarak bir fark olduğu; memurların aile desteği, arkadaş desteği, özel kişi desteğini ve sosyal desteği toplamda diğer mesleklerden daha yüksek düzeyde algıladığı görülmektedir. Anksiyete düzeyleri incelenecek olursa, serbest meslekle uğraşan katılımcıların durumluk kaygı düzeylerinin, çalışmadığını belirten katılımcıların ise sürekli anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir.

Aile üyelerinin ekonomik durumuna bakıldığında zaman katılımcılar kendilerini genelde ekonomik olarak orta düzeyde şeklinde tanımlamıştır. Orta düzeyde ekonomik duruma sahip aile üyelerinin arkadastan, özel birinden ve toplamda algıladığı sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Zamani, Ziaie, Lakeh ve Leili

(2019), orta düzeyde ekonomik duruma sahip olanların arkadaş desteğini daha düşük düzeyde algıladığını ifade etmiştir. Orta düzeyde ekonomik durumun düşük düzeyde ekonomik duruma göre sosyal destek algısının yüksek düzeyde algılandığını ifade eden çalışmalar da mevcuttur (Aslan Batmaz, 2016; Gündüz, 2019). Ekonomik durumla anksiyete düzeyi arasındaki ilişkiye bakıldığında ise düşük ekonomik duruma sahip aile üyelerinde durumluk ve sürekli anksiyete düzeylerinin yüksek çıktığı görülmektedir. Uslu (2011), düşük gelir düzeyinin anksiyeteyi artırdığını belirtmiş ve bu sonuç araştırma sonucumuzu desteklemektedir. Sayar (2019) ise farklı olarak ekonomik durumla anksiyete arasında ilişki olmadığını belirtmiştir.

Geniş ailede yaşayan aile üyelerinin çekirdek ailede yaşayanlara göre arkadaş desteği, özel kişi desteği ve sosyal destek toplamından algıladıkları düzeyin daha yüksek olduğu görülmektedir. Geniş ailede aile üyelerinin birlikte daha fazla vakit geçirmeleri ve özel zamanlarında birbirlerinin yanında bulunmalarının bu duruma sebep olabileceği düşünülmektedir. Geniş ailede, aile üyelerinin birlikte daha fazla vakit geçirmeleri ve özel zamanlarında birbirlerinin yanında bulunmalarının bu duruma sebep olabileceği düşünülmektedir. Alan yazında bu sonuçtan farklı olarak, Tel (2011), çekirdek ailede yaşayanların geniş ailede yaşayanlara göre daha yüksek düzeyde sosyal destek algıladıkları sonucunu paylaşmıştır. Aynı zamanda geniş ailede yaşayanların durumluk anksiyete düzeylerinin de çekirdek ailede yaşayanlara göre daha yüksek çıktığı da görülmektedir. Yine geniş ailede yaşayan aile üyeleri hastalarını kaybettikleri zaman aile içerisinde kendilerine yüklenecek yeni sosyal rolleri (ailenin en büyüğü olmak, karar verici olmak, aileyi toparlamak gibi) üstlenmek adına da kaygı duyabileceklerdir.

Aile üyelerini hastaya yakınlık derecesine göre sosyal destek ve anksiyete puanları incelendiğinde babaların aileden, arkadaştan, özel bir kişiden ve toplamda algıladığı sosyal destek düzeyinin diğer aile üyelerine göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Paparrigopoulos ve ark., (2006) eşlerin anksiyete düzeyinin yüksek olduğunu belirtirken, Opuş (2015), anne babaların anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir.

Anne ve babalarıyla yaşayan aile üyelerinin durumluk anksiyete düzeyleri yüksek bulunmuştur. Kardeşi ile yaşayanların aileden ve özel bir kişiden yüksek düzeyde destek algıladığı, eşi ve çocuğuyla yaşayanların arkadaştan ve diğer kişilerle yaşayanların ise sosyal desteği toplamda yüksek algıladığı saptanmıştır. Ayar (2018), araştırmanın sonucundan farklı olarak, eşi ve çocuğuyla yaşayanların sosyal desteği toplamında yüksek algıladıklarını belirtmişlerdir.

Aynı zamanda bu araştırmanın sonucuna göre eşi ve çocuğu ile yaşayanların durumluk anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir.

Sosyal destek almadığını ifade eden aile üyelerinde destek algılamayışının nedeni olarak arkadaşlık ilişkilerinin zayıf olmasını belirtenlerin; aile desteği ve özel kişiden daha yüksek düzeyde sosyal destek algıladığı görülmektedir. Arkadaşlık ilişkilerini yürütemeyen kişilerin desteği ailelerinden ya da özel birinden algılaması beklendiği bir sonuçtur. Sosyal çevresi dar olduğu için sosyal destek algılamadığını belirten aile üyelerinin ise arkadaş desteğini daha yüksek algıladığı görülmektedir. Arkadaşlık ilişkileri zayıf olan aile üyelerinin sürekli anksiyete düzeylerinin de yüksek olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda sosyal destek ve anksiyete arasında bir zayıf güçlükte pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir. Sosyal destekle birlikte çok zayıf da olsa anksiyetenin de arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Literatür incelendiğinde genellikle sosyal desteğin artmasının anksiyete düzeyini düşürdüğü çalışmalara rastlanmaktadır (Bozdağ, 2018; Chiou ve ark., 2009; Arkin, 2017; Yahyaoğlu, 2019).

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Sivas Numune Hastanesi Genel Yoğun Bakım Ünitesinde yatan 206 hastanın en az 6 ay beraber yaşayan birinci dereceden yakını olan aile üyeleriyle yapılan bu araştırmada; hastaların yarısından fazlası kadın, üçte biri nörolojik sistem bozukluğu tanılı, yarısından fazlasının 65 ve üzerinde, yarısından fazlasının emekli, okur yazar olan olmayan hasta sayısının eşit, yarısından fazlasının Anestezi Yoğun Bakım Ünitesinde yattığı ve mekanik ventilasyon desteği aldığı, üçte birinin bilinç düzeyinin konfüze olduğu, yarısından fazlasının yoğun bakım ünitesine ilk kez yattığı ve daha önce bakım ihtiyacı olmadığı, bakım ihtiyacı olanlar için bu sürenin daha çok 1-3 yıl arasında olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Hasta yakınının;

- %73,3'ünün erkek, %34,0'ünün 45-54 yaş grubunda olduğu, %68,0'inin il merkezinde yaşadığı, %50,5'inin çalıştığı, %50,5'inin ilköğretim mezunu olduğu, %60,7'sinin ekonomik düzeyinin orta düzey olarak değerlendirdiği, %60,2'sinin geniş aile tipine sahip olduğu, %69,9'unun hastanın çocuğu olduğu, %60,2'sinin diğer aile bireyleri ile yaşadığı, %67,0'sinin 11 yıl ve üzerinde hastayla beraber yaşadığı, tamamının hasta hakkında bilgi aldığı, 49,0'unun alınan bilgiyi yeterli bulduğu, %43,7'sinin prognozu bilmek istediği, %78,2'sinin sosyal destek aldığı, %37,0'sinin kopuk aile bağları dolayısıyla sosyal destek almadığı (Tablo 2),

- 25-34 yaş arası aile üyelerinin aileden, arkadaştan ve toplamda algıladığı sosyal destek düzeyinin, 35-44 yaşları arasındaki aile üyelerinde ise özel kişi sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğu (Tablo 3),

- Erkeklerin durumluk anksiyete düzeyi, özel kişi desteği ve toplamda algıladıkları sosyal destek düzeyleri yüksek; kadınların sürekli anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğu (Tablo 4),

- Yükseköğretim mezunlarında sosyal destek ölçeğinin aile desteği düzeyi, arkadaş desteği düzeyi, özel kişi desteği düzeyi ve toplam sosyal destek puan ortalamalarının yüksek olduğu, eğitim durumu ile durumluk ve sürekli anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı (Tablo 5),

- Çalışan aile üyelerinde aile desteği düzeyi, arkadaş desteği düzeyi, özel kişi desteği düzeyi ve toplam algılanan sosyal destek düzeyinin; çalışmayan aile üyelerinde ise durumluk anksiyete ve sürekli anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu (Tablo 6),

- Memur aile üyelerinde aile desteği, arkadaş desteği, özel kişi desteği ve sosyal destek puanlarının daha yüksek; serbest çalışan aile üyelerinde durumluk anksiyete, çalışmayan aile üyelerinde ise sürekli anksiyete puanının daha yüksek olduğu (Tablo 7),

- Ekonomik durumunu iyi ve çok iyi olarak belirten aile üyelerinin aile desteği, özel kişi desteği ve toplamda sosyal destek puanının, ekonomik durumunu kötü olarak belirten aile üyelerinin ise durumluk anksiyete puanının daha yüksek olduğu (Tablo 8),

- Geniş ailede yaşayan aile üyelerinin durumluk anksiyete, arkadaş desteği, özel kişi desteği ve toplamda sosyal destek puanlarının yüksek olduğu (Tablo 9),

- Hastaya yakınlık derecesi göre babaların durumluk anksiyete puanı ile aile desteği, arkadaş desteği, özel kişi desteği ve toplam sosyal destek puanlarının daha yüksek olduğu (Tablo 10),

- Anne ve baba ile yaşayan aile üyelerinde durumluk anksiyete puanının, kardeşi ile birlikte yaşayan aile üyelerinde aile desteği ve özel kişi desteği puanının, eş ve çocuğu ile birlikte yaşayanlarda arkadaş desteği puanının daha yüksek olduğu (Tablo 11),

- Sosyal destek almama nedenini arkadaşlık ilişkilerinin zayıf olmasına bağlayan aile üyelerinde sürekli anksiyete puanının, aile desteği puanının ve özel kişi desteği puanının daha yüksek; sosyal çevrenin dar oluşuna bağlayan aile üyelerinde ise arkadaş desteği puanının daha yüksek olduğu (Tablo 12),

- Sosyal destek almadığını belirten aile üyelerinde ise sürekli anksiyete puanının daha yüksek olduğu (Tablo 13) saptanmıştır.

- Bu çalışmada aile üyelerinin hasta ile birlikte yaşadığı süre ve yaşadıkları yere göre anksiyete ve sosyal destek puanları incelendiğinde durumluk kayđı, sürekli kayđı ve sosyal destek ölçeği ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

-Aile üyelerinin durumluk anksiyete ile sürekli anksiyete, arkadaş desteği ve toplam sosyal destek puanları arasında zayıf güçlölükte, pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmaktadır. Arkadaştan algılanan sosyal desteğin, aileden algılanan sosyal destek ile arasında orta güçlölükte; özel kişiden algılanan destek ile aileden algılanan destek arasında, arkadaştan algılanan destek arasında orta güçlölükte pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmaktadır. Toplam algılanan sosyal destek ile aileden, arkadaştan ve özel kişiden algılanan sosyal destek arasında kuvvetli (yüksek) güçlölükte pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 14).

6.2. Öneriler

Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler getirilmiştir.

Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin;

-Hastaya bütüncül bakım yaklaşımıyla hasta yakınlarıyla iş birliği yaparak onları hastanın durumu hakkında bilgilendirmesi ve danışmanlık yapması,

-Hastanın aile üyelerinin gereksinimlerini belirleyerek, anksiyete ve sosyal destek durumunu değerlendirmesi,

- Hastanın tedavi ve bakımından sorumlu olan sağlık ekibi üyelerinin, ailenin ihtiyaç duyduğu zaman ulaşabileceği bir iletişimi sürdürmesi,

-Farklı tanı ve yaş gruplarında yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların ailelerinde anksiyete ve sosyal desteğin araştırılması,

-Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların aileleri ile anksiyete ve sosyal desteği değerlendiren nitel tipte çalışmaların yapılması,

-Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların cinsiyete göre anksiyete ve sosyal desteklerini belirleyen çalışmaların yapılması,

-Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların aile üyelerinin anksiyete belirtilerini tanımasına ve sosyal destek kaynaklarını etkin kullanmasına yönelik eğitimlerle farkındalık kazandırılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

- Adam, S.K., Osborne, S. (2009). Chapter 1: The critical care continuum, Chapter 2: The critical care environment p. 1-40 In: Sheila KA, Sue O, editors. Oxford Handbook of Critical Care Nursing. London: Oxford Medikal Publications.
- Adams, J.A., Anderson, R.A., Docherty, S.L., Tulsy, J.A., Steinhauer, K.E., Bailey Jr, D. E. (2014). Nursing strategies to support family members of ICU patients at high risk of dying. *Heart & Lung: The journal of acute and critical care*, 43(5), 406-415.
- Adsay, E., Dedeli, Ö. (2015). Yoğun Bakım Ünitesinden Taburcu olan Hastaların Yoğun Bakım Deneyimlerinin Değerlendirilmesi. *Yoğun Bakım Dergisi*, 1(6), 90-97.
- Ahraz, M. (2018). Koroner Anjiyografi Sonrası Koroner Arter BypassGraft Cerrahisi Önerilen Hastalarda Hemşirenin Eğitici Hasta Danışmanlığı Rolünün Hastanın Anksiyete ve Cerrahi Kararına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Akpir, K. (2010). Yoğun Bakım Temel İlkeleri. Tüzüner F (Ed.). Anestezi, Yoğun Bakım, Ağrı. 1. Baskı, 1199-208. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.
- Aktaş, Y., Baysan Arabacı, L. (2016). Yoğun bakımda hasta ve ailesiyle iletişim. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*; 1: 39-43
- Al-Mutair, A.S., Plummer, V., Clerehan, R., O'Brien, A. (2013). Families' needs of critical care Muslim patients in Saudi Arabia: a quantitative study. *British Association of Critical*
- Ançel, G. (2007) Cerrahi- Dahiliye Hastasına Psikososyal Yaklaşım (s. 3-155) İçinde: Nalan A, Sibel Eİ, Gülsüm A, Ayla SA, editörler. Hemşirelik Bakım Planları (Dahiliye- Cerrahi Hemşireliği ve Psikososyal Boyut) Kitabı. Ankara: Birlik Matbaası.
- Anderson, W.G., Arnold, R.M., Angus, D.C., Bryce, C.L. (2009). Passive decision-making reference is associated with anxiety and depression in relatives of patients in the intensive care unit. *J Crit Care*; 24:249-54. *Care Nurses*; 19(4): 185-195.
- Aras, A., Tel, H. (2009). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *Tur Toraks Dergisi*, 10, 63-68.
- Ardahan, M. (2006). Sosyal destek ve hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2), 68-75.

- Arslantaş, H., Adana, F., Kaya, F., Turan, D. (2010). Yatan hastalarda umutsuzluk ve sosyal destek düzeyi ve bunları etkileyen faktörler. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 18(2), 87-97.
- Aslaner, M.A. (2014). Acil Servise Kritik Hasta Başvurusu ve Yoğun Bakım Yatışlarının Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı Uzmanlık Tezi, Ankara.
- Avcı, G. G., Türker, S., Çifçi, M., Sürücü, Ş. (2013). Yoğun Bakım Hemşirelerinin İş Yükünün Belirlenmesi. *Yoğun Bakım Dergisi*, 4, 21-24.
- Avcı, S. (2013). Yoğun Bakımda Hasta Yakınlarının Durumluk ve Sürekli Kaygıları ile Yaşam Doyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı Uzmanlık Tezi, Erzurum.
- Ayaz, S., Efe, S. Y., Korukoğlu, S. (2008). Jinekolojik kanserli hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler, *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 28: 880-885.
- Aykin, Ç. (2013). Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Ailelerin Gereksinimleri, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Azoulay, E., Pochard, F., Chevret, S., Lemaire, F., Mokhtari, M., Le Gall, J. R., Schlemmer, B. (2001). Meeting the needs of intensive care unit patient families: a multicenter study. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 163(1), 135-139.
- Bahar, A. (2007). Ölüm Sürecinde Olan Hasta: Terminal Bakım ve Hospis. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, Cilt:2, Sayı:6
- Bahçivan, G., Sütçüççek, H., Tangül Özcan, C. (2011). Yoğun bakımda yatan hasta ve yakınlarıyla iletişim. *İç Hastalıkları Dergisi*, 18, 117-122.
- Bal, U., Çakmak, S., Uğuz, Ş. (2013). Anksiyete bozukluklarında cinsiyete göre semptom farklılıkları. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(4), 441-459.
- Başak, T., Uzun, Ş., Arslan, F. (2010). Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılıklarının incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 52(2), 76-81.

- Başer, Z. (2006). Aileden algılanan sosyal destek ile kendini kabul düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi. Unpublished masters thesis, Atatürk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum.
- Baughman, O. L. (1994). Rapid diagnosis and treatment of anxiety and depression in primary care: the somatizing patient. *Journal of Family practice*, 39(4), 373-379.
- Beesdo, K., Pine, D. S., Lieb, R., Wittchen, H. U. (2010). Incidence and risk patterns of anxiety and depressive disorders and categorization of generalized anxiety disorder. *Archives of general psychiatry*, 67(1), 47-57.
- Beesley, S. J., Hopkins, R. O., Holt-Lunstad, J., Wilson, E. L., Butler, J., Kuttler, K. G., Hirshberg, E. L. (2018). Acute physiologic stress and subsequent anxiety among family members of ICU patients. *Critical Care Medicine*, 46(2), 229.
- Beğer, T. (2004). Yoğun bakımda dekübit ülserleri; risk faktörleri ve önlenmesi. *Yoğun Bakım Dergisi*, 4(4), 244-253.
- Belzung, C., Griebel, G. (2001). Measuring Normal and Pathological Anxiety-Like Behavior İn mice: A Review. *Behavior Research and Therapy*. 125:141-149.
- Berkson, O.E. (2003). Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları. Ankara: Turgut Yayınları.
- Bijttebier, P., Vanoost, S., Delva, D., Ferdinande, P., Frans, E. (2001). Needs of relatives of critical care patients: perceptions of relatives, physicians and nurses. *Intensive Care Med*; 27:160-165
- Bozdağ, F. (2018). Kardiyak cerrahi yoğun bakım ünitesinde çocuğu olan annelerde anksiyete, depresyon, algılanan sosyal destek ve yaşam doyumu, Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri.
- Bruhn, J. G., Philips, B. U. (1984). Measuring social support: A synthesis of current approaches. *Journal of behavioral medicine*, 7(2), 151-169.
- Castillo, M. I., Cooke, M. L., Macfarlane, B., Aitken, L. M. (2016). Trait anxiety but not state anxiety during critical illness was associated with anxiety and depression over 6 months after ICU. *Critical care medicine*, 44(1), 100-110.
- Chen, Z., Fan, V. S., Belza, B., Pike, K., Nguyen, H. Q. (2017). Association between social support and self-care behaviors in adults with chronic obstructive pulmonary disease. *Annals of the American Thoracic Society*, 14(9), 1419-1427.

- Chiou, C.J., Chang, H.Y, Chen, I.P., Wang, H.H. (2009). Social support and caregiving circumstances as predictors of caregiver burden in Taiwan, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48: 419-424.
- Choi, J., Donahoe, M. P., Zullo, T. G., Hoffman, L. A. (2011). Caregivers of the chronically critically ill after discharge from the intensive care unit: Six months' experience. *American Journal of Critical Care*, 20(1), 12-23.
- Choi, J., Hoffman, L. A., Schulz, R., Ren, D., Donahoe, M. P., Given, B., Sherwood, P. R. (2013). Health risk behaviors in family caregivers during patients' stay in intensive care units: a pilot analysis. *American Journal of Critical Care*, 22(1), 41-45.
- Cochran, J., Ganong, L.H. (1989). A comparison of nurses' and patients' perceptions of intensive care unit stressors. *J Adv Nurs*; 14:1038-43.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American psychologist*, 59(8), 676.
- Cohen, S., Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*, 98(2), 310.
- Coşkun, H. (2014). Yoğun Bakım Ünitesinde Hastası Yatan Aile Üyelerinin Gereksinim ve Beklentilerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya.
- Coulter, MA. (1989). Critical Care Family Needs İnventory (CCFNI) The Needs of Family Members of Patients İn İntensive Care Units. *Intensive Care Nurs.* ;5(1):4-10.
- Çapa Görgöz, A. (2015). Terapötik Tactile Touch Uygulamalarının, Yoğun Bakımdaki Hastaların Korku, Kaygı ve Ağrı Düzeyine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Dedeli, Ö., Akyol, A.D. (2005). Yoğun bakım sendromu. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 9(1-2):20-27.
- Dinkçi, M.D. (2015). Erişkin Yoğun Bakım Ünitesinde Takip Edilen Yetmişbeş Yaş Üzeri Hastaların Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Doğan, T. (2016). Psikolojik belirtilerin yordayıcısı olarak sosyal destek ve iyilik hali. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(30).

- Eker, D., Arkar, H. (1995). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*; 34:45-55.
- Erdoğan, N. (2019). Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Yakınlarının Gereksinimleri ve Stresle Baş Etme Tarzlarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Nevşehir Hacı Bektaş Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Nevşehir.
- Esen, H., Kan Öztürk, Z., Badır, A., Eti Aslan, F. (2010). Entübe ve sedatize yoğun bakım hastalarının pozisyon verme ve aspirasyon sırasındaki ağrı davranışları. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2):89-93.
- Fergé, J. L., Le Terrier, C., Banydeen, R., Kentish-Barnes, N., Derancourt, C., Jehel, L., Mehdaoui, H. (2018). Prevalence of Anxiety and Depression Symptomatology in Adolescents Faced With the Hospitalization of a Loved One in the ICU. *Critical care medicine*, 46(4), e330-e333.
- Frivold, G., Slettebø, Å., Dale, B. (2016). Family members' lived experiences of everyday life after intensive care treatment of a loved one: a phenomenological hermeneutical study. *Journal of Clinical Nursing*, 25(3-4), 392-402.
- Guindon, S., Cappeliez, P. (2010). Contributions of psychological well-being and social support to an integrative model of subjective health in later adulthood. *Ageing International*, 35(1), 38-60.
- Gündüz, F. (2019). Kanserli hasta ve bakım verenlerinin, algıladıkları sosyal destek ile umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Aydın.
- Güngör, S. (2019). Gürültünün Genel Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Yaşam Bulguları ve Kaygı Düzeyleri Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana.
- Gürkan, A. (2009). Bütüncül yaklaşım: yoğun bakımda hastası olan aile üyeleri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 13(1), 1-5.
- Halter, M. J., Varcarolis, E. M. (2014). *Varcarolis' Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing*. Elsevier Health Sciences.
- Hendryx, M., Green, C.A., Perrin, N.A. (2009). Social support, activities, and recovery from serious mental illness: STARS study findings. *The journal of behavioral health services & research*, 36(3), 320-329.
- Hintistan, S., Nural, N., Öztürk, H. (2009). Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların deneyimleri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 13(1), 40-46.

- İşeri, Ö. (2010). Yoğun Bakım Ünitesinde Hastası Olan Aile Bireylerinin Gereksinimlerinin Aile Bireyleri ve Hemşireler Tarafından Algılanma Durumu. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
- Johnson, C. C., Suchyta, M. R., Darowski, E. S., Collar, E. M., Kiehl, A. L., Van, J., Hopkins, R. O. (2019). Psychological Sequelae in Family Caregivers of Critically-Ill Intensive Care Unit Patients: A Systematic Review. *Annals of the American Thoracic Society*, (ja).
- Kaplan, H., Sadock, B. (2004). Klinik psikiyatri kitabı, (Çev. Abay, E.), Ankara: *Nobel Tıp Kitapevi*, S;189-219
- Karakoç Kumsar, A., Taşkın Yılmaz, F. (2013). Yoğun bakım ünitesinin yoğun bakım hastası üzerindeki etkileri ve hemşirelik bakımı, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*;10 (2): 56-60
- Karaman, Z. (2011). Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Yakınlarının Anksiyete ve Depresyon Açısından Değerlendirilmesi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı Uzmanlık Tezi, Ankara.
- Karamustafalıoğlu, O., Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2), 65-74.
- Kool, M., Geenen, R. (2012). Loneliness in patients with rheumatic diseases: the significance of invalidation and lack of social support. *The Journal of Psychology*, 146: 229-241.
- Korkmaz, T., Tel, H. (2010). Koah“lı hastalarda anksiyete, depresyon ve sosyal destek durumunun belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13:2
- Koszalinski, R. S., Heidel, R. E., McCarthy, J. (2019). Difficulty envisioning a positive future: Secondary analyses in patients in intensive care who are communication vulnerable. *Nursing & health sciences*.
- Köse, H. (2019). Hastaların hemşirelik bakımını algılayışları ile sosyal destekleri arasındaki ilişkinin incelenmesi: Bingöl ili örneği, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.
- Köse, I., Zincircioğlu, Ç., Öztürk, Y. K., Çakmak, M., Göldoğan, E. A., Demir, H. F., Gonullu, M. (2016). Factors affecting anxiety and depression symptoms in relatives of intensive care unit patients. *Journal of intensive care medicine*, 31(9), 611-617.

- Kutlu L. (2007). Yoğun bakım ünitelerinde sağlık ekibi üyeleri, hasta ve yakınları ile iletişim. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 11(1), 35-41.
- Lee, Y.K., Lau, Y. L. (2003). Immediate needs of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong. *Journal of clinical nursing*, 12(4), 490-500.
- Liu, L., Gou, Z., Zuo, J. (2016). Social support mediates loneliness and depression in elderly people. *Journal of health psychology*, 21(5), 750-758.
- Livesay, S., Gilliam, A., Mokracek, M., Sebastian, S., Hickey, J. V. (2005). Nurses' perceptions of open visiting hours in neuroscience intensive care unit. *Journal of nursing care quality*, 20(2), 182-189.
- Malecki, C.K., Demaray, M.K. (2006). Social support as a buffer in the relationship between socioeconomic status and academic performance. *School Psychol Quart* 21: 375-395.
- Maruiti, M.R., Galdeano, L.E., Dias Farah, O.G. (2008). Anxiety and depressions in relatives of patients admitted in intensive care units. *Acta Paul Enferm*; 21: 636-42.
- Monkul, S., Alkın, T., Onur, E. (2006) Panik bozukluğun patogenezi. Tükel R, Alkın T (ed.) "Anksiyete bozuklukları"ndan, 1. Baskı, Ankara: Pozitif Matbaacılık, s.69-98.
- Morris, J. A., Feldman, D. C. (1996). The dimensions, antecedents, and consequences of emotional labor. *Academy of management review*, 21(4), 986-1010.
- Oktan, V. (2005). Yalnızlık ve algılanan sosyal destek düzeyinin ergenlerdeki öfkenin gelişimine etkisi. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 21(21), 183-192.
- Olsen, K.D., Dysvik, E., Hansen, B.S. (2009). The meaning of family members' presence during intensive care stay: a qualitative study. *Intensive and critical care nursing*, 25(4), 190-198.
- Opuş, B. (2015). Yoğun Bakım Hastalarının Akut Fizyolojik Durum Değişiklikleri ile Hasta Yakınlarında Görülen Anksiyete ve Uyku Bozukluğu İlişkisi. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı Uzmanlık Tezi, Konya.
- Öz, F. (2004). Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Özgürsoy, B. N., Akyol, A. D. (2008). Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların ailelerinin gereksinimleri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 12(1), 33-38.

- Öztürk, E. (2019). Yoğun Bakımda Hastası Olan Aile Bireylerinin Gereksinimlerinin Karşlanması ile Memnuniyet Düzeyleri Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu.
- Paparrigopoulou, T., Melissakib, A., Efthymiou, A., Tsekoua, H., Vadalab, C., Kribenib, G., Pavlouc, E., Soldatos, C. (2006). Short-term psychological impact on family members of intensive care unit patients, *Journal of Psychosomatic Research*, 61 719 – 722
- Payen, J.F., Bosson, J.L., Chanques, G., Mantz, J. Labarere. J. (2009). Pain assessment is associated with decreased duration of mechanical ventilation in the intensive care unit. *Anesthesiology*, 111:1308-16.
- Pearson, R.E. (1990). Counseling and Social Support. Sage Publications, London, 22.
- Pengilly, J. W., Dowd, E.T. (2000). *Hardiness and social support as moderators of stress. Journal of Clinical Psychology*, 56 (6), 813-820.
- Peter D. Sottile, MD; Ylinne Lynch, MD; Meredith Mealer, PhD; Marc Moss, MD, (2016) Association Between Resilience and Family Member Psychologic Symptoms in Critical Illness, *Crit Care Med.* Aug;44(8):e721-7
- Pochard, F., Darmon, M., Fassier, T., Bollaert, P. E., Cheval, C., Coloigner, M., Azoulay, E. (2005). Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study. *Journal of Critical Care*, 20(1), 90–96. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2004.11.004>.
- Reblin, M., Uchino, B. N. (2008). Social and emotional support and its implication for health. *Current opinion in psychiatry*, 21(2), 201.
- Reevy, G.M., Maslach, C. (2001). “People’s Use of Social Support: Gender and Personality Differences”. *Sex Roles*, 44, 437-459.
- Rückholdt, M., Tofler, G. H., Buckley, T. (2017). The impact of hospitalisation on a visiting family member: a case study and discussion. *Australian Critical Care*, 30(3), 182-185.
- Sağlık Bakanlığı Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi (2008/53) <https://www.saglik.gov.tr/TR,10979/yogun-bakim-unitelerinin-standartlari-genelgesi-200853.html>

- Sayar, G. (2019). Yoğun Bakım Ünitesi Ekipmanları ile İlgili Eğitimin Hasta Yakınlarının Kaygı Düzeyine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Stuart, G.W. (2013). Principles and Practide of psychiatric nursing. Ss;189-219.
- Şahin, G., Buzlu, S. (2016). Yoğun Bakım Ünitelerinde Anksiyeteye Yönelik Hemşirelik Bakımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 20(1):65-9
- Şahin, N. H., Batıgün, A. D., Uzun, C. (2011). Anksiyete bozukluğu: Kişilerarası tarz, kendilik algısı ve öfke açısından bir değerlendirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12(2), 107-113.
- Şahinoğlu, A. H. (1992). Yoğun bakım sorunları ve Tedavileri. Ankara: Türkiye Klinikleri Yayınevi.
- Tekinsoy, P. (2005). Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Hastaların Refakatçilerinin Gereksinimlerinin Saptanması. Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.
- Tel, H., (2017). Yoğun Bakım Hemşireliği. Yoğun Bakımda Aile Merkezli Yaklaşım. Durmaz Akyol, A. (Ed.), Medikal Sağlık ve Yayıncılık, İstanbul, 355-365.
- Teno, J. M., Mor, V., Ward, N., Roy, J., Clarridge, B., Wennberg, J. E., Fisher, E. S. (2005). Bereaved family member perceptions of quality of end-of-life care in US regions with high and low usage of intensive care unit care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(11), 1905-1911.
- Terzi, B., Kaya, N. (2011). Yoğun bakım hastasında hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Dergisi*, 1, 21-25.
- Tok, G. (2008). Anestezi Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Yakınlarında Görülen Anksiyete ve Depresyon Semptomlarının Değerlendirilmesi, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı Uzmanlık Tezi, Manisa.
- Torun, N. (2019). Uzun Süreli Yoğun Bakım Ünitesinde Hastası Olan Ailelerin Deneyimleri: Nitel Bir Çalışma. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 9(3), 127-133.
- Townsend, M. C. (2012) Ruhsal Sağlık ve Ruhsal Hastalık. Özcan, C. T., Gürhan, N. (Editörler), Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri (S:67). Ankara: Akademisyen Kitabevi (ISBN: 978-605-9942-41-6).

- Tunçay, G.Y., Uçar, H. (2010). Hastaların yoğun bakım ünitesinin fiziksel ortam özelliklerine ilişkin görüşleri. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2010;33-46.
- Turner-Cobb, J. M., Smith, P. C., Ramchandani, P., Begen, F. M., Padkin, A. (2016). The acute psychobiological impact of the intensive care experience on relatives. *Psychology, Health & Medicine*, 21(1), 20-26.
- Türedi, D. (2011). Yoğun Bakım Hastalarının Akut Fizyolojik Değişikliklerinin Hasta Yakınlarının Psikolojileri Üzerine Etkileri, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı Uzmanlık Tezi, Adana
- Ullman, A. J., Aitken, L. M., Rattray, J., Kenardy, J., Le Brocque, R., MacGillivray, S., Hull, A. M. (2015). Intensive care diaries to promote recovery for patients and families after critical illness: A Cochrane Systematic Review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(7), 1243-1253.
- Uslu, H. (2011). Kalp yetersizliği olan hastaların ve bakım verenlerin anksiyete-depresyon düzeyleri ve yaşam kalitelerinin belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Antalya: Akdeniz Üniversitesi.
- Uzar Özçetin, Y. S. Hiçdurmaz, D. (2015). İhmal Edilen Bir Gerçek: Duyusal Problemlerin Yoğun Bakım Hastalarına Etkileri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2(2), 75-81.
- Uzbay, İ. T. (2002). Anksiyetenin nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5(1), 5-13.
- Ünver, V. (2003). Yoğun bakım ünitesinde hastası olan ailelerin gereksinimlerinin saptanması. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*;7(2):75-81
- Van Horn, E. ve Tesh, A. (2000). The effect of ICU admission on family members: stress and responses. *Dimensions of intensive care nursing*, 19 (4), 40-49.
- Verhaeghe, S., Defloor, T., Van Zuuren, F., Duijnste, M. Grypdonck M. (2005). The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing* 14, 501–509
- Videbeck, S. (2011). Mood Disorders and Suicide. *Psychiatric-Mental Health Nursing*.
- Wetzig, K., Mitchell, M. (2017). The needs of families of ICU trauma patients: an integrative review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 41, 63-70.
- Williams, C. M. (2005). The identification of family members' contribution to patients' care in the intensive care unit: a naturalistic inquiry. *Nursing in critical care*, 10(1), 6-14.

- Wood, G. J., Chaitin, E., Arnold, R. M. (2017). Communication in the ICU: Holding a family meeting. *Up To Date*.
- Yahyaoglu, S. (2019). The effects of social support, differentiation of self and locus of control on anxiety, Master Thesis, Institute of Social Sciences, Özyeğin University, İstanbul.
- Yalçın, İ. (2015). İyi oluş ve sosyal destek arasındaki ilişkiler: Türkiye’de yapılmış çalışmaların meta analizi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 26(1), 21-32.
- Yıldırım, İ. (2005). Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin Revizyonu. Eğitim Araştırmaları. *Eurasian Journal of Educational Research*, 17, 221-236.
- Zamani, P., Ziaie T., Lakeh, N.M., Leili, E.K (2019). The correlation between perceived social support and childbirth experience in pregnant women, *Midwifery*, 75; 146–15, <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.05.002>
- Zaybak, A., Çevik, K. (2015). Yoğun Bakım Ünitesindeki Stresörlerin Hasta ve Hemşireler Tarafından Algılanması. *Turkish Journal of Medical & Surgical Intensive Care Medicine/Dahili ve Cerrahi Bilimler Yogun Bakim Dergisi*, 6(1.)
- Zaybak, A., Güneş, Ü. Y. (2010). Hastaların yoğun bakım deneyimlerinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 26(2), 17-26.
- Zengin, N. (2010). Konfor kuramı ve yoğun bakım ünitesinin hasta konforuna etkisi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 14(2):61-66

8. EKLER

EK-1 Bilgilendirilmiş Olur Formu

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Aile Üyelerinde Anksiyete ve Sosyal Destek Durumunun Belirlenmesi” dir

Bu araştırmanın amacı, Sivas Numune Hastanesi Genel Yoğun Bakım Ünitesi’nde yatan hastaların aile üyelerinde anksiyete ve sosyal destek durumunun belirlenmesidir. Ayrıca bu çalışma aile merkezli bakım yaklaşımıyla bu zor süreçte aile üyelerinin de yaşadığı duyguların ve destek gereksinimlerinin belirlenmesi, uygun yardım ve desteğin sağlanması açısından önem kazanmaktadır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmada sizden istenen, araştırmacı tarafından size yöneltilen sorulara eksiksiz ve düşüncenize uygun cevabı vermenizdir. Araştırmada yer alacak sizin gibi gönüllülerin sayısı 206’dır. Çalışma yaklaşık 20 dakika sürecektir ve araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir.

Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen istenen, araştırmacının sorularına uygun ve doğru cevap vermektir. Çalışmada yaş, meslek, cinsiyet, ekonomik durum, hasta ile yakınlık dereceniz gibi tanıtıcı özelliklerinizi belirleyen 18 soru sorulacaktır. Bununla beraber anksiyete durumunuzu belirlemek için 40 soru, sosyal destek durumunuzu belirlemek için de 12 soru sorulacaktır ve toplamda 20 dakikalık bir süre planlanmaktadır.

Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Sizin için beklenen yararlar yaşadığınız duyguların ve destek gereksinimlerinin belirlenmesi, uygun yardım ve desteğin sağlanması, bu süreci daha sağlıklı nasıl atlatabileceğiniz açısından önem kazanmaktadır.

Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen durumlar vb. için 05388199159 numaralı telefondan araştırmacı hemşire Havva KANAK’a başvurabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında çalışma programını aksatmanız durumunda sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

EK-2 Kişisel Bilgi Formu

Hastanın;

1. Tıbbi Tanısı:
2. Eşlik eden başka sağlık sorunu var mı?
Evet (.....) Hayır
3. Yaşı:
4. Cinsiyeti: Kadın Erkek
5. Mesleği:
6. Eğitimi durumu:
Okur-yazar değil Okur-yazar İlköğretim Lise Yüksek öğretim
7. Yoğun bakım ünitesine kabul tarihi:
8. Görüşmenin yapıldığı tarih:
9. Hangi yoğun bakım ünitesinde yatıyor?
Anestezi yoğun bakım Dahili yoğun bakım Nöroloji yoğun bakım
10. Mekanik ventilasyon desteği alıyor mu?
Evet Hayır
11. Hastanın bilinç düzeyi nasıl?
Bilinci açık Bilinci Kapalı Sedatize Konfüze
12. Yoğun bakıma yatış şekli:
Servisten yatış Acil yatış

Hasta Yakınının;

1. Yaşı:
2. Cinsiyeti:
Kadın Erkek
3. Nerede yaşıyorsunuz?
İl merkezi İlçe Kasaba Köy
4. Eğitim durumu:
Okur-yazar değil Okur-yazar İlköğretim Lise Yüksek öğretim
5. Çalışıyor musunuz?
Evet Hayır
6. Mesleği:
7. Ekonomik durumunuz nasıl?
Çok iyi İyi Orta Kötü Çok Kötü
8. Aile Tipi:
Çekirdek Geniş Parçalanmış Diğer
9. Hastaya yakınlık derecesi:

Eş Çocuk Anne Baba Kardeş

10. Ailede birlikte yaşadığı kişiler:

11. Ne Kadar Süredir Hasta ile Birlikte Yaşıyorsunuz:

12. Daha önce bir yakınınız yoğun bakım ünitesine yattı mı?

Evet (Kaç kez.....) Hayır

13. Hastanız hastaneye yatmadan önce bakım ihtiyacı var mıydı?

Evet (Ne kadar süredir bakım ihtiyacı vardı?.....) Hayır

14. Hastanızın durumu hakkında bilgi aldınız mı?

Evet Hayır

15. Hastanızın durumu hakkında aldığınız bilgiyi ne düzeyde yeterli buluyorsunuz?

Yeterli Kısmen Yeterli Yetersiz

16. Hastanızın durumu hakkında neleri bilmek istersiniz:

17. Sizce hastanın yoğun bakımda yattığı süreç boyunca diğer aile üyelerinden veya arkadaş-akrabalardan yeterli destek alıyor musunuz?

Evet Hayır

18. Cevabınız hayır ise neden:

EK-3 Durumluluk-Sürekli Kaygı Ölçeği

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

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

DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ – Devamı

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüznü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

EK-4 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Aşağıda 12 cümle ve her birinde de cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz.

1-İhtiyacım olduğunda yanımda olan özel bir insan var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

2-Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim özel bir insan var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

3-Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

4-İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

5-Beni gerçekten rahatlatan özel bir insan var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

6-Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olamaya çalışırlar.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

7-İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

8-Sorunlarımı ailemle konuşabilirim.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

9-Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

10-Yaşamımda duygularıma önem veren özel bir insan var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

11-Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

12-Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

İZİNLER

EK-5 Girişimsel Olmayan Klinik Uygulamalar Etik Karar Formu

	CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU
---	---

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Aile Üyelerinde Anksiyete ve Sosyal Destek Durumunun Belirlenmesi
-----------------------	---

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı TR-58140 Merkez/Sivas
	TELEFON	0 346 219 10 10 / Dahili: 2092
	FAKS	-
	E-POSTA	gokaek2014@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Havva Tel			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ruh Sağlığı ve Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hemşireliği Anabilim Dalı			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yüksek lisans tezi			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez
İmza:





CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Aile Üyelerinde Anksiyete ve Sosyal Destek Durumunun Belirlenmesi
-----------------------	---

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	ŞİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2019-02/01	Tarih: 20.02.2019		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmann/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmann/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Muhittin Sönmez

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Muhittin Sönmez	Anatomi	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	M. Sönmez
Prof. Dr. Yalçın Karagöz	Biyoistatistik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hatice Özer	Patoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ercan Özdemir	Fizyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E. Özdemir
Doç. Dr. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Binnur Bağcı	Beslenme ve Diyetetik	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğret. Üyesi Mehmet Ataş	Farmasötik Mikrobiyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	M. Ataş
Dr. Öğret. Üyesi Engin Altunkaya	İç hastalıkları	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğret. Üyesi Melih Ülgey	Protetik Diş Tedavisi	Cumhuriyet Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	M. Ülgey

*: Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkanının

Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez

İmza:



T.C.

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

Sayı : 2019/07-46
Konu : Dilekçeniz hakkında

04.07.2019

Sayın Prof. Dr. Havva Tel

Tarafımızca yürütülen, 20.02.2019 tarih ve 2019-02/01 karar numarası ile etik kurulumuzca onaylanan “Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Aile Üyelerinde Anksiyete ve Sosyal Destek Durumunun Belirlenmesi” konulu yüksek lisans tez çalışmasının metod bölümünün uygulama aşamasında belirtmiş olduğunuz “en az iki hasta yakını alınması” koşulu, dilekçenizde belirtmiş olduğunuz gerekçe göz önüne alınarak “en az bir hasta yakını” şeklinde değiştirilmesi etik kurulumuzca görüşülmüş ve uygun bulunmuştur.

Unvanı	Adı Soyadı	Etik Kurul	Uzmanlık Dalı	İmzası
Prof. Dr.	Muhittin SÖNMEZ	Başkan	Anatomi	
Doç. Dr.	Ercan ÖZDEMİR	Raportör	Fizyoloji	
Prof. Dr.	Yalçın KARAGÖZ	Üye	Biyoistatistik	
Doç. Dr.	Hatice ÖZER	Üye	Patoloji	
Doç. Dr.	Gülşay YILDIRIM	Üye	Tıp Tarihi ve Etik	
Doç. Dr.	Binnur BAĞCI	Üye	Beslenme ve Diyetetik	
Dr. Öğr. Üyesi	Mehmet ATAŞ	Üye	Farmasötik Mikrobiyoloji	
Dr. Öğr. Üyesi	Engin ALTINKAYA	Üye	İç Hastalıkları	
Dr. Öğr. Üyesi	Melih ÜLGEY	Üye	Protetik Diş Tedavisi	

EK-6 Kurum İzin Formu



T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SİVAS NUMUNE HASTANESİ



Sayı : 93848782/799

Konu : Anket Çalışması Talebi- Havva KANAK

SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hemşireliği yüksek lisans öğrencisi Havva KANAK'ın "Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Aile Üyelerinde Anksiyete ve Sosyal Destek Durumunun Belirlenmesi" başlıklı Bilimsel Araştırma kapsamındaki anket çalışmasını kişisel verilerin korunması ve bilgi güvenliği kurallarına uyulması kaydıyla 06.05.2019 - 30.08.2019 tarihleri arasında Hastanemizde uygulaması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Op. Dr. Emin Ertan TEMİZÖZ

Başhekim

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı	Havva KANAK
Doğum Yeri ve Tarihi	Trabzon 01/10/1985
Medeni Hali	Evli
Yabancı Dil	İngilizce
İletişim Adresi	Sivas Numune Hastanesi
E-posta Adresi	havvakanak61@gmail.com

Eğitim ve Akademik Durumu

Lise	Düzköy Çok Programlı Lisesi, 2002
Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi, 2007
Yüksek Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi, 2017-2020

İş Tecrübesi

- Trabzon Karadeniz Exceimer Lazer Göz Merkezi Hemşire, 2007-2009
- Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Anestezi Yoğun Bakım Servisi Hemşire, 2009-2011
- Çorum Hitit Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anestezi Yoğun Bakım Servisi Hemşire, 2011-2013
- Sivas İhramcızade İsmail Hakkı Efendi Huzurevi Hemşire, 2014-2014
- Sivas Numune Hastanesi Anestezi Yoğun Bakım Servisi Sorumlu Hemşire,2014-2017
- Sivas Numune Hastanesi Nutrisyon Hemşiresi,2017 Halen devam ediyor
- Üyelikler
- Türk Hemşireler Derneği 2007 yılından itibaren üye