YELİZ ARSLAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2021



T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN HASTALARIN PSİKOSOSYAL BAKIM KONUSUNDA KONSÜLTASYON LİYEZON PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİNE OLAN GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Yeliz ARSLAN

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

Ankara, 2021

T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN HASTALARIN PSİKOSOSYAL BAKIM KONUSUNDA KONSÜLTASYON LİYEZON PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİNE OLAN GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Yeliz ARSLAN

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

Ankara, 2021

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

12.04.2021

Yeliz ARSLAN

TEŞEKKÜR

Çalışmama boyunca bilgi, deneyim, içtenlik ve sabırla yardımcı olan ve değerli katkılarıyla gece-gündüz demeden desteğini esirgemeyen kıymetli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Gülay YAZICI'ya;

Yüksek lisans eğitimi boyunca desteğini esirmeyen değerli hocam Prof. Dr. Nermin GÜRHAN'a;

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'ne, erişkin yoğun bakım ünitelerinde çalışan sorumlu hemşireleri başta olmak üzere değerli meslektaşlarıma, KLP hemşiresi Aycan Kayalar'a ve hastanede çalışan diğer arkadaşlarıma;

Tez dönemi boyunca manevi desteğiyle, sabrıyla yanımda olan değerli eşim Sefa ARSLAN'a, desteğini hiçbir zaman esirmeyen annem Nazife NEGİZ, babam Mehmet Arif NEGİZ'e ve sevgili çocuklarım Anıl Burak ve Mert Alp'e teşekkürü bir borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

ÖZET ..... **iii**

ABSTRACT ivv

KISALTMALAR ve SİMGELER v

TABLOLAR DİZİNİ ..... **vi**

1. GİRİŞ 1

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi 1

1.2. Araştırmanın Amacı 5

1.3. Araştırmanın Soruları 5

2. GENEL BİLGİLER 6

2.1. Yoğun Bakım Ünitesi 6

2.1.1. Yoğun Bakım Ekibi 7

2.1.2. Yoğun Bakım Hemşireliği 7

2.1.3. Yoğun Bakım Ünitesine Gereksinim Duyan Hastalar 9

2.2. Yoğun Bakımdaki Hastalarda Sık Görülen Psikososyal Tepkiler 10

2.2.1. Öfke 10

2.2.2. Anksiyete 11

2.2.3. Spiritüel distres 13

2.2.4. Depresyon 14

2.2.5. Deliryum 15

2.2.6. Uyku yoksunluğu 17

2.3. Psikososyal Bakım 18

2.4. Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliği 20

2.4.1. Klinik rolü 24

2.4.2. Yönetim-İdari rolü 26

2.4.3. Araştırma rolü 26

2.4.4. Eğitim rolü 26
3. MATERYAL VE YÖNTEM 28
3.1. Araştırmanın Şekli 28
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman 28
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 28
3.4. Verilerin Toplanması 29
3.4.1. Veri Toplamada Kullanılan Formlar 29
3.4.2. Veri Toplama Formlarının Uygulanması 30
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi 30
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu 31
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları 31
4. BULGULAR 32
5. TARTIŞMA 41
6. SONUÇ ve ÖNERİLER 45
6.1. Sonuç 45
6.2. Öneriler… 45
7. KAYNAKLAR 46
8. EKLER 58
EK-1. Veri Toplama Formu 58
EK-2. Uzman Görüşü Formu 68
EK-3. Etik Kurul Raporu 69
EK-4. Tez Çalışmasının Yapıldığı Kurum İzni 70
EK-5. Özgeçmiş 71

ÖZET

Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hastaların Psikososyal Bakım Konusunda Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliğine Olan Gereksinimlerinin Belirlenmesi

Bu araştırma, yoğun bakım hemşirelerinin hastaların psikososyal bakım konusunda konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliğine olan gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini, Ankara Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nin erişkin yoğun bakım ünitelerinde çalışan 110 hemşire, örneklemini ise, çalışmaya katılmayı kabul etmiş 80 hemşire oluşturmuştur. Veriler araştırmacı tarafından geliştirilen hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerini ve konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliği gereksinimlerine yönelik soruları içeren iki bölümden oluşan veri toplama formu ile 15 Şubat-15 Aralık 2020 tarihleri arasında toplanmıştır. Veriler SPSS 25 programında frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılarak değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliği gereksinimlerini belirlemeye yönelik soru formundan aldıkları genel bilgi düzey puan ortalamaları 100 puan üzerinden 59.50 (±20.74), psikososyal gereksinimler puan ortalaması 30 üzerinden 22.63 (±10.16), fizyolojik gereksinimler puan ortalaması 30 üzerinden 18.25 (±9.25), KLPH'ye danışma gereksinimi puan ortalaması 40 üzerinden 18.63 (±12.30) olduğu saptanmıştır. Ayrıca psikososyal gereksinimler puanlarının, hemşirelerin öğrenim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($H=6.55$, $p=0.038$). Bu sonuca göre; lise-ön lisans mezunu hemşirelerin puan ortalamasının (30.00±0.00), yüksek lisans mezunu hemşirelere göre (17.14±9.51) yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Sonuç olarak, yoğun bakım hemşirelerinin soru formundan aldıkları puan düşüktü ve konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliğine olan gereksinimi belirlemede yetersiz olduğu görülmektedir. Bu nedenle bütüncü hemirelik bakımının sağlanması için psikosoyal bakım konusunda bilgi ve becerilerini artıracak hizmet içi eğitim programlarının ve gereken durumlarda konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliği desteğine başvurabileceği düzenlemelerin geliştirilmesi önerilir.

Anahtar Kelimeler: Yoğun bakım hemşiresi, psikososyal bakım, konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliği.

ABSTRACT

Determination of Intensive Care Nurses' Needs for Consultation-Liaison Psychiatric Nursing in Psychosocial Care of Patients

This study was conducted descriptively to determine the needs of intensive care nurses for consultation-liaison psychiatric nursing in psychosocial care of patients. The universe of the study was composed of 110 nurses working in adult intensive care units of Ankara Gazi University Health Research and Application Center, and the sample consisted of 80 nurses who agreed to participate in the study. The data were collected between February 15 and December 15, 2020 with a two-part data collection form developed by there searcher, which includes questions about the socio-demographic characteristics of nurses and their consultation liaison psychiatric nursing needs. The data were evaluated using frequency, percentage, mean and standard deviation in SPSS 25 program.

The average score of the general knowledge level obtained by the nurses participating in the study from the questionnaire for determining the consultation liaison psychiatric nursing needs was 59.50 (± 20.74) out of 100 points, the psychosocial needs average score was 22.63 (± 10.16) out of 30, physiological needs points. It was found that the mean score was 18.25 (± 9.25) out of 30, and the mean score of needing to consult KLPH was 18.63 (± 12.30) out of 40. In addition, it was found that psychosocial needs scores differed statistically significantly according to the educational status of the nurses ($H = 6.55$, $p = 0.038$). According to this result; It was observed that the average score of nurses with a high school or associate degree (30.00 ± 0.00) was higher than that of nurses with a master's degree (17.14 ± 9.51) ($p < 0.05$).

As a result, the score that the intensive care nurses got from the questionnaire was low and it was observed that consultation liaison was in sufficient in determining the need for psychiatric nursing. For this reason, in order to provide holistic nursing care, it is recommended to develop in-service training programs that will increase their knowledge and skills in psychosocial care and regulations where they can apply for consultation-liaison psychiatric nursing support when necessary.

Keywords: Intensive care nurse, psychosocial care, consultation-liaison psychiatric nursing.

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

YBÜ : Yoğun Bakım Ünitesi

KLP : Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi

KLPH : Konsültasyon LiyezonPsikiyatri Hemşireliği

REM : Hızlı Göz Hareketi

NREM : Hızlı Olmayan Göz Hareketi

BDT : Bilişsel Davranışçı Terapi

SPSS : Statistical Packagefor Social Sciences

Ss : Standart Sapma

U : Mann-Whitney U Testi

H : Kruskal Wallis-H Testi

Bkz : Bakınız

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Psikolojik bakım düzeyleri 19

Tablo 2. Konsültasyon Çeşitleri 25

Tablo 3. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Yönelik Bulgular 32

Tablo 4. Hemşirelerin Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliği Gereksinimlerine Yönelik Soru Formuna Verdikleri Doğru Cevap Dağılımları 34

Tablo 5. Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliği Gereksinimlerine Yönelik Hemşirelerin Bilgi Düzeyleri 35

Tablo 6. Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliği Gereksinimlerine Yönelik Hemşirelerin Soru Formuna Verdikleri Yanıtların Dağılımları 35

Tablo 7. Hemşirelerin Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliği Gereksinimlerine Yönelik Soruların genel puan ortalamasının Sosyo-Demografik Özellikler ile karşılaştırılması 36

Tablo 8. Hemşirelerin Psikososyal Gereksinimler Puanlarının Sosyodemografik Özellikler ile Karşılaştırılması 37

Tablo 9. Hemşirelerin Fizyolojik Gereksinimler Puanlarının Sosyo-Demografik Özellikler ile Karşılaştırılması 39

Tablo 10. Hemşirelerin KLPH'ye Danışma Gereksinimi Puanlarının Sosyo-demografik Özellikler ile Karşılaştırılması 40

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Yoğun bakım ünitesi (YBÜ), ciddi fiziksel hastalığa sahip olan hastalara tedavi ve bakımında, komplikasyonların önlenmesinde kesintisiz sağlık hizmeti veren birimdir (1). Yoğun bakım ünitelerine yatışı yapılan hastaların organ yetmezliğine bağlı solunum disfonksiyonu için mekanik ventilasyon, kalp disfonksiyonu için inotroplar, intra-aortik balon pompası vb, renal fonksiyon bozukluğu nedeniyle diyaliz veya kardiyak arrestten sonra beyin fonksiyonlarının düzelmesine yönelik hipotemi gibi destekleyici tedaviye ihtiyaç duyan kritik bakım gerektiren ya da sepsis, travma, kanser, şok, pnömoni, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kalp yetmezliği, diyabet vb.hastalıklara sahip olduğu belirtilmektedir (2-5). Fiziksel hastalıklara bağlı YBÜ'ye yatışı yapılan hastalarda uzun süre mekanik ventilasyonabağlı kalma, hareketsizlik, sedatize olma, sepsis ve ajitasyon gibi nedenlere bağlı olarak pulmoner, nöromüsküler, fiziksel ve psikiyatrik komplikasyonlar sık görülmekle birlikte hastaların hayatta kalmalarının sağlanmasının ötesinde bu komplikasyonların önlenmesi ve yönetilmesi hedeflenmelidir (1).

Fiziksel hastalıklar bireyin sosyal, çevresel ve ruhsal dengesini bozarak uzun süre devam ettiğinde hastalarda psikososyal tepkiler gelişebilir (2, 6). Fiziksel hastalıklarda sık görülen psikososyal tepkiler, genellikle öfke, anksiyete, spiritüeldistres, depresyon, deliryum ve uyku yoksunluğu olarak belirtilmektedir (7-12). Alaca ve arkadaşlarının yoğun bakımda yaptıkları bir çalışmada, 100 hastanın 47'sinde ansiyete, 72'sinde depresyon bulunduğunu saptamıştır (13). Yoğun bakım hastalarında görülen psikososyal tepkilerin nedenleri hayati risk altında olma, yoğun bakımın çevresel özellikleri, iletişim kuramama, izolasyon, tedavi ve uygulamalar, fiziksel kısıtlamalar, hasta mahremiyetinin korunamaması, bilgi eksikliği, yatış süresinin uzaması, güvenli hissetmeme gibi faktörler sayılabilir (13-16). Psikososyal tepkiler sonucunda hastalarda bağışıklık sisteminin zayıflamasına bağlı daha yavaş iyileşme, hasta durumunu değerlendiren sağlık ekibinin hastayı yoğun bakımda izleme kararına bağlı daha fazla yoğun bakımda kalma ve öz bakım faaliyetlerinde işbirliği yapmama gibi durumlar gözlenmektedir (17). Bununla birlikte hastalar

psikososyal tepkilere yönelik yeterli psikososyal destek alamadığında YBÜ'de olduğu gibi YBÜ sonrası taburculuk döneminde de bu sıkıntıları yaşamaya devam etmektedirler (18). Herridge ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada YBÜ'den taburcu olduktan sonra hastalarda psikososyal tepkilerin 5 yıla kadar devam ettiği saptanmıştır (19). Bu yüzden hastalarda yoğun bakımda yatış sürecinde ve taburculuk sonrasında da devam eden psikososyal tepkilerin tespit edilmesi önem taşımaktadır (13, 19, 20). Hastaların tedavi sürecinde psikososyal tepkilerin tespitinde, 7/24 hasta başında tedavi ve bakım yapan hemşirelerin (5, 21), farkındalığı önem arz etmektedir (22). Psikososyal tepkilerin tespiti, hemşirelerin hastalara psikososyal bakım verme yaklaşımına engel oluşturma bakımından önemlidir. Hemşirelerin kaliteli hasta bakımında bütüncü yaklaşımın ayrılmaz parçası olan psikososyal bakım anlayışını vazgeçilmez bir bakım fonksiyonu olarak kabul etmeleri gerekmektedir (23).

Hastaların psikososyal gereksinimine yönelik hemşirelik bakımı, Hemşirelik Yönetmeliği'nde (24) yoğun bakım hemşirelerinin "Yoğun bakım hastaları ile hasta yakınlarının psikososyal problemlerine uygun hemşirelik yaklaşımını sağlar." ifadesi ile vurgulanmaktadır. Aynı şekilde yönetmelikte belirtilen yoğun bakım hemşireliği tanımında; "Yoğun bakım hemşiresi, karmaşık ve yaşamı tehdit edici problemleri olan hastaların tanılamasını yapmak, hastaları sürekli izlemek, kaliteli ve ileri yoğun bakım ve tedavi girişimleri uygulamak, hasta ve yakınları ile terapötik ilişki kurmak, koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici girişimleri uygulamaktan sorumlu hemşiredir." ifadesinden bakımın psikososyal boyutuna dikkat çekilmektedir (24). Hemşireler hastaları bütün olarak ele almalı ve bakım gereksinimlerini bu doğrultuda planlamalıdır. Hemşireler YBÜ'lerde hastaların psikososyal bakımına yönelik bilgi verme, görüşme, dinleme, empati, psikososyal gereksinimleri tanımlama-giderme, stresle başetme, terapotik ilişki vb gibi müdahaleleri içeren girişimleri uygulayabilmelidir (25). Efil ve arkadaşlarının YBÜ hastaları ile yaptıkları çalışmada, hastalarla etkin iletişim kurma, her girişim öncesi ve hastalığı ile ilgili bilgilendirme yapma, ziyaret sıklığının artırılması gibi uygulamalar sonucunda hastaların daha uyumlu olduğu ve anksiyete seviyelerinin azaldığı gözlemlenmiştir (26). Yapılan çalışmalarda yoğun bakım hemşirelerinin hasta yakınlarına ziyaret kısıtlanması gibi uygulamalarda sorunlar yaşadığı ve bu durumun hastalarda öfke gibi psikososyal tepkilere neden olduğu görülmektedir (9, 13). Yoğun bakım

hemşirelerinin hastaların stres etmenlerini doğru tanımlayabilmeleri de oldukça önemlidir (27). Alaca'nın yaptığı çalışmada yoğun bakım hastalarının hastalığa yakalanma nedenlerini "dini duygulara (ceza, sınav, kader)" bağladıklarını (%55), hemşirelerin ise bu durumun nedeni olarak hastaların "yaşadığı stres/üzüntü"' ye (2, 34) bağlı olarak geliştiğini belirtmektedir (28). Zaybak ve Çevik'in yaptığı çalışmada hemşireler ve hastalar tarafından algılanan stresörlerin genellikle farklılık göstermesi bakımından her iki grup içinde algılanan stresörlerde ilk sırayı "ağız ve burundaki tüpler" olarak belirtildiği, ikinci sırayı hastalar "mahremiyetin olmaması" olarak belirtirken hemşirelerin "ağrı" olarak belirttiği, üçüncü sırayı ise hastalar "çok sıcak ya da soğuk bir odada bulunma" olarak belirtirken hemşirelerin "ölüm korkusu" şeklinde belirtmesi deneyimlenen stres faktörlerinin benzerlikleri yanında farklılıkların olması hemşirelerin doğru tespitte bulunamadıklarını göstermektedir (27). Aktaş'ın çalışmasında hemşirelerin, "tedaviye direnç gösteren hastalarda, entübe ve aynı zamanda bilinci açık olan hastalar daha çok ajite olduğu için onları anlamada" zorlandıklarını belirtmektedir (29). Özçetin'in çalışmasında yoğun bakım hastasını "psikolojik destek gerektiren hasta" olarak belirten hemşire oranı %6 olarak saptanmıştır (30). Aksoy ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hemşirelerin %96.7'sinde psikososyal bakım bilgisinin yetersiz olduğu, %80.4'ünün psikososyal bakıma zaman ayıramadığı saptanmıştır (23). Literatüre bakıldığında hemşirelerin hastaların psikososyal bakım gereksinimleri tanıma ve gidermede problem yaşadığı, bunun nedenleri arasında yapılan araştırmalarda da belirtildiği gibi hemşirelerin psikososyal bakım konusunda bilgi eksikliği (23, 31), iş yükü (23, 32, 33) nedeniyle hasta bakımına yeterince odaklanamadıkları, hastalarla iletişim konusunda zorlandıkları (29, 34, 35) yer almaktadır. Hemşirelerin zorlandığı psikososyal bakım konusunda yapılan araştırmalar sonucunda da, konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliğinden (KLPH) işbirliğine dayalı destek almaları önerilmektedir (13, 23, 29, 32, 34, 36).

Konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliği; fiziksel sorunlar nedeniyle sağlık sistemine başvuran hasta ve ailelerin, ruh sağlığının korunmasından tedavi, bakım ve rehabilitasyonuna kadar olan süreçte ortaya çıkan psikososyal sorunları tanımlayan ve izleyen aynı zamanda hemşirelere psikiyatri alanında danışmanlık hizmeti vererek eğitilmelerini sağlayan psikiyatri hemşireliğinin bir üst uzmanlık alanıdır (37). Konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliği, hastaların yakın takip edilmesinde ve

psikososyal bakımında rol alırken, hemşirelere ise hastanın psikososyal bakımında dikkat edilmesi gereken konularda, psikiyatrik ilaç yan etkileri ve psikososyal bakım ile ilgili bilgilendirme yapar (37). Aynı zamanda KLPH, hemşirelere psikososyal tepkileri gösteren hasta davranışlarını öğretme ve yaklaşım geliştirme becerisine dönüştürmesinde yardımcı olmaktadır (38). Sharrock ve Happell'in KLPH hizmetlerini tanıtmak amacıyla yaptığı çalışmada, psikososyal tepkilerin tespit edilen hastalara KLPH tarafından danışmanlık, hasta ve ailesinin eğitimi, bakım planı geliştirme, ekip üyelerine rehberlik gibi toplamda 1323 müdahale bulunulduğu belirtilmektedir (39). Alberto ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, KLPH'nin 387 hastaya uyguladığı müdahaleler sonrasında (hasta değerlendirme, hasta-ailesinin eğitimi ve desteği, invaziv girişimlerde ve tedavide hasta güvenliği, ağrı yönetimi) yoğun bakımlarda; hastaların kalış süresinin azaldığı, mortalitenin azaldığı, diğer servislere geçişlerin kolaylaştığı saptanmıştır (20). Barbetti ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada YBÜ'de KLPH'nin, taburcu ve servise sevk olan hastanın izlemi ve eğitim rolüyle; yoğun bakımdan eve veya başka servise geçişte anksiyete yaşayan hasta ve aile üyelerine destek olarak uyumlarını kolaylaştırdığı, yönetim ve idari rolüyle diğer servislerle irtibat kurarak trakeostomili hastaların takibinin yapılması ve böylece hasta güvenliğinin sağlanmasını, hastanın psikososyal bakımına yardım etmesiyle hasta uyumunu sağladığını ve yoğun bakım hemşirelerinin girişim yapabilmesini kolaylaştırdığı gibi görevleri belirtilmektedir (40).

Ancak literatüre bakıldığında, YBÜ'de hemşirelere, hasta ve aile üyelerine KLPH uygulamalarına yönelik çok az örneğe rastlanmaktadır (20, 40). Bu durumun nedeni KLPH biriminin önemine karşın hastanelerde yeterince kurumsallaşmaması ve KLPH birimi olan kurumlarda ise hemşirelerin bu birim hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması (23, 31) olarak değerlendirilebilir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma yoğun bakım ünitesi hemşirelerinin hastaların psikososyal bakım konusunda konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliğine olan gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

1. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler konsültasyon liyezon hemşireliğine gereksinim duymakta mıdır?

2. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin demografik özellikleriyle hastaların psikososyal bakım gereksinimlerini fark etme arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yoğun Bakım Ünitesi

Yoğun bakım üniteleri, bir ya da daha fazla organ veya organ sistemlerinde ciddi işlev bozukluğu nedeniyle yoğun bakım gereksinimi olan hastaların iyileştirilmesini amaçlayan, fiziksel alt yapısı ve konumu itibariyle hasta bakımı açısından özellik taşıyan, ileri teknolojiye sahip cihazlarla donatılmış, yaşamsal göstergelerin izlendiği, hasta takip ve tedavisinin 24 saat esasına dayalı olarak kesintisiz sağlandığı birimlerdir (41). Yoğun bakım üniteleri; yatak kapasitesi, kabul ve tedavi edeceği hastaların özelliği ve klinik durumu, sahip olduğu fiziki şartlar, bulundurulması zorunlu uzmanlık dalları ve uzman tabip sayısı, tabip dışı personel sayısı ve niteliği, tıbbi araç-gereç ve donanım standartları ile bünyesinde faaliyet gösterdiği sağlık tesisinin statüsü gibi ölçütler dikkate alınarak seviyelendirilir. Bu nedenle yoğun bakım üniteleri üç seviyeye ayrılmıştır (41):

I. Seviye: Yaşamsal risk doğurabilecek tıbbi durumların yakın takip edildiği, invaziv olmayan monitörizasyon yöntemlerine sahip, temel destek tedavilerin ve ilk stabilizasyonun sağlanabildiği, gerektiğinde ilgili kliniklerin içinde de yapılandırılabilen, ikinci veya üçüncü seviye yoğun bakım servislerine hasta transferi yapabilen birimlerdir. Günün her saatinde, serviste beş yatağa kadar bir hemşire/sağlık memuru (ilave her beş yatak için bir hemşire/sağlık memuru ayrıca ilave edilir) hizmet vermektedir.

II.Seviye: Temel monitörizasyon ve temel destek tedavilerin yanında, invaziv monitorizasyon ve tedavilerin de yapılabildiği, üçüncü seviye yoğun bakım servislerine hasta transferi yapabilen yoğun bakım servisleridir. Günün her saatinde, serviste her üç yatak için en az bir hemşire/sağlık memuru hizmet vermetedir.

III. Seviye: Çoklu organ işlev bozukluğu gibi tüm komplike hastaların kabul edildiği, solunum desteği, renalreplasman tedavisi, plazmaferez gibi destek tedavilerin sağlanabildiği, en üst düzeyde tıbbi bakım ve tedavi hizmeti verilen yoğun bakım servisleridir. Günün her saatinde, serviste her iki yatak için en az bir hemşire/sağlık memuru hizmet vermektedir.

Yoğun bakım ünitelerinin dolu yatak kapasitesi, o birime hasta ihtiyacının optimum düzeyde olduğuna dair gösterge olması yönüyle hastalıkların zamanında müdahale edilerek kaliteli sağlık bakım hizmetinin uygulanması önem arz etmektedir (42). YBÜ hasta tedavi ve bakımını en üst seviyeye taşımada hastanelerin en dinamik ve teknoloji bakımından en donanımlı birimi olması yanında, hastaları olumsuz etkileyen gürültü, aydınlatma, ortam sıcaklığı ve çok çeşitli tedavi uygulamalarından kaynaklı fizyolojik ve psikososyal sorunları da beraberinde getirmektedir (43). Bu durumda hastalar; monitörizasyon, ventilatör, infüzyon setleri, foley sondalar gibi çeşitli araç gereçlerin oluşturduğu fiziksel kısıtlamayla birlikte kendini ifade edememe, ağrılı girişimler, yakın çevresinden ayrılma, yabancı ortam ve yeterli bilgilendirilmemeye bağlı olarak anksiyete, depresyon, deliryum ve öfke gibi psikososyal tepkiler yaşayarak bu durumlarla baş etmede zorlanabilmektedir (44). Bu konuda baş etmede zorlanan hastaların sağlık ekibi tarafından fark edilmesi ve değerlendirilmesi gereklidir (45).

2.1.1. Yoğun Bakım Ekibi

Yoğun bakım hastalarının birden fazla ihtiyaçlarına yönelik ayrıntıları göz ardı etmeden, tedavi ve bakımını planlamada farklı uzmanlıklara ihtiyaç duyulmaktadır. Hastaların bu gereksinimlerinin karşılanmasında hekim ve hemşire dışında diğer sağlık ekibi olarak, eczacılar, diyetisyenler, fizyoterapistler, psikologlar, hasta bakıcı gibi profesyoneller yer almaktadır (46-48). Yoğun bakım ekibinin diğer üyelerinden farklı olarak yoğun bakım hemşireleri, hastaların sağlığı ve gidişatındaki değişiklikleri yakından gözlemleyen ve bildiren, doğrudan hasta bakım ve tedavisine dahil olarak yoğun bakım ekinin merkezini oluşturmaktadırlar (48).

2.1.2. Yoğun Bakım Hemşireliği

Sağlık ekibinin önemli üyesi olan yoğun bakım hemşirelerinin, yönetmelikte tanımı “Yoğun bakım hemşiresi, karmaşık ve yaşamı tehdit edici problemleri olan hastaların tanılamasını yapmak, hastaları sürekli izlemek, kaliteli ve ileri yoğun bakım ve tedavi girişimleri uygulamak, hasta ve yakınları ile terapötik ilişki kurmak, koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici girişimleri uygulamaktan sorumlu

hemşiredir.” şeklinde yer almaktadır (24). Yoğun bakım hemşireleri bireyin fiziksel, sosyal ve psikolojik sağlığını birlikte değerlendirip, sürdürmede yardımcı olan ve aynı zamanda terminal dönemdeki hastanın acı çekmeden ölüme hazırlığını yapmaktadır (49, 50). Yaşam ve ölüm arasını YBÜ'de sık tanık olan yoğun bakım hemşireleri (51); hastanın mahrem, hassas, savunmasız, zayıf anlarında onların yalnızlık, ümitsizlik, acı ve kederli duygularıyla karşılaşmaktadır (52). Hemşireler hastanın bu duyguları karşısında yeterli cevap bulmada zorlandıkları için hastalarla iletişim kurmaktan kaçma eğilimine yatkın olabilmektedir (53). Aktaş'ın çalışmasında yoğun bakım hemşireleri tarafından iş yoğunluğu nedeniyle hastalarla konuşmaya vakit ayıramadıklarındave yoğun bakımdaki diğer hastaların kötüleşmesi durumuna tanık olduklarında, hastaların olumsuz hissetmeleri belirtilmektedir. Aynı zamanda hastanın sağlık durumunun kritik olması da hemşirelerin eğilimini, hastanın içinde bulunduğu duygusal ve psikososyal gereksinimlerinden ziyade fizyolojik bakımına yoğunlaştırmaktadır (29). Özçetin'in çalışmasında öncelik sırasına göre yoğun bakım hastalarının gereksinimlerine ilişkin hemşireler tarafından fizyolojik gereksinimler %79 olarak belirtilmektedir (30). Yoğun bakım hemşirelerinin fizyolojik bakım sorumluluğu yanında yönetmelikte şu şekilde belirtilen "Yoğun bakım hastaları ile hasta yakınlarının psikososyal problemlerine uygun hemşirelik yaklaşımını sağlar." ifadesiyle psikososyal bakım sorumluluğuna da dikkat çekilmektedir (24). Hastaların psikososyal bakım gereksinimlerinin karşılanması, hastayla iletişim kurma, hasta ve ailesinin psikososyal ihtiyaçlarının farkında olma gibimüdahalelerle sağlanabilir (54). Bu farkındalığın önündeki engeller psikososyal bakım ihmalini doğurduğu ve çalışmalarda bunun nedenleri arasında yoğun bakım hemşirelerinin iş yükü fazlalığı, acil müdahaleye aktif katılımları, psikososyal bakım konusunda yeterince bilgi ve beceriye sahip olmamaları gösterilerek, bakımın fiziksel boyuttan öteye gidemediğini belirtilmektedir (29, 31, 32, 50). Bu durumdan olumsuz etkilenen hastaların psikososyal bakım gereksinimlerinin giderilmesinde, hemşirelik uygulamalarının geliştirilmesi ve ekibin psikososyal bakım konusunda bilgilendirilmesi önerilmektedir (55).

2.1.3. Yoğun Bakım Ünitesine Gereksinim Duyan Hastalar

Yoğun bakım üniteleri ayrıntılı gözlem ve tedaviden fayda görebilecek hastaların izlendiği ve en çok organ yetmezliklerine yönelik hastaların yatarak tedavi gördüğü birimlerdir (56). Yoğun bakıma akut veya kronik hastalık durumuna bağlı yatışı yapılan hastaların spesifik patofizyolojik özelliklere sahip nöroendokrin, metabolik ve nöromusküler değişikliklerden kaynaklanan klinik komplikasyonlar, sık hastaneye yatış ve buna bağlı olarak mortalite riski ortaya çıkmaktadır (57). Araujo ve arkadaşları tarafından iki büyük hastanenin yoğun bakımlarında yapılan çalışmada yoğun bakıma yeniden yatış nedenlerini kardiyo pulmoner arrest, nörovasküler nüksler, sepsis, pnömoni ve yeniden yatışa bağlı görülen mortalite oranını %48.5 ve %69 olarak bulunmuştur (4). Yoğun bakıma yatışa kabul edilen her hastanın o andaki kritik durumunu çoklu müdahalelerle düzeltme, hayatta kalmasını sağlama gibi hedefler yanında oluşabilecek risklere karşı hastanın sağlık sonuçlarının iyileştirilmesi de önem taşımaktadır (58). En sık yatış nedenlerini aşağıdaki gibi sıralayabiliriz (4, 56, 57, 59, 60):

- Sepsis
- Pnömoni
- Şok
- Beyin hasarı
- Myokard İnfarktüsü
- KOAH alevlenmesi
- Aspirasyon pnömonisi
- ARDS
- İntoksikasyonlar
- GİS kanamaları
- Akut Böbrek Yetmezliği
- Metabolik ensefalopatiler

Özellikle yoğun bakım ünitelerinde uzun süre yatan hastalar diğer hastalara göre farklı bir grup olarak yoğun bakımda bazı müdahaleler sonrasında fizyolojik sorunlarla (örneğin; mekanik ventilasyondan ayrılma zorlukları, vücut kütlelerindeki değişiklikler, enfeksiyona artan eğilim) birlikte deliryum, uyku sorunları, halüsinasyonlar ve yüksek düzeyde anksiyete gibi psikososyal tepkiler yaşamaktadır (61).

2.2. Yoğun Bakımdaki Hastalarda Sık Görülen Psikososyal Tepkiler

Yoğun bakım ünitelerinin teknik gelişimiyle birlikte insanları destekleyen fiziksel, sosyal, ruhsal anlamda uyumlu bir çevrenin olması sağlığın gelişmesini ve hastalıklardan korunmayı destekleyebilir (62). YBÜ'de tıbbi araç gereçler hastalara nitelikli tedavi yöntemi sunmasının yanında ürkütücü aşina olunmayan çevre, yaşamı tehdit eden sağlık sorunu, gürültü, yabancı kişiler, izolasyon, sürekli yanan ışıklar, ortam ısısı, yatağa bağımlılık ve ağrılı girişimler gibi birçok faktörler psikososyal tepkilere zemin hazırlamaktadır (9, 27, 38). Bu gibi nedenlerle birden fazla stresörle karşılaşan hastalarda görülen psikososyal tepkiler farklılık gösterebilir. Hastalarda görülen bu tepkiler bireyin psikolojik varlığını korumaya yönelik açığa çıkar (14, 63). Hastalarda sık rastlanılan psikososyal tepkiler öfke, anksiyete, spritüel distres, depresyon, deliryum, uyku yoksunluğu olarak sıralanabilir (14, 21, 27, 38, 59, 63-67). Bu tepkiler hastaların tedaviye uyumunu zorlaştırabilmekte ve yoğun bakımda kalış sırasında görüldüğü gibi bazı hastalarda taburculuklarında da uzun süre devam ederek günlük işlevlerini bozabilmektedir (68, 69).

2.2.1. Öfke

Öfke doyurulmayan arzular, karşılanamayan beklentiler sonucunda verilen duygusal bir reaksiyon olarak diğer duygular gibi belirtildiğinde sağlıklı olabildiği gibi bazen şiddetli bir davranışa dönüşerek ilişkileri ve sağlığı olumsuz etkilemektedir (70). Böyle durumlarda kardiyovasküler hastalıklar, solunum ve kas iskelet sistemi hastalıkları, ağrı şeklinde ortaya çıkmaktadır (71). Öfke durumunda kalp hızında artış, yüksek kan basıncı, kan glikoz düzeyinde yükselme, kas spazmları, yumruk sıkma, yüzde kızarma, el ve ayaklarda tremor, ekstremitelerde seyirme, terleme, vücut ısısında artış hissi, baş ağrısı gibi belirtiler görülmektedir (70, 72). Bu belirtilerle birlikte bireyler öfkelerini içe atma, bastırma ya da kontrol etmeye çalışırken bazıları ise bunu dışa yansıtarak gösterebildiği fakat öfke anında önerilen başetme mekanizması öfkeyi bastırmak yerine nedenini anlamak olduğu vurgulanmaktadır (72). Penne ve Kissane, 2016-2018 tarihlerinde yaptıkları literatür araştırmasında, kanser hastalarının öfke eğilimini %20.2 olarak belirlemiş ve hastalarla iletişimden kaçmamanın, psikososyal müdahalelerin (terapi, gevşeme egzersizleri, eğitim vb.) öfkeyi kontrol etmelerinde yardımcı olduğunu

bildirmektedir. Yoğun bakım hastalarında öfkeye yol açan nedenlerden biri olarak mekanik ventilasyona veya trakeal entübasyona bağlı trakeaya yerleştirilen tüpün larenksi bloke ederek sesi engellemesi sonucu, iletişim kurmada zorlanan hastada sıkıntı ve öfkeye neden olmaktadır (73). Khalaila ve arkadaşlarının çalışmasında YBÜ'de mekanik ventilasyona bağlı ihtiyaçlarını iletemedikleri için hastaların %80 oranında iletişim güçlüğü yaşadığını ve orta–yüksek düzeyde öfke (ort±ss: 3.5±1.7) ve korku (5.4±3.5) deneyimledikleri tespit edilmiştir (59). Bu konuda hemşirelerin hastalara iletişim kurma gibi yardımcı müdahalelerde bulunmaları (74) ve hastanın ihtiyaçlarının farkında olmaları önem taşımaktadır (59).

Öfkeli hastada hemşirelik yaklaşımı aşağıdaki maddeleri içerir (72, 74-79)

- Hastayla konuşurken göz teması kurulmalı
- Kısa, net ve sakin şekilde konuşulmalı
- Hastalarla etkili iletişim kurarak korku ve öfkelerini ifade etmeleri sağlanmalı
- Hemşireler hastaları etkili dinleme ve isteklerine saygı duyma tutumlarıyla hastaların rahatlamasını sağlamalı
- Gevşeme egzersizleri kullanılarak hastaların öfke kontrolünü sağlamada baş etmelerine destek olunmalı
- Hastayla tartışmak yerine sorunu çözmeyi teklif ederek yardımcı olunmalı
- Hasta bakımını iyileştirmek ve istenmeyen sağlık sorunlarını engellemek için öfkeyi tetikleyen nedenler tahmin edilebilmeli
- İletişim becerilerinin yanı sıra hastanın klinik durumunu düşünerek oluşabilecek sorunları engellemek için ilaç verme gibi uygun müdahaleleri belirleyebilmeli
- Hipertansiyon gibi kronik hastalıklarda sık görülen öfke duygusu, hastaların hemşireler tarafından kendi sağlık bakımına katılmaları sağlanarak kontrolüne destek olunmalı
- Öfkeyi kontrol etmeye yardımcı derin nefes alma, hayal kurma gibi rahatlamasını sağlayıcı müdahalelerle önerilerde bulunmalı

2.2.2. Anksiyete

Anksiyete, kaynağı bilinmeyen rahatsızlık veya korku, birey için tehlike olarak algılanan gelecek beklentisi içinde yaşanan endişe verici durumla başa etmek

için önlem almayı sağlayan uyarı sinyalidir (80). Bireyin hafif düzeyde anksiyetesi ruhsal gelişimini sağlarken ileri düzeyde anksiyetesi uyumunu zorlaştıran engelleyici bir işlev olarak görülmektedir (81, 82). Fiziksel hastalıklarda uyumu zorlaştıran tedavi edilmeyen komorbid anksiyete hastalarda yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte ve sağlık hizmeti kullanımını artırmaktadır (83). Nikayin ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada 2880 yoğun bakım hastasında anksiyete prevalansı %32-40 arasında tespit edilmiştir (84). Yoğun bakım ünitesine yatışı yapılan hastaların aileden ayrı kalma, yabancı çevre, ölüm korkusu, ağrılı girişimler, hareketsizlik gibi zor deneyimleri anksiyete yaşamalarına neden olabilmektedir (65, 85). Hastaların zor deneyimlerine örnek olarak mekanik ventilasyona bağlı iken yaşadıkları anksiyeteyi "boğulma, nefes darlığı, yalnız kalma" gibi ifadelerle bildirmektedir (86). Hastalarda görülen anksiyete belirtileri hiperventilasyon, taşikardi, ekstremitelerde titreme, aşırı terleme, ağız kuruluğu, kaslarda gerginlik, konfüzyon, unutkanlık, dikkat ve konsantrasyonda bozulma, uyku problemleri, sinirlilik, endişe vb. şekilde ortaya çıkmaktadır (80, 81, 85). Yoğun bakım hemşirelerinin hastadaki anksiyete belirtilerini sistematik ve rutin şekilde değerlendirmelerinin önemli olduğu görülmektedir (86).

Anksiyeteli hastada hemşirelik yaklaşımıaşağıdaki maddeleri içerir (80, 87-89)

- Hastayla iletişimde uygun ses tonuyla ve net cümleler kurulmalı
- Hastaya yapılan işlemler hakkında yeterli bilgilendirilmesi sağlanmalı
- Uyaranları en aza indirgeyerek sessiz bir ortam oluşturmalı
- Hastaya ne hissettiği sorularak duyguları anlamaya çalışılmalı
- Duygularını açıklaması için hasta teşvik edilmeli ve böylece davranışlarının farkında olması sağlanmalı
- Bazı çalışmalarda da belirtildiği gibi terapotik dokunma, müzik terapi gibi yöntemlerle hastanın anksiyetesini azaltacak müdahaleler de bulunulmalı
- Hastalarda gözlemlenen anksiyete ipuçları olarak fizyolojik (taşikardi, taşipne vb.) ve davranışsal (yüzünü buruşturma, yüz kaslarını germe, huzursuzluk, bakıma direnme vb.) tepkileri izlenmeli ve müdahale edilmeli
- Hastanın varsa korkularına yönelik anksiyeteniz azalana kadar "yakın çevrenizde olacağım" gibi güvence veren konuşma yapılmalı

- Hasta daha önce uygulanan bakımla ilgili rahatsızlık yaşamışsa bir sonraki bakımda hemşirenin bunu tahmin ederek bakım öncesinde ilaç gibi müdahalelerle hastanın rahatlaması sağlanmalı

2.2.3. Spiritüel Distres

Spiritüalite, bireylerin anlam ve amaç arayışında olduğu ve kendisiyle, yakın çevresiyle, toplumla, doğayla, önemli veya kutsal olan ilişkiyi deneyimledikleri dinamik ve içsel bir insanlık yönü olarak tanımlanmaktadır (90). Spiritüel distres, bireyin bulunduğu çevrede değer ve inançlarını tehdit altında hissettiğinde (91) ya da varoluşsal bir kriz yaşadığı durumlarda (anlamsızlık, umutsuzluk vb.) ortaya çıkan dini kaygıları içeren manevi boşluktur (90). İlerlemiş kronik hastalıklarda spiritüel distres yaygın olarak görülmektedir (90). Schultz ve arkadaşları tarafından yapılan çoğunluğu metastatik (evre IV) kanser hastasının oluşturduğu (%60) çalışmada spiritüel distres görülen hasta oranı %23 olarak saptanmıştır (92). Hastalar ölüm, acı çekme ve kayıp gibi olaylar sonrasında spiritüel distres yaşamaktadır (93). Spiritüel gereksinimler umut, sevgi, güvenmek, iletişim, deneyimler, hayatta arayış içinde olma, bağışlama vb. sayılabilir (93). Spiritüel gereksinimleri karşılanmayan hastalarda ağrı, öfke, kendini suçlama, tedaviyi reddetme, değersizlik duygusu yaşama, ümitsiz olma gibi belirtilere rastlanmaktadır (94). Bu belirtileri gösteren hastalarda spirütüel gereksinimlere yönelik spiritüel bakım hemşirelik bakımının bir parçası olarak fizyolojik, psikolojik, sosyal yönüyle bütüncü bakıma odaklanmada önem taşımaktadır (95).

Spiritüel distres durumunda hemşirelik yaklaşımı aşağıdaki maddeleri içerir (91, 94, 96)

- Hemşire empati kurarak hastanın acılarını, korkularını ve endişelerini kabul etmeli
- Hastanın elini tutmak, dinlemek, varsa sahip olduğu dine yönelik uygun aktivitelere olanak sağlanmalı
- Hastaların ifadelerinde dini içerikli kelimeler kullanıp kullanmadığına dikkat edilmeli
- Hemşire hastanın "Neden ben?, Bu bana tanrıdan bir ceza mı?, Bu acıları hak etmedim" gibi ifadelerle spiritüel gereksinimini bu şekilde göstermeye çalıştığının farkında olmalı

- Hasta ziyaretlerine izin vermek ve gerektiğinde hasta yakınlarını bakıma dahil edilmeli
- Ağrılı girişimlerde bulunurken nazik davranılmalı
- Hastanın bakımı öz saygısı desteklenerek yapılmalı

2.2.4. Depresyon

Depresyon, düşük ruh hali, anhedoni, enerji kaybı, düşünme ve karar vermede güçlükler, iştahsızlık, uyku bozuklukları ve özkıyım düşüncesi ile karakterize bir psikolojik bozukluktur (97). Depresyonda dikkat eksikliği, bellekte bozulma, günlük işlevleri yerine getirememe, baş ve sırt bölgesinde ağrı, iştah kaybı, uykuda bozulma, yorgunluk, tedaviye uyumsuzluk, özkıyım düşüncesi gibi belirtilere sık gözlemlenmektedir (97, 98). Depresyon belirtilerine yoğun bakım hastalarında sık rastlanılmaktadır (99). Shdaifat ve Al Qadire yaptıkları çalışmada YBÜ hastalarının %79.6'sında depresyon tespit ettiler (67). YBÜ hastalarında depresyonun tanınması ve tedavi edilmesi, depresyonun taburcu olan hastalarda uzun süre devam ettiği ve prognozu kötüleştirmesi bakımından önem taşımaktadır (100). Rabiee ve arkadaşları inceledikleri çalışmalarda YBÜ hastalarının üçte birinde depresyon belirtilerinin ortaya çıktığı ve 12 ay boyunca kalıcılığının devam ettiği sonucuna varmışlardır (99). YBÜ'ye kabul edilen hastalarda depresyon yaygınlığının nedenleri arasında ağrı, invaziv girişimler (göğüs tüpü, nazogastrik sonda vb.), monitör gibi araç-gereç sesleri, ölüme tanık olma, iletişim eksikliği yer almaktadır (67). Hastaların depresyon gibi psikososyal tepkilerde psikososyal bakım gereksinimlerinin hemşireler tarafından belirlenmesi ve değerlendirilmesi, hayata uyum sağlama ve iyileşmenin hızlanması noktasında önem taşımaktadır (101).

Depresyonu olan hastada hemşirelik yaklaşımı aşağıdaki maddeleri içerir (67, 101,102)

- Hemşire hastaları ilk değerlendirme yaparken davranışlarını tanımalı
- Depresyondaki hastalar yeterli beslenmede isteksiz olduklarından hemşire hastaları yemeklerini bitirmesi için cesaretlendirmeli
- Düşük benlik saygısı depresyonla yakın ilişkili olduğundan hastalar eleştiriye karşı aşırı duyarlı, değersizlik duyguları ve karamsar bakış açısı göstermeleri durumunda hastaya kendine değer duygusunu hissettirerek yardımcı olmalı

- Hastaları güçlü yönlerine ve başarılarına odaklanmasını sağlayarak hastaların değer duyguları artırılmalı
- Hastaların kendileriyle ilgili duygularını ifade etmelerine yardımcı olunmalı
- Hastaları kendi bakımlarına katılmalarına izin verilmeli
- YBÜ'de hasta ziyaretlerine izin verildiğinde depresyonda yalnızlık hissini azaltması bakımından hemşireler değerlendirmelerini bu yönde yapmalı
- Hastaların depresyon riski bakımından düzenli değerlendirilmesi yapılmalı
- Hastaların iletişime geçmeleri sağlanarak bakım ihtiyaçları belirlenmeli

2.2.5. Deliryum

Deliryum, psikososyal tepkiler arasında en çok karşılaşılan, hızlı ilerleyen bilişsel ve algısal bozukluklarla karakterize geçici (103-105) bir akut beyin disfonksiyonu şeklinde tanımlanmaktadır (106). Deliryumla ilişkili YBÜ'de dört temel risk faktörü; daha önce varolan bir demans, hipertansiyon, alkol kullanımı yada kabul sırasında bir hastalığının olması şeklinde sıralanmakta veya bunların dışında koma, benzodiazepin gibi bazı ilaçların kullanımı, hareketsizlik, ağrı, uykusuzluk, sosyal izolasyon durumunda da deliryum tablosu ortaya çıkabilmektedir (107, 108). Deliryum tablosunda olası semptomlar; dikkatsizlik, düzensiz düşünme, bilinç bulanıklığı, yönelim bozukluğu, hafıza bozukluğu, algısal bozukluklar ve psikomotor ajitasyon veya gerileme (109), uyku bozuklukları, korku, anksiyete, öfke, öfori, depresyon, ilgisizlik (107) olduğu belirtilmektedir. Deliryum, uzun süreli mekanik ventilasyon desteği, monitörize olma, fiziksel kısıtlama, uykusuzluk, düşük hemoglobin seviyesi, karaciğer-böbrek yetmezliği, elektrolit dengesizliği, enfeksiyon, hastalıklar, ilaçlar (sedasyon ve opoidlerin kullanımının artması vb.), cerrahi operasyonlar nedeniyle ortaya çıkmaktadır (101, 104, 110). Deliryum tablosunda hasta ajite (hiperaktif deliryum), sakin veya laterjik (hipoaktif deliryum), ya da her iki tür arasında dalgalanma gösterebilmektedir. Hiperaktif deliryum daha çok halüsinasyon ve sanrılarla ilişkili olarak görülürken hipoaktif deliryumda konfüzyon daha çok görülmektedir (107). Hiperaktif deliryumdaki hastalarda kendi kendini ekstübe etme, kataterleri çekme, tedaviyi reddetme gibi sorunlara rastlanırken, hipoaktif deliryumda psikomotor yavaşlama, apati ve azalmış yanıt verme sorunları YBÜ'de daha sık görülmektedir (101, 106). Girard ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 566

YBÜ hastasının %48'inde deliryum geliştiği, bu hastalarında %89 hipoaktif ve %11 oranında hiperaktif deliryum olduğu belirlenmiştir (111). Bode ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise YBÜ'de 277 hastanın 118'inde deliryum tespit edilmiştir (112). Yapılan bir çalışmada YBÜ'de sık rastlanılan deliryumun önlenmesi ve izlemi konusunda hemşirelerin yeterli donanıma sahip olması vurgulanmaktadır (104).

Deliryumda hemşirelik yaklaşımı aşağıdaki maddeleri içerir (104, 110, 113-115)

- Hemşirelerin deliryumdaki hastayı iyi yönetebilmek için gerekli bilgi ve tecrübeye sahip olmalı
- Hasta güvenliğini sağlamada fiziksel tespitte hastanın daha çok ajite olacağı unutulmamalı ve en düşük düzeyde kısıtlama uygulanmalı
- Hemşireler hastalara rahatlatıcı müzik dinleme, kitap, bulmaca ya da gazete gibi imkanlardan faydalanmalarını sağlayabilmeli ve YBÜ'de gereksiz uyaranları azaltarak en uygun ortamı sağlamak için gürültünün azaltılması, gece ve gündüz saatlerinde ışıkların ayarlanması, ortam sıcaklığının ayarlanması ve kesintisiz gece uykusu sağlanmalı
- Yer, zaman ve duruma yöneliminde gerekli bilgilendirme ile çevresiyle verimli iletişiminin sağlanması ve varsa kullandığı işitme cihazı, gözlük sorgulanmalı
- Hemşireler hastanın uyku döngüsünü ve istirahatini bozmamak için gece bakımlarını en aza indirgenmeli
- Parçalanmış uyku deliryumu tetiklediği için hemşirelerin uyku kalitesini iyileştirmeye yönelik uygulamalar geliştirmeli (örneğin; yoğun bakımda hastalara sağlanan kulak tıkacı ile deliryum ve uyku bozukluğunun azaldığı gözlemlenmiştir)
- Hemşire koordinatörlüğünde hastalara uygulanan erken mobilizasyon, yatak içi hareket, oturma, ayakta durma gibi günlük aktiviteler deliryum görülme riskini azalttığı unutulmamalı
- Mekanik ventilasyonla takip edilen hastaların varolan ağrı, ajitasyon gibi müdahale gerektiren durumlarda sedasyon için analjezi veya benzodiazepin olmayan ilaç uygulamalarının deliryum riskini azalttığı ve yoğun bakım ekibi ile bu uygulamaların rutin değerlendirmesi ve takibi yapılmalı

2.2.6. Uyku yoksunluğu

Uyku, merkezi sinir sisteminin çoklu, karmaşık fizyolojik ve davranışsal mekanizmalarını içeren aktif bir süreçtir. Normal uyku iki duruma ayrılır; hızlı göz hareketi (REM), hızlı olmayan göz hareketi (NREM) şeklindedir (116). Toplam uykunun % 25'ini oluşturan REM uykusu hızlı, düşük beyin aktivitesi ile karakterize, hızlı göz hareketleri, düzensiz solunum ve kalp hızı, büyük kas gruplarında görülen atoni veya hipotoni, değişken uyarılma eşiği ile ilişkili evre olup, NREM uykusu derinliğinde ve uyarılma eşiğinde yavaş dalgalarla ilerleyerek bir artış gösteren en derin, dinlendirici ve bellek onarıcı faaliyetleri olan evredir. Uyku bozukluğu genelde bu evrede meydana gelmektedir (117). Tipik olarak gecenin ilk yarısı NREM, ikinci yarısında REM uykusu hakim olmakla birlikte bu evreler döngüsel devam eder ve evrelerin düzenlenmesinde rol oynayan melatonin hormonu geceleri ışık olmadığında maksimum düzeyde seyretmektedir (117). Uyku, temel fizyolojik ihtiyaçlardan biri olarak YBÜ'deki hastaların iyileşmeleri için önemli görülmektedir (118). Yoğun bakımda uyku sorunları sık görülmekle birlikte nedenleri arasında hasta bakım aktiviteleri, aydınlatma, gürültü, tanı prosedürleri, psikoz, ağrı, stres vd. sayılabilmektedir (119). Zayıf uyku, vücutta metabolik, hormonal ve kimyasal dengenin düzenlemesi rolünde bağışıklık, endokrin, dolaşım gibi sistemlerin işleyişini bozarak hastalıklara veya iyileşmenin uzamasına neden olabilmektedir (120). Bu bağlamda uyku yoksunluğunun erken tanınmasına ve etkili klinik izleme yöntemlerinin geliştirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Uykuyu destekleyen ve hastanın iyileşmesine katkı sağlayan bakım müdahalelerinin uygulanmasına ihtiyaç duyulmaktadır (121). Hastaların uyku kalitesini sağlamada bakım müdahalesini gerçekleştirecek olan YBÜ hemşireleri hastalara bireysel olarak özelleştirilmiş uygulamalar gerçekleştirmeye odaklanmalıdır (120).

Uyku yoksunluğunda hemşirelik yaklaşımı aşağıdaki maddeleri içerir (120, 121)

- YBÜ ortamından kaynaklı gürültü konusunda personelin farkındalığı arttırılmalı
- Hastanın uykusunu olumsuz etkileyen çevresel uyaranlar azaltılmalı (örneğin monitör, ventilatör ve diyaliz makinelerinin alarm seviyelerini azaltmak gibi)
- Uyku kalitesinin iyileştirilmesi ve deliryum riskini azaltma ile ilişkilendirilen kulak tıkaçları kullanımı hastalara önerilmeli

- Hastaların dinlenmeye en çok ihtiyaç duyduğu zaman aralığı 02:00-16:00 saatleri arasında olduğu için yeterli sessizlik sağlanmalı
- Gece saatlerinde ışığı azaltmak için arkadan aydınlatmalı ekipman kullanılmalı
- Farmakolojik ajanlar dikkatli kullanılmalı
- Hastalık ve uyku yoksunluğu arasındaki ilişki hakkında yeterli bilgi edinilmeli
- Hastanın ağrısının olmadığından emin olunmalı gerektiğinde uygun analjeziklerle önlem alınmalı
- Hastalar gündüz aktivitelerine yönlendirilerek gündüz uykusu azaltılmalı

YBÜ'de hastalarda görülen psikososyal sorunların yönetiminde tıbbi tedavilere ek olarak psikososyal bakım ve müdahalelere gereksinim duyulmaktadır (122).

2.3. Psikososyal Bakım

Psikososyal bakım hastalara güven ortamı sağlama, rahatlatıcı veya destekleyici müdahaleleri içermektedir. Bu müdahaleler hastaların benlik saygısını yükseltme, umut verici, etkileşimini arttırıcı ve olumsuz yaşam koşullarına karşı güçlenmesini sağlayıcı faaliyetleri içermektedir (123). Yoğun bakım gibi kliniklerde kritik hasta bakımını psikososyal bakımı entegre edebilmek için hemşireler iletişim konusunda eksikliklerini gidererek hasta ve ailesinin gereksinimlerinin farkında olmaları gerekmektedir. Genelde hastalığın fizyolojik etkileri açıkça fark edilebilirken psikososyal etkiler gözden kaçabilmektedir (54). Hemşireler hastaların bakımında psikososyal durumunun gözetimini sürdürmelidir.Hastaların durumunu "Nasıl başa çıkıyor?, İletişiminde ve davranışlarında psikolojik bir belirti var mı?, Başlıca kaygıları nelerdir?" gibi sorularla hemşireler hastalara yardımcı olmada kararlılıkla psikososyal bakımı, bütüncü bakımın bir parçası olarak benimsemesi gerekmektedir (45). Bu bağlamda "Hastayı anlamadan, hastalığı ve tepkileri anlayamayız" ve "Sadece vücut organları ile değil, bir bütün olarak insan varlığı ile uğraşılması gerekir" prensibi temel alınmalıdır (25). Tunmore, Nichols and The Management Advisory Service tarafından oluşturulan psikolojik bakım modeli tanımlanmıştır. Bu model dört düzeyde açıklanmaktadır (Bkz. Tablo- 1) (25, 124).

Tablo 1. Psikolojik bakım düzeyleri.

Psikolojik bakım düzeyleri
Düzey I: Temel iletişim ve tanılama becerileri Bilgi verme, görüşme, dinleme ve empati becerisi, psikolojik gereksinimleri tanıma-sunma, aktarılan problem hakkında bilgili olma
Düzey II: Rutin koruyucu psikolojik bakım Hasta ve ailesinin stresle başetme yeteneği, terapötik ilişki kurabilme, duyguların ifade edilmesini kolaylaştırma, aktarılan problem hakkında bilgili olma
Düzey III: Özelleşmiş psikolojik girişimler Kurumsal modeller ve beceri eğitimlerine dayalı çeşitli psikolojik girişimler, danışman denetimi altında kısa süreli çalışma gibi.
Düzey IV: Terapi Bilişsel terapi, davranışı değiştirme gibi psikoterapi uygulamaları.

Psikolojik bakım birinci düzey becerileri

Hastaların bakış açısını anlayabilmek için empatiyi ifade etmek önemlidir. Empati, hastayı anlamada iletişimin temel kurallarındandır ve sözlü olarak ifade edilebileceği gibi sözsüz olarak da hastanın kültürel yapısına uygunsa eline veya dizine dokunarak, sessiz kalarak ya da iç çekme gibi jestlerle de ifade edilebilmektedir (125). Florence Nightingale'den günümüze kadar hemşireler hemşirelikte iletişim ve etkileşime önem vermektedir. Etkili iletişim yüksek kaliteli hemşirelik bakımı sağlamada ana unsur olarak hasta memnuniyetini ve iyileşmeyi sağlar (126). Hastayla iletişimde paylaşılan bilgilerin anlaşılması hastanın okur-yazar durumuyla yakından ilgilidir. Eğer hasta sınırlı okur-yazarlığa sahipse verilen bilgilerin önemli kısımlarının tekrar edilmesi, yavaş konuşma, soru sormasını teşvik etme gibi yöntemlerle uygun görüşmeler yapmalıdır (127). Bunlara ek olarak hemşireler, aile ve diğer ekip üyeleri ile birlikte hastalara bilgi (hastalığı ile ilgili veya yeni teşhis) verildikten sonra davranışları ve tepkileri gözlemlenmelidir (125).

Psikolojik bakım ikinci düzey becerileri

Lazarus ve Folkman yaklaşımına göre stres değerlendirmesinde bireylerin olayların oluşturduğu potansiyel tehdidin derecesini ve bunlarla baş etmek için gereken kaynakların kullanabilirliğinin değerlendirilmesini önermektedir. Başetme değerlendirmeleri, algılanan tehdit edici olayı doğrudan değiştirme eylemlerini veya olaya yönelik emosyonel ve davranışsal tepkileri değiştirmeyi amaçlayan düşünceleri kapsamaktadır (128). Bu bağlamda hastalara gerekli başetme mekanizmaları öğretilerek, hastanın korku ve endişeleri ile ilgili konuşularak gelecek planı oluşturmalarında bilgi sağlama gibi müdahalelerde bulunulabilir. Hastaların yaşadıkları stres aynı zamanda hastadan başka yakın aile üyelerini de kapsar hale gelmektedir. Aile üyelerinin yaşadığı kriz ve panikle beraber artan stres durumlarında baş etme becerileri hastaya destek olmalarını olumlu yönde etkileyebilir. Bu yüzden hasta ve ailesi birlikte değerlendirilmelidir (129).

Psikolojik bakım üçüncü düzey becerileri

Bu düzeydeki beceriler uzman kişiler tarafından (KLPH, psikolog, psikiyatrist vb.) hasta ve yakınlarına danışmanlık rolüyle verilmektedir. Hastanın yaşamı üzerindeki kontrol gücü farkındalığını geliştirmede faydalıdır ve özellikle stres kaynaklı hastalıkların tedavisinde kısa süreli uygulamaları içeren çalışmalardır (29, 130).

Psikolojik bakım dördüncü düzey becerileri

Bilişsel davranışçı terapi (BDT), psikolojik veya fiziksel hastalıklarda stres belirtilerini azaltmada etkili olduğu görülmüştür (131). BDT'de, hastalar kendi duygularıyla, hastalığı sürdüren faktörlerle ve kaçınma davranışlarıyla mücadele etmeyi öğrenirler (132). BDT, psikiyatri hemşireliğinde yüksek lisans veya doktora eğitimi almış uygulama becerisi olan, psikolog veya psikiyatristler tarafından uygulanabilir (131, 133).

2.4. Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliği

1930'lu yıllarda insan biyopsikososyal bir varlık yaklaşımı, genel tıbbi ve cerrahi birimlerin psikiyatri ihtiyacını karşılamak üzere gelişerek hızla ilerleyen psikiyatriye erken dönemde, konsültasyon liyezon psikiyatri (KLP) kurulmasına

zemin hazırlamış oldu. KLP, diğer kliniklerdeki hastaların ve sağlık profesyonellerinin psikososyal sorunlarını gidermek için çeşitli uygulamalarla ilgilenmektedir (134). 1929 yılında Cornell Tıp Fakültesinden Henry tarafından "konsültasyon liyezon tıbbı" tanımı resmen tanıtılmış oldu. 1932'de LowellRapor'unda psikiyatrik öğretimin genel tıbba entegre edilmesinden bahsedilmiştir. Bu bağlam da psikofarmakoloji ve psikososyal gelişimle birlikte KLP, tıbbın bir uzmanlık alt dalı haline gelerek genel hastanelerde birimler oluşturulmaya başlanmıştır (135). Dunbar, genel hastanelerde fiziksel hastalıkların psikososyal yönlerini ele alarak ilk liyezon araştırmacılarından biri oldu. Amerika'da 1939 yılında genel hastane ve psikiyatri işbirliği sağlanması için "Liyezon psikiyatri" kliniğini kuran ve bu tanımı ilk olarak kullanan kişi Biblings olmuştur (136, 137).

1950'li yıllarda II. Dünya Savaşı'ndan sonra psikofarmakolojideki gelişmelerin yanında psikososyal gereksinimlere duyulan ihtiyacın artmasıyla yeterli hemşire sayısına ulaşma ihtiyacı duyulmuştur. 1948'de yayınlanan "Brown Raporu" psikiyatri hemşireliğinin eğitime dahil edilmesi ve Peplau'nun "Kişilerarası İlişkiler" kitabında psikiyatri hemşireliğinin bir uzmanlık alanı olması önerisi büyük etki yaratmıştır. Sayıları az da olsa psikiyatri hemşireleri yatarak tedavi olanlarda uyguladıkları terapi uygulamaları diğer hemşirelerin, bakımı bu yönde ele almalarını etkilemiştir. Bu şekilde servislerde KLP gelişmelerini olumlu yönde etkilemiştir (28, 138).

1960'lı yıllarda ruh sağlığı danışmanlığı toplum tarafından gerekliliği ve temel hizmet noktası olması yönünde 1963 yılında "Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri" yasası çıkarılmıştır. Bu yasayla ruh sağlığı danışmanlık ve eğitimi, yatan hasta ve ayaktan tedavi hizmetleri, acil müdahale ve yatış konusunda yapılması gereken faaliyetler ileri sürülmüştür ve bugün hizmet veren kurumlarda izlerine rastlanılmaktadır (139). 1963 yılında bir gelişme de Johnson tarafından Duke Üniversitesi Tıp Merkezi'nde KLPH hizmeti ilk kez tanımlandı. BettySue Johnson, hemşirelere danışmanlık yapan ilk klinik uzman psikiyatri hemşiresidir. Hasta ve hemşire arasındaki kişilerarası iletişim becerileri, hemşirelik bakım davranışlarını bu becerilerle ilişkilendirme konularına değinmiştir. Johnson'a göre regresyon, depresyon, deliryum ve panik ataklar danışmanlık gerektiren konular olarak değerlendirilmiştir (135, 140).

1970'li yıllarda Maryland ve Yale üniversitelerinde KLPH, alanında yüksek lisans eğitimi programları resmi olarak eğitime dahil edildi (135). Rutgers Üniversitesi'nde bir teorisyen, öğretmen, hemşire ve araştırmacı olarak psikiyatri hemşireleri arasında bir lider olarak KLPH meslektaşlarını yayın yapma konusunda destekleyen ve bir yayınında hastaların yaşadığı psikososyal sorunların temel kaynağının kaygı olduğunu açıklamıştır. Holstein ve Schwab "Journal of the American Medical Association'da" multidisipliner bir işbirliği yaklaşımıyla çalışan psikiyatri liyezon hemşireliği modelini tanımlamışlardır. Schulman ve arkadaşları da Holstein ve Schwab'ın tersine bildirilerinde, farklı bir danışmanlık olarak hasta başı klinik çalışmasını savunmuşlardır. Robinson, bu dönemde hemşireden hemşireye konsültasyon modelini vurgulamıştır. Bu modelde hemşire, hasta ve çevreden kaynaklı sorunların analizini ortaya çıkarmıştır (140). Stickney ve Hall yaptığı çalışmada hemşirelerin davranış yönetimi sorunlarına, palyatif bakımdaki hasta ve ailelerine destek olma konusunda psikososyal bakım ve liyezon hemşireliğinin katkısının önemli olduğunu vurgulamış ve gerekli görüldüğünde konsültan liyezon hemşireliğine yönlendirme yapılmasından bahsetmiştir (141).

1990'lı yıllarda Spiegel ve arkadaşları tarafından Lancet'de bir yıl metastatik meme kanseri olan kadınlara grup terapisi uygulayarak, disforiyi azalttıklarını ve sağlığı daha uzun süre koruyabildikleri belirtildi. Bu yıllarda fiziksel hastalığı olan hastalara gerekli psikolojik destek verilmeye çalışılarak hastaların gerekli tedaviyi alması (örneğin; ameliyat öncesi ve sonrası hastalara örneğin kalp nakil ameliyatlarında KLP hizmeti) sağlandı (142). Hastaların psikolojik gereksinimlerine duyarlılığı artırmak için psikiyatri hemşireliğin bir alt uzmanlığı olan KLPH psikososyal müdahalelerle psikoterapötik bakım sağlamıştır (141).

Konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliği, ruh sağlığı alanında yüksek lisans düzeyinde eğitim almış ve ulusal bir psikiyatri sertifikasına da sahip olması önerilmektedir. Bunlara ek olarak bilgi, klinik deneyim, KLPH uygulamalarından başarılı sonuç elde edilmesinde gereken erişebilirlik, esneklik, yaratıcılık, sabır, dayanıklılık, liderlik yeteneğine, üst düzey kişiler arası iletişim becerilerine ve profesyonel olgunluk özelliklerine sahip olmalıdır (143). Ülkemizde ilk KLP birimi 1989 yılında İstanbul Üniversitesi'nde açılmış ve KLP hizmetleri genel hastane kuramı anlayışına dayanan psikiyatri modeliyle kendine özgü uygulama, işbirliği ve tedavi yöntemleriyle kurumsallaşan bir disiplin haline gelmiştir (28, 37). Gelişmiş

uygulamaların hemşireler tarafından potansiyel faydaları kapsamlı bir şekilde ele alınarak ortaya çıkarılan rol ve görevler, birçok sağlık sorununa potansiyel bir çözümü olarak görülmektedir (144). Bu bağlamda Hemşirelik Yönetmeliği'nde de ele alınan KLPH görev, yetki ve sorumlulukları aşağıdaki görüldüğü gibi belirtilmektedir (24);

Konsültasyon liyezon psikiyatri hemşiresinin görev yetki ve sorumlulukları, hemşirenin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra aşağıdaki maddeleri içerir (24):

- Fiziksel yakınması ya da hastalığı olan bireyin fiziksel durumu ile ruhsal durumu arasındaki etkileşimi gözlemler.
- Fiziksel hastalığı olan bireyin ve ailesinin hastalığa, tedaviye psikolojik uyumunu sağlamada, adaptif fonksiyonlarını geliştirmelerinde, yeniden kazanmalarında yardım eder.
- Bireyin mevcut hastalığı ve hastalığın yol açtığı yaşam sorunlarıyla baş edebilecek güce gelmesine, başa çıkma yöntemleri geliştirmesine yardımcı olur.
- Hastanın hastalık yaşantısından sağlığını sürdürmesine yarayacak anlam çıkarmasına yardımcı olur.
- Özel eğitim alarak psikoterapi uygulamalarında görev alır.
- Bakımın tıbbi ve psikiyatrik boyutunu entegre eder, bakımın etkinliğini değerlendirir.
- Bakımın etkinliğini azaltan, sistemin işlemesine engel olan nedenleri ortaya çıkarmak, ortadan kaldırmak ya da değiştirmek için çaba gösterir.
- Genel hastanedeki tedavi ekibi ile işbirliği içinde hasta/hasta ailesine yönelik eğitim ihtiyacını saptar, psikolojik eğitimi planlar, hastanın aktif katılımını teşvik eder, eğitimi uygular ve değerlendirir.
- Hasta ve ailelerine ruh sağlığını, problemlerle baş etme yollarını geliştirmeleri için yardım eder, eğitim verir.
- Hastaların gereksinimlerine uygun eğitim materyali hazırlar, gelişmelere göre yeniden gözden geçirir.
- Hastaların rehabilitasyonuna yardım eder.

- Hasta ile hemşire arasında iletişim problemlerinin ve çatışmalarının çözümlenmesinde yardımcı olur, etkin kişiler arası iletişimi ve terapötik ilişkiyi kolaylaştırıcı faaliyetler planlar.
- Genel hastanede çalışan hemşirelerin yaşadığı iş stresi-problemi hakkında duygularını ifade etmesine ve problemlerini çözmelerine yardımcı olur, sağlık elemanlarına destek olur, destek grupları oluşturur ve sürdürür. Hemşirelerin mesleki benliği, kişisel benlik saygılarını, girişimciliğini artırmak için gerekli terapötik grup çalışmalarını planlar.
- Değişim, çatışma çözümü ve diğer personelle ilgili konularda yönetimsel danışmanlık hizmeti verir.
- Genel hastanede çalışan hemşirelerin eğitime katılımı, gelişmeleri uygulamaya aktarmaları ve araştırma yapmaları için destekler, teşvik eder, danışmanlık yapar.
- Hastaların yaşam kalitelerini yükseltecek uygulamalar konusunda dünya literatürünü takip eder ve gelişmelerin kuruma uyarlanması ile ilgili düzenlemeleri önerir, uygular ve denetler.
- Mesleki gelişmeleri takip eder, sürekli eğitimi felsefe edinerek kurum içi ve kurum dışı bilimsel toplantılara, kongrelere, hizmet içi eğitimlere katılarak sürekli eğitim yoluyla mesleki gelişiminin devamlılığını sağlar.

Konsültasyon liyezon psikiyatri hemşiresinin rolleri dört kategoride toplanmakta ve baş harfleri CARE sözcüğünü oluşturmaktadır (145):

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

2.4.1. Klinik rolü

Konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliği, bu rolünü konsültatif istekler ve liyezon işbirliği ile uygulamakta, konsültasyonla; hasta ile ailesi odaklı bakım ve diğer sağlık personeline danışmanlık yapma gibi çalışmaları içermektedir. KLPH, ruh sağlığı sorunları olan hastalarapsikososyal bakım gibi bütüncü bakım planını

entegre etmek, diğer sağlık ekibine bu konuda rehberlik, eğitim ve tavsiyelerle hastalarının bakım müdahalelerinde kolaylık sağlama ve hizmet kalitesini yükseltme planı öne çıkmaktadır (39). Örneğin; KLPH uygulamasıyla hematoloji birinde çalışan hemşirelerde hizmet kalitesinin arttığı, genel hastanede hasta ve ailelerine verilen aile terapisi ile iyileşmeyi olumlu etkilediği sonucu elde edilmiştir (146). Konsültasyon çeşitlerini üç madde de Tablo 2'deki gibi sıralayabiliriz (37, 147);

Tablo 2. Konsültasyon çeşitleri.

Tipi	**Hedef kitle**	**Amaç**	**Örnek**
Hasta Merkezli	Konsültan, hasta, hasta yakını veya bakım veren kişi	Hedef kitlenin sorununa yönelik bakım planı oluşturma	MI geçiren hastanın anksiyete düzeyini hafifletme
Danışan Merkezli	Konsültan, sağlık personeli, yöneticiler	Hedef kitlenin mevcut iş sorunlarına (iş ortamı stresi, uyumsuzluk vb.) yönelik çözüm üretmek	İşi bırakmayı düşünen sağlık personeline yardım, rol belirsizliğini tanımlama gibi vb.
Sistem Merkezli	Konsültan, direk yöneticilerle çalışır	Potansiyel sorunlara kısa veya uzun vadeli çözümler için eylem planı hazırlamak	Sosyal sistemler, ruh sağlığı geliştirme programları vb.

Liyezon, KLPH ile psikiyatri dışındaki sağlık ekibi ile düzenli etkileşim ve işbirliği halinde olmayı ifade eder. Bu işbirliği düzenli iletişim, toplantı, tartışmalar, incelemeler vb. kanallar aracılığıyla yapılmaktadır. İletişimin odak noktası genel hastane ortamında psikososyal sorunların tanınması, yönetimi ve önlenmesi ile yardım sağlamaktır. Liyezon müdahaleleri hemşire ve hasta eğitim programları, hemşire bakım planı oluşturma, taburculuk işlemelerinin planlanması, çatışma çözme ve stresli durumlarla başa etme mekanizmaları gibi faaliyetleri içermektedir (124, 143, 148).

2.4.2. Yönetim-İdari rolü

Yönetim rolüyle psikiyatri dışındaki kliniklerle organizasyon, hizmet geliştirme ve ekipler arası iletişimi sağlama gibi faaliyetler sağlanmaktadır (148). Özellikle genel hastane ortamında yatarak tedavi olan hastalarda görülen psikososyal tepkilere yönelik psikososyal bakımın geliştirilmesi ve yapılan müdahalelerle sorunların azalması sağlanmalıdır. Bu müdahaleler kapsamında hemşireler tarafından psikososyal tepkilerin semptomlarının tanınması ve yönetilmesi konusunda, KLPH ile işbirliği halinde bakım modelleri geliştirmeli ve tedavi sürecinde KLPH yönetiminde psikososyal bakım müdahalelerini uygulayarak, kanıta dayalı hemşirelik temelli hizmetlerin yaygınlaşmasına ihtiyaç duyulmaktadır (149).

2.4.3. Araştırma rolü

Konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliğinin bu rolü araştırma yapma ve proje planlama gibi çalışmalarını içermektedir (148). KLPH'nin şimdiye kadar olan rollerine ek olarak kaliteli araştırmalar yapmak psikiyatrinin uzun vadeli gelişimine olanak sağlayacağını belirtilmekte ve araştırmalarda genellikle ihmal edilen, fiziksel hastalıklar ve psikolojik bozukluklar arasındaki ilişkiler, hastaların uyumsuz davranışları gibi konulara yer vermek gerekliliği ve bu konuda yapılacak araştırmaların psikiyatri konsültasyonlarının işe yarayıp yaramadığına, hastanede kalış süresini etkiledi mi?, psikososyal hasta bakım standartlarını yükseltti mi? gibi sorulara cevap vermeli ve sağlık hizmetini destekleme noktasında yön verici olmalı şeklinde vurgulanmaktadır (150).

2.4.4. Eğitim rolü

Konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliği, genel hastanede çalışan hemşirelerin örgün eğitiminden sorumludur. Bu rolüyle liyezon işbirliği gelişiminin ve konsültasyon işlemlerinde klinik organizasyonun bir parçasını oluşturmaktadır (148). Klinik ortamlarda hasta, aile ve hemşirelerin psikososyal tepkilerle karşılaşması travmatik olabileceği bakımından, bu konuda hemşirelerin eğitim almaları hastaların ruh sağlığı ihtiyaçlarını daha iyi anlamalarını sağlayacaktır (151). KLPH ruh sağlığı ihtiyaçlarını gidermede, sorunların saptanması ve fiziksel sağlık

sorunlarına eşlik eden psikososyal tepkileri olan bireylerin kendine zarar verme riskinin değerlendirilmesini yapmaktadır. Bu tepkilere yönelik bakım planı geliştirilerek hastaların uygun takibinin düzenlenmesi ve hemşirelerin psikolojik bozuklukları tanıması daha iyi klinik sonuçlar elde edilmesini, hastanede kalış süresinin azalmasını, hastaların daha iyi bakım alma imkanını (152), ve yoğun bakım ünitelerinden diğer servislere geçişin kolaylaşmasını sağlayacaktır (20).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma yoğun bakım hemşirelerinin hastaların psikososyal bakım konusunda konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliğine olan gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 15 Şubat-15 Aralık 2020 tarihlerinde Ankara ilindeki Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nin toplamda sekiz erişkin yoğun bakım ünitesinde (anestezi ve reanimasyon yoğun bakım, kardiyoloji yoğun bakım, kalp damar cerrahisi yoğun bakım, genel cerrahi yoğun bakım, beyin cerrahi yoğun bakım, nöroloji yoğun bakım, dahiliye yoğun bakım, göğüs hastalıkları yoğun bakım ünitesi) uygulandı. Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, anestezi ve reanimasyon yoğun bakımda (III. seviye) 12, kardiyoloji yoğun bakımda (II. seviye) 6, kalp damar cerrahisi yoğun bakımda (III. seviye) 12, genel cerrahi yoğun bakımda (II. seviye) 6, beyin cerrahi yoğun bakımda (III. seviye) 10, nöroloji yoğun bakımda (III. seviye) 7, dahiliye yoğun bakımda (III. seviye) 14 ve göğüs hastalıkları yoğun bakımda (III. seviye) 7 yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir. Bu YBÜ'lerde bakılan yıllık ortalama hasta sayısı yaklaşık olarak 7000'dir. Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nin Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Anabilim Dalı'nda iki öğretim üyesi, iki asistan ve bir KLP hemşiresi görev yapmaktadır. KLP biriminde araştırmanın yapıldığı dönemde ayaktan hasta takibi yapılarak destekleyici tedavi yöntemleri uygulanmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nin erişkin yoğun bakım ünitelerinde çalışan toplam 110 hemşire oluşturdu. Çalışmaya katılmayı kabul eden 80 hemşire örneklemi oluşturmuş ve böylelikle evrenin %73'üne ulaşılmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplamada Kullanılan Formlar

Araştırmada, veri toplamak için iki bölümden oluşan bir form (Ek-1) kullanıldı. Birinci bölüm hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri, ikinci bölüm ise, konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliği gereksinimlerine yönelik soruları içermektedir.

Bölüm 1: Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri

Bu bölüm, araştırmacı tarafından literatürden faydalanılarak hazırlanan 13 sorudan oluşmaktadır (28-30). Form; hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma süresi, çalıştığı yoğun bakım birimi, çalışma süresi, çalışma şekli, haftalık çalışma saati, hemşire başına düşen ortalama hasta sayısı ve psikososyal bakıma yönelik sorulardan oluşmaktadır.

Bölüm 2: Konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliği gereksinimlerine yönelik soru formu

Bu bölüm, araştırmacı tarafından geliştirilerek hemşirelerin, psikososyal bakım konusunda konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliğine gereksinimlerinin belirlenmesine yönelik kapalı uçlu, 3 seçenekli toplam 10 vakadan oluşmaktadır. Vakaların doğru yanıtları fizyolojik, psikososyal gereksinimler ve KLPH'ye danışma gereksinimi şeklinde kategorize edildi. Fizyolojik yanıtı içeren 2, 4, 6. vakalar, psikososyal gereksinim yanıtını içeren 1, 8, 10. vakalar, KLPH'ye danışma gereksinimi içeren ise 3, 5, 7 ve 9. vakalar olarak belirlendi. Vaka-1'de anksiyete, vaka-2'de öfke, vaka-3'de anksiyete, vaka-4'te deliryum, vaka-5'de depresyon ve özkıyım riski, vaka-6'da öfke, vaka-7'de özkıyım riski ve öfke, vaka-8'de anksiyete ve öfke, vaka-9'da anksiyete, öfke ve spiritüel distres, vaka-10'da anksiyete ve öfke gibi psikososyal tepkiler yanında, vakalar ölüm korkusu, kayıp, güvensizlik, izolasyon, ve yalnızlık gibi temaları da içermektedir. Vakalarda yanıt fizyolojik olarak belirlense de psikososyal tepki veren hasta profilinede yer verilerek hemşirelerin bunu ayırt edebilmelerinde ilk olarak hangi gereksinime yöneliceklerine bakılmıştır.

Bu doğrultuda yoğun bakım hemşirelerinin hastalarda karşılaştıkları psikososyal tepkilere yönelik yapılması gereken ilk yaklaşımlarının ne olduğu sorulmuştur.

Vakaların her birinin doğru yanıtı 10 puan olarak hesaplandı ve hemşirelerin bilgi düzey puan ortalamaları tespit edildi. Böylece hemşirelerin fizyolojik yanıtlardan alacakları puan 30, psikososyal gereksinimlerden 30 ve KLPH'ye danışma gereksiniminden 40 olacak şekilde toplamda 100 puan üzerinden değerlendirildi. Bu bölümdeki vakalar ölçme değerlendirme, biçimsellik, bilimsel içerik ve anlaşılabilirlik kriterleri açısından değerlendirilmek üzere alanında uzman dört öğretim üyesi ve bir KLP hemşiresi tarafından incelendi. Uzman görüşlerini içeren form (Ek-2) doğrultusunda soru formunun son şekli verildi.

3.4.2. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Araştırmanın yapılması için etik kurul onayı (EK-3) ve kurum izni (Ek-4) alındıktan sonra uygulanmaya başlanmıştır. Hemşirelerle yüz yüze yapılması planlanan çalışma, Covid-19 Pandemisi yüzünden ertelenmiş (Türkiye'de vakaların görülmeye başlanması ile hastanelerde yüz yüze yapılacak bütün eğitimler ve çalışmalar durdurulmuştur), 07.12.2020 tarihinden itibaren online olarak uygulanmıştır. Yüz yüze planlanan çalışmanın online yapılmasına karar verildikten sonra, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne, AYBÜ Etik Kuruluna ve Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'ne metodolojideki değişim hakkında bilgilendirme dilekçesi verilmiştir. Devamında araştırmacı ilgili YBÜ'lerin sorumlu hemşireleri ile görüşerek hemşirelerin aktif kullandıkları e-mail adreslerini aldı. Formlar e-mail yoluyla hemşirelere iletildi. Formun başında, hemşirelere çalışma hakkında bilgilendirme yapıldı (EK-1). Çalışma, katılmayı onaylamış 80 hemşire ile tamamlandı.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma kapsamında veri toplama formu ile toplanan veriler SPSS 25 (Statistical Package for Social Sciences) istatistik yazılım programında bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerden toplanan verilerin

tanımlayıcı istatistikseli frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma olarak ortaya konmuştur (156). Gruplar arası karşılaştırmalara geçmeden önce verilerin normal dağılıp dağılmadığını tespit etmek amacıyla Kolmogrow Smirnov testinden faydalanılmıştır (157).

Araştırmada toplanan verilerin gruplarda normal dağılmadığı için, ikili grup karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi, üç ve daha fazla grup karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis-H Testi kullanılmıştır (158-160). Kruskal Wallis-H Testi analizi sonucunda istatistiksel anlamlı farklılığın tespit edilmesi durumunda, ikili karşılaştırmalarda Bonferroni düzeltmesi ile Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır (161). İstatistiksel anlamlılık için $p<0,05$ kabul edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 2019-590'nolu izin ve Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi Başhekimliği'nden E.4933'nolu kurum iznialındı. E-mail üzerinden çalışmaya katılan hemşirelerden, soru formunun başında "katılmayı kabul ediyorum" seçeneğini işaretledikten sonra formunu tamamlamaları istendi.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın yapıldığı zaman aralığında Dünya genelinde yaşanan covid-19 salgını nedeniyle araştırmaya ara verilmesi ve sonrasında devam eden salgınla mücadeleye devam eden hemşirelerle uygulama yapılması çalışmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

4. BULGULAR

Yoğun bakım hemşirelerinin hastaların psikososyal bakım konusunda konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliğine olan gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmaya ait bulgulara aşağıda yer verilmiştir. Tablo 3'de araştırma kapsamına dahil edilen hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine yönelik bulgular yer almaktadır.

Tablo 3. Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine yönelik bulgular (n: 80).

Sosyo-Demografik Özellikler		**N**	**%**
Yaş	20-25	13	16.3
	26-35	52	65.0
X̄ ±Ss=30,80 ± 5.70	36-40	8	10.0
	41 ve üstü	7	8.8
Cinsiyet	Kadın	73	91.3
	Erkek	7	8.8
Medeni Durumu	Evli	40	50.0
	Bekar	40	50.0
Öğrenim durumu	Lise-Ön lisans	4	5
	Lisans	69	86.3
	Yüksek Lisans	7	8.8
Mesleki Çalışma Süresi	0-4 yıl	27	33.8
	5-10 yıl	28	35.0
	11-16 yıl	18	22.5
	17 ve üstü yıl	7	8.8
Çalıştığı Yoğun Bakım	Nöroloji YB	7	8.8
	Genel Cerrahi YB	9	11.3
	Göğüs Hastalıkları YB	7	8.8
	Kalp ve Damar Cerrahi YB	7	8.8
	Anestezi ve Reanimasyon YB	14	17.5
	Koroner YB	9	11.3
	Beyin Cerrahi YB	8	10.0
	Dahiliye YB	19	23.8
Çalıştığı Yoğun Bakımdaki Çalışma Süresi	0-4 yıl	44	55.0
	5-10 yıl	30	37.5
	17 ve üstü yıl	6	7.5
Çalışma Şekli	Sadece gündüz	14	17.5
	Gece-gündüz	66	82.5
Haftalık Çalıma Saati	Sadece 40 saat	47	58.8
	40-48 saat	33	41.3
Hemşire Başına Düşen Hasta Sayısı	2-3 hasta	70	87.5
	4-5 hasta	3	3.8
	6 hasta ve üzeri	7	8.8
Psikososyal Bakım Eğitimi Alma Durumu	Evet	44	55.0
	Hayır	36	45.0
	Toplam	80	100
Eğitim Alınan Yer	Öğrenim sırasında derslerden	35	79.5
	Hizmet içi eğitim programlarından	4	9.1
	Kongre, sempozyum vs.	5	11.4
	Toplam[****]	44	100.0
Psikososyal tepki gösteren hastada yaptığınız ilk uygulama	Psikiyatri konsültasyonu isteme	32	40.0
	KLP 'dirilmine istek gönderme	3	3.8
	Hekim istemiyle sedatif etkili ilaç vererek tespit etme	27	33.8
	Diğer:Konuşmak, iletişim kurma	18	22.5
	Toplam	80	100

Toplam[****] : Buradaki belirtilen toplam eğitim almayanları içermemektedir. Bir üst bölümde eğitim almayanlar verilmiştir.

Tablo 3'de, hemşirelerin yaş ortalaması 30.80 (± 5.70)'dir. Hemşirelerin %91.3'ünün (n=73) kadın ve %50'sinin (n=40) evli olduğu görülmektedir. Katılımcıların eğitim durumlarına bakıldığında, %86.3'ünün (n=69) lisans mezunu, %35'inin (n=28) 5-10 yıl arasında görev yaptığı ve %23.8'inin (n=19) dahiliye yoğun bakım ünitesinde çalıştığı görülmektedir. Hemşirelerin bulundukları birimlerde görev sürelerine bakıldığında, %55'inin (n=44) 0-4 yıl arasında bulunduğu birimde görev yaptığı bulunmuştur. Hemşirelerin, %82.5'inin (n=66) gece-gündüz vardiyasında, %58.8'inin (n=47) haftada 40 saat çalıştığı ve %87.5'inin (n=70) 2-3 hastaya bakım verdiği görülmektedir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %55'inin (n=44) psikososyal bakım konusunda eğitim aldığı ve bu eğitim alanların %79.5'inin (n=35) öğrenim sırasında derslerden aldığı bulunmuştur. Hemşirelerin %40'ının (n=32) psikososyal tepki görülen hastada ilk uygulama olarak, psikiyatrik konsültasyon istenmesini işaretledikleri görülmüştür.

Tablo 4'de araştırmada yer alan hemşirelere yöneltilen örnek vaka sorularına verdikleri doğrucevap oranlarının dağılımları yer almaktadır.

Tablo 4. Hemşirelerin konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliği gereksinimlerine yönelik soru formuna verdikleri doğru cevap dağılımları (n:80).

Vakalar	**Doğru Cevap**	
Psikososyal Gereksinim	**N**	**%**
Vaka-1	62	77.5
Vaka-8	62	77.5
Vaka-10	57	71.3
Fizyolojik Gereksinim		
Vaka-2	27	33.8
Vaka-4	52	65.0
Vaka-6	67	83.8
KLPH'ye Danışma Gereksinimi		
Vaka-3	42	52.5
Vaka-5	29	36.3
Vaka-7	66	82.5
Vaka-9	12	15.0

Tablo 4'de hemşirelerin en fazla doğru cevap verdikleri fizyolojik gereksinimler bölümünde %83.8'le (n=67) vaka-6 iken, en düşük cevap verdikleri vaka KLPH'ye danışma gereksinimi bölümünde %15'le (n=12) vaka-9 olduğu görülmüştür.

Tablo olarak verilmemekle birlikte, doğru yanıtı psikososyal gereksinimler olan sorulara %12.5 oranında fizyolojik gereksinim, fizyolojik gereksinimlerolan sorulara %23.8 psikososyal gereksinimler, KLPH'ye danışma gereksinimi olan sorulara %51.2 psikososyal gereksinimler yanıtı verilmiştir.

Tablo 5'te hemşirelerin vakalara verdikleri her doğru cevap 10 puan olarak ele alındığında hesaplanan bilgi düzey puanlarına yönelik bulgular görülmektedir.

Tablo 5. Konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliği gereksinimlerine yönelik hemşirelerin bilgi düzeyleri (n:80).

Boyutlar		Bilgi Düzeyi Ort.	(±Ss.)
Psikososyal Gereksinimler	(Vaka 1, 8, 10) (0-30 Puan)	22.63	10.16
Fizyolojik Gereksinimler	(Vaka 2, 4, 6) (0-30 Puan)	18.25	9.25
KLPH'ye Danışma Gereksinimi	(Vaka 3, 5, 7, 9) (0-40 Puan)	18.63	12.30
Genel Bilgi Düzeyi	(Vaka 1-10) (0-100 Puan)	59.50	20.74

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin psikososyal gereksinimler puan ortalaması 30 puan üzerinden 22.63 (±10.16), fizyolojik gereksinimler puan ortalaması 30 puan üzerinden 18.25 (±9.25), KLPH'ye danışma gereksinimi puan ortalaması 40 puan üzerinden 18.63 (±12.30) olarak tespit edilmiştir. Ayrıca hemşirelerin genel bilgi düzey puan ortalamaları ise 100 puan üzerinden 59.50 (±20.74) olarak görülmüştür. Tablo 6'da araştırma kapsamındaki hemşirelerin konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliği gereksinimlerine yönelik soru formuna verdikleri yanıtların dağılımları yer almaktadır.

Tablo 6. Konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliği gereksinimlerine yönelik hemşirelerin soru formuna verdikleri yanıtların dağılımları (n:80).

Boyutlar	Yanıtlar	
	N*	%
Psikososyal gereksinim	414	51.7
Fizyolojik gereksinim	180	22.5
KLPH'ye danışma gereksinimi	206	25.8
Toplam	800	100

N*: N sayısı çoklu yanıt olduğu için örneklem sayısından fazladır.

Araştırma kapsamında hemşirelerin soru formuna verdikleri en fazla yanıt psikososyal gereksinimler (%51.7) seçeneği olduğu görülmektedir.

Tablo 7'de araştırma kapsamındaki hemşirelerin vakalara yönelik genel puanlarının sosyodemografik özellikler açısından değerlendirilmesine yönelik olarak uygulanan analiz bulguları yer almaktadır.

Tablo 7. Hemşirelerin konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliği gereksinimlerine yönelik soruların genel puan ortalamasının sosyo-demografik özellikler ile karşılaştırılması (n:80).

Sosyo-Demografik Özellikler		Ort.	(±Ss.)	H/U	P	Post Hoc
Yaş	20-25	62.30	14.23	2.788[H]	0.426	-
	26-35	56.34	22.40			
	36-40	68.75	14.57			
	41 ve üstü	67.14	21.38			
Cinsiyet	Kadın	60.68	19.74	192.5[U]	0.277	-
	Erkek	47.14	28.11			
Medeni Durumu	Evli	61.25	22.09	696.0[U]	0.310	-
	Bekar	57.75	19.41			
Öğrenim durumu	Lise-Ön lisans	60.00	14.14	0.628	0.730	-
	Lisans	59.71	21.96			
	Yüksek Lisans	57.14	9.51			
Mesleki Çalışma Süresi	0-4 yıl	57.03	24.14	1.140[H]	0.767	-
	5-10 yıl	60.35	19.14			
	11-16 yıl	58.33	18.55			
	17 ve üstü yıl	68.57	19.51			
Çalıştığı Yoğun Bakım	Nöroloji YB	42.85	24.97	11.80[H]	0.107	-
	Genel Cerrahi YB	65.55	19.43			
	Göğüs Hastalıkları YB	51.42	29.68			
	Kalp ve Damar Cerrahi YB	51.42	18.64			
	Anestezi ve Reanimasyon YB	59.28	22.00			
	Koroner YB	72.22	13.01			
	Beyin Cerrahi YB	61.25	11.25			
	Dahiliye YB	62.10	19.02			
Çalıştığı Yoğun Bakımdaki Çalışma Süresi	0-4 yıl	61.81	21.16	2.350[H]	0.309	-
	5-10 yıl	57.00	21.67			
	17 ve üstü yıl	55.00	10.48			
Çalışma Şekli	Sadece gündüz	61.42	14.60	443.0[U]	0.807	-
	Gece-gündüz	59.09	21.88			
Haftalık Çalıma Saati	Sadece 40 saat	58.93	16.31	662.0[U]	0.263	-
	40-48 saat	60.30	26.03			
Hemşire Başına Düşen Hasta Sayısı	2-3 hasta	58.00	20.61	5.745[H]	0.057	-
	4-5 hasta	56.66	28.86			
	6 hasta ve üzeri	75.71	12.72			
Psikososyal Bakım Eğitimi Alma Durumu	Evet	60.00	22.72	683.5[U]	0.287	-
	Hayır	58.88	18.32			
Eğitim Alınan Yer	Öğrenim sırasında derslerden	58.00	24.22	0.72[6H]	0.696	-
	Hizmet içi eğitim programlarından	67.50	20.61			
	Kongre, sempozyum vs.	68.00	8.36			
Psikososyal tepki gösteren hastada yaptığınız ilk uygulama	Psikiyatri konsültasyonu isteme	63.43	17.34	2.946[H]	0.400	-
	KLP birimine istek gönderme	50.00	17.32			
	Hekim istemiyle sedatif etkili ilaç vererek	53.70	26.18			
	Diğer: Konuşmak, iletişim kurma	62.77	16.01			

U: Mann-Whitney U Testi, **H:** Kruskal Wallis-H Testi, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Tablo 7'de görüldüğü üzere yapılan analizler sonucunda araştırmaya katılan hemşirelerin genel puanlarının araştırma kapsamındaki sosyodemografik özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir (p>0.05).

Tablo 8'de araştırma kapsamındaki hemşirelerin psikososyal gereksinimler puanlarının sosyodemografik özellikler açısından değerlendirilmesine yönelik olarak uygulanan analiz bulguları yer almaktadır.

Tablo 8. Hemşirelerin psikososyal gereksinimler puanlarının sosyodemografik özellikler ile karşılaştırılması (n:80).

Sosyo-Demografik Özellikler		Ort.	(±Ss.)	U/H	p	Post Hoc
Yaş	20-25	24.61	6.60	4.590^{H}	0.204	
	26-35	21.15	10.96			
	36-40	28.75	3.53			
	41 ve üstü	22.85	12.53			
Cinsiyet	Kadın	23.42	9.46	154.0^{U}	0.054	
	Erkek	14.28	13.97			
Medeni Durumu	Evli	22.75	10.61	761.5^{U}	0.680	
	Bekar	22.50	9.80			
Öğrenim durumu	Lise-Ön lisans[1]	30.00	0.00	6.55^{H}	**0.038**	**3<1****
	Lisans[2]	22.75	10.27			
	Yüksek Lisans[3]	17.14	9.51			
Mesleki Çalışma Süresi	0-4 yıl	20.74	11.74	3.401^{H}	0.334	
	5-10 yıl	21.78	10.20			
	11-16 yıl	25.00	7.85			
	17 ve üstü yıl	27.14	7.55			
Çalıştığı Yoğun Bakım	Nöroloji YB[1]	11.42	12.14	20.30^{H}	**0.005**	**1<2**** **1<6****
	Genel Cerrahi YB[2]	28.88	3.33			
	Göğüs Hastalıkları YB[3]	21.42	12.14			
	Kalp ve Damar Cerrahi YB[4]	18.57	13.45			
	Anestezi ve Reanimasyon YB[5]	22.14	10.50			
	Koroner YB[6]	30.00	0.00			
	Beyin Cerrahi YB[7]	20.00	7.55			
	Dahiliye YB[8]	23.68	8.95			
Çalıştığı Yoğun Bakımdaki Çalışma Süresi	5-10 yıl	22.95	9.78	0.082^{H}	0.960	
	0-4 yıl	22.33	10.40			
	17 ve üstü yıl	21.66	13.29			
Çalışma Şekli	Sadece gündüz	22.85	9.54	458.5^{U}	0.961	
	Gece-gündüz	22.57	10.27			
Haftalık Çalıma Saati	Sadece 40 saat	22.97	9.53	769.5^{U}	0.948	
	40-48 saat	22.12	11.11			
Hemşire Başına Düşen Hasta Sayısı	2-3 hasta	22.00	10.43	5.742^{U}	0.057	
	4-5 hasta	20.00	10.00			
	6 hasta ve üzeri	30.00	0.00			
Psikososyal Bakım Eğitimi Alma Durumu	Evet	22.04	10.47	730.5^{U}	0.507	
	Hayır	23.33	9.85			
Eğitim Alınan Yer	Öğrenim sırasında derslerden	20.85	10.94	4.576^{H}	0.101	
	Hizmet içi eğitim programlarından	22.50	9.57			
	Kongre, sempozyum vs.	30.00	0.00			
Psikososyal tepki gösteren hastada yaptığınız ilk uygulama	Psikiyatri konsültasyonu isteme	23.12	9.97	1.828^{H}	0.609	
	KLP birimine istek gönderme	26.66	5.77			
	Hekim istemiyle sedatif etkili ilaç vererek	20.37	11.59			
	Diğer: Konuşmak, iletişim kurma	24.44	8.55			

U: Mann-Whitney U Testi, **H:** Kruskal Wallis-H Testi,
*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Tablo 8'de görülen analizler sonucunda araştırma kapsamındaki hemşirelerin psikososyal gereksinimler puanlarının hemşirelerin öğrenim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (H=6.55, p=0.038). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda, lise-ön lisans mezunu hemşirelerin puan ortalamasının 30.00 (±0.00), yüksek lisans mezunu hemşirelere göre 17.14 (±9.51) istatistiksel anlamlı olarak yüksek olduğu tespit edilmiştir (p<0.05). Ayrıca hemşirelerin psikososyal gereksinimler puanlarının hemşirelerin çalıştığı yoğun bakım ünitelerine göre istatistiksel anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (H=20.30, p=0.005). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda, genel cerrahi yoğun bakım ünitelerinde 28.88 (±3.33) ve koroner yoğun bakım ünitelerinde 30.00 (±0.00) çalışan hemşirelerin puan ortalamaları nöroloji yoğun bakım ünitesinde 11.42(±12.14) çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu tespit edilmiştir (p<0.01). Ayrıca Tablo 8'de araştırmaya katılan hemşirelerin fizyolojik gereksinimler puanlarının araştırma kapsamındaki diğer sosyodemografik özelliklere göre istatistiksel anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir (p>0.05).

Tablo 9'da araştırma kapsamındaki hemşirelerin fizyolojik gereksinimler puanlarının sosyodemografik özellikler açısından değerlendirilmesine yönelik olarak uygulanan analiz bulguları yer almaktadır.

Tablo 9. Hemşirelerin fizyolojik gereksinimler puanlarının sosyo-demografik özellikler ile karşılaştırılması (n:80).

Sosyo-Demografik Özellikler		Ort.	(±Ss.)	H/U	p	Post Hoc
Yaş	20-25	21.53	5.54	1.849^{H}	0.604	-
	26-35	17.88	9.56			
	36-40	16.25	9.16			
	41 ve üstü	17.14	12.53			
Cinsiyet	Kadın	18.49	8.92	227.5^{U}	0.607	-
	Erkek	15.71	12.72			
Medeni Durumu	Evli	17.50	10.31	755.0^{U}	0.640	-
	Bekar	19.00	8.10			
Öğrenim durumu	Lise-Ön lisans	22.50	5.00	0.871^{H}	0.647	-
	Lisans	18.11	9.43			
	Yüksek Lisans	17.14	9.51			
Mesleki Çalışma Süresi	0-4 yıl	19.25	9.97	2.048^{H}	0.563	-
	5-10 yıl	18.21	[illegible]			
	11-16 yıl	16.11	9.78			
	17 ve üstü yıl	20.00	10.00			
Çalıştığı Yoğun Bakım	Nöroloji YB	15.71	11.33	5.486^{H}	0.601	-
	Genel Cerrahi YB	20.00	8.66			
	Göğüs Hastalıkları YB	15.71	12.72			
	Kalp ve Damar Cerrahi YB	14.28	[illegible]			
	Anestezi ve Reanimasyon YB	20.00	10.37			
	Koroner YB	22.22	4.40			
	Beyin Cerrahi YB	20.00	10.69			
	Dahiliye YB	16.84	6.71			
Çalıştığı Yoğun Bakımdaki Çalışma Süresi	5-10 yıl	20.22	9.01	5.375^{H}	0.068	-
	0-4 yıl	16.33	[illegible]			
	17 ve üstü yıl	13.33	10.32			
Çalışma Şekli	Sadece gündüz	14.28	10.16	333.0^{U}	0.078	-
	Gece-gündüz	19.09	8.89			
Haftalık Çalıma Saati	Sadece 40 saat	17.65	[illegible]	703.5^{U}	0.448	-
	40-48 saat	19.09	9.13			
Hemşire Başına Düşen Hasta Sayısı	2-3 hasta	17.85	9.30	1.752^{H}	0.417	-
	4-5 hasta	16.66	15.27			
	6 hasta ve üzeri	22.85	4.87			
Psikososyal Bakım Eğitimi Alma Durumu	Evet	19.09	9.60	682.0^{U}	0.251	-
	Hayır	17.22	8.81			
Eğitim Alınan Yer	Öğrenim sırasında derslerden	18.28	10.14	1.773^{H}	0.412	-
	Hizmet içi eğitim programlarından	25.00	5.77			
	Kongre, sempozyum vs.	20.00	7.07			
Psikososyal tepki gösteren hastada yaptığınız ilk uygulama	Psikiyatri konsültasyonu isteme	17.50	8.79	3.600^{H}	0.308	-
	KLP birimine istek gönderme	13.33	5.77			
	Hekim istemiyle sedatif etkili ilaç vererek	17.77	10.50			
	Diğer: Konuşmak, iletişim kurma	21.11	8.32			

U: Mann-Whitney U Testi, **H:** Kruskal Wallis-H Testi
*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Tablo 9'da görüldüğü üzere yapılan analizler sonucunda araştırmaya katılan hemşirelerin fizyolojik gereksinimler puanlarının araştırma kapsamındaki sosyodemografik özelliklere göre istatistiksel anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir (p>0.05).

Tablo 10'da araştırma kapsamındaki hemşirelerin KLPH'ye danışma gereksinimi puanlarının sosyodemografik özellikler açısından değerlendirilmesine yönelik olarak uygulanan analiz bulguları yer almaktadır.

Tablo 10. Hemşirelerin KLPH'ye danışma gereksinimi puanlarının sosyo-demografik özellikler ile karşılaştırılması (n:80).

Sosyo-Demografik Özellikler		Ort.	(±Ss.)	H/U	p	Post Hoc
Yaş	20-25	16.15	9.60	5.713^{H}	0.126	-
	26-35	17.30	11.90			
	36-40	23.75	15.05			
	41 ve üstü	27.14	13.80			
Cinsiyet	Kadın	18.76	12.57	234.0^{U}	0.707	-
	Erkek	17.14	9.51			
Medeni Durumu	Evli	21.00	12.77	626.0^{U}	0.085	-
	Bekar	16.25	11.47			
Öğrenim durumu	Lise-Ön lisans	7.50	9.57	3.940^{H}	0.139	-
	Lisans	18.84	12.43			
	Yüksek Lisans	22.85	9.51			
Mesleki Çalışma Süresi	0-4 yıl	17.03	11.02	1.581^{H}	0.664	-
	5-10 yıl	20.35	11.04			
	11-16 yıl	17.22	14.87			
	17 ve üstü yıl	21.42	15.73			
Çalıştığı Yoğun Bakım	Nöroloji YB	15.71	15.11	3.155^{H}	0.870	-
	Genel Cerrahi YB	16.66	14.14			
	Göğüs Hastalıkları YB	14.28	16.18			
	Kalp ve Damar Cerrahi YB	18.57	12.14			
	Anestezi ve Reanimasyon YB	17.14	13.25			
	Koroner YB	20.00	10.00			
	Beyin Cerrahi YB	21.25	14.57			
	Dahiliye YB	21.57	8.98			
Çalıştığı Yoğun Bakımdaki Çalışma Süresi	5-10 yıl	18.63	11.12	0.026^{H}	0.987	-
	0-4 yıl	18.33	13.41			
	17 ve üstü yıl	20.00	16.73			
Çalışma Şekli	Sadece gündüz	24.28	15.04	327.5^{U}	0.080	-
	Gece-gündüz	17.42	11.40			
Haftalık Çalıma Saati	Sadece 40 saat	18.29	12.56	726.5^{U}	0.622	-
	40-48 saat	19.09	12.08			
Hemşire Başına Düşen Hasta Sayısı	2-3 hasta	18.14	12.42	1.154^{H}	0.562	-
	4-5 hasta	20.00	17.32			
	6 hasta ve üzeri	22.85	9.51			
Psikososyal Bakım Eğitimi Alma Durumu	Evet	18.86	11.04	767.5^{U}	0.808	-
	Hayır	18.33	13.83			
Eğitim Alınan Yer	Öğrenim sırasında derslerden	18.85	11.57	0.060^{H}	0.971	-
	Hizmet içi eğitim programlarından	20.00	8.16			
	Kongre, sempozyum vs.	18.00	10.95			
Psikososyal tepki gösteren hastada yaptığınız ilk uygulama	Psikiyatri konsültasyonu isteme	22.81	11.97	6.922^{H}	0.074	-
	KLP birimine istek gönderme	10.00	17.32			
	Hekim istemiyle sedatif etkili ilaç vererek	15.55	11.87			
	Diğer: Konuşmak, iletişim kurma	17.22	11.27			

U: Mann-Whitney U Testi, **H:** Kruskal Wallis-H Testi *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Tablo 10’da araştırmaya katılan hemşirelerin KLPH'ye danışma gereksinimi puanlarının araştırma kapsamındaki sosyodemografik özelliklere göre istatistiksel anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Yoğun bakım ünitesi hemşirelerinin hastaları bütüncü ele alabilmesi bakımından psikososyal bakımla ilgili yeterli bilgi ve donanıma sahip olması önemlidir (22). Yoğun bakım hemşirelerinin hastaların psikososyal bakım konusunda KLP hemşireliğine olan gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla bulgular tartışılmıştır.

Yoğun bakım üniteleri hastalara tedavi ve tanı yöntemleri bakımından gelişmiş ortam koşullarını sağlamasının yanında teknolojik donanımla ilgili çevresel uyaranların fazla olduğu, tedavi yükü ve invaziv girişimler, immobilite, izolasyon gibi özel durumları da beraberinde getirmektedir (44). Bu durumlara maruz kalan hastalarda anksiyete, depresyon, öfke, uyku yoksunluğu gibi psikososyal tepkilere sık rastlanmaktadır (2). Psikososyal tepkilerin hastalarda tedaviye uyumu bozması ve iyileşmelerini olumsuz etkilemesi sonucu, hemşirelerin hastaya kaliteli bakım vermede zorluk yaşamasına neden olmaktadır (23). Hastanın kaliteli bakım hizmeti almasında bütüncü yaklaşım anlayışının önemli unsuru olan psikososyal bakım gereksiniminin karşılanabilmesi için psikososyal tepkilerin hastalarla 7/24 birlikte vakit geçiren hemşireler tarafından tanınması önem taşımaktadır (5, 21). Ancak, literatüre bakıldığında hemşirelerin hastalara psikososyal bakım verme konusunda bilgi eksikliklerinin olduğu görülmektedir (23, 29, 31). Çalışmamızda ise, hemşirelerin genel bilgi düzeyinin 100 üzerinden 59.50 (±20.74) olduğu saptanmıştır. Bu nedenle YBÜ'lerde hemşirelerin psikososyal bakım konusunda da eğitim almaları ve uygulamaya yansıtmaları gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin %55'inin hastaların psikososyal bakımı konusunda eğitim aldıkları, eğitimi de öğrenim sırasında derslerden (%79.5) aldıkları tespit edilmiştir. Ancak hemşirelerin mezun olduktan sonraki süreçte sürekli değişen ve gelişen sağlık hizmetlerine bağlı bilgilerin geçerliliğini yitirmesi veya unutulması gibi nedenlerle bütüncü bakım anlayışının devamlılığını sağlamada, yenilikleri içeren, verimliliklerini arttıran hizmet içi programlarının ihtiyaca yönelik olarak planlanması önem taşımaktadır (153). Çalışmamızda hemşirelerin %9.1'inin psikososyal bakıma yönelik eğitimi hizmet içi eğitim programından aldıkları görülmektedir. Yapılan bir çalışmada hemşirelerin hizmet içi programlarının iş

verimliliğini olumlu etkilediği (%80.1), daha kaliteli hizmet vermeyi sağladığı (%93.9) ve bilgilerinin geliştiği (%95.3) belirtilmektedir (153). Bu bakımdan hemşirelerin hizmet içi eğitim programlarının ihtiyacı kapsayacak şekilde alanında uzman kişiler tarafından verilmesinin verimli olacağı düşünülmektedir.

Hemşirelerin psikososyal bakım konusunda bilgi eksikliğine yönelik eğitim, danışmanlık, bakım planı oluşturma gibi destek alabileceği birim olan KLPH ile işbirliği kurması önem kazanmaktadır (39). KLPH ile işbirliği sağlandığında hemşirelerin hastalarda görülen psikososyal tepkilere yönelik bakım planı oluşturabildiği ve bunun sonucunda hastaların psikososyal bakıma yönelik kaliteli bakım aldığı, olumlu klinik sonuçların elde edildiği görülmüştür (152). Ancak, Ülkemizde bu birimin yoğun bakım ünitelerinde aktif çalıştığına yönelik herhangi bir çalışmaya rastlanmazken, dünyada yoğun bakım ünitelerinde KLPH'nin rol aldığı çalışmalara (20, 40) rastlanmaktadır. Çalışmamızdaki sorulara en az doğru cevap (Bkz. Tablo-4) verilen bölüm ve 40 puan üzerinden ortalama 18.63 bilgi düzeyi puanı ile KLPH gereksinimi yanıtı olduğunu tespit ettik. Yine çalışmamızda hemşirelerin doğru yanıtı KLPH'ye danışma gereksinimi olan vakalarda çoğunlukla psikososyal gereksinim yanıt seçeneğine yöneldiklerini saptadık. Çalışmamıza benzer şekilde Aktaş'ın çalışmasında da hemşirelerin %2.7'sinin hastalara psikososyal bakım vermede KLPH'ye yöneldikleri görülmüştür (29). Bu durumu Ülkemizde KLPH'nin yaygın olmaması ve bu yüzden hemşirelerin bu birim hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması ile açıklayabiliriz.

Psikososyal bakımdan sorun yaşayan hastalarda rahatlatıcı ve destekleyici müdahale yaklaşımlarının geliştirilmesi yoğun bakım gibi kritik ortamlarda hastaların dayanıklılığını arttırdığı düşünülmektedir (123). Bu yaklaşımlar etkin dinleme, bilgi eksikliğini giderme ve empati kurabilme gibi müdahaleleri içeren hastalara hemşireler tarafından uygulanması gereken faaliyetlerdir (25). Çalışmamızda hemşirelerin %40'ının psikososyal bakımda sorun yaşayan hastada uygulanan ilk yaklaşımın "psikiyatri konsültasyonu isteme" olduğu görülmektedir. Aktaş'ın çalışmasında hemşirelerin %50'sinin yoğun bakım hastasına psikososyal bakımın "hemşire" tarafından verilmesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır (29). Bu durumu literatürde de belirtildiği üzere eğitim, deneyim (154, 155) gibi parametrelerle yoğun bakım hemşirelerinin psikososyal tepkileri tanımlayabilmesinin önemi ile açıklanabilir. Bunun yanında çalışmamızda soru formuna en yüksek oranda

doğru cevap verilen bölümün 30 puan üzerinden ortalama 22.63 puanla ve hemşireler tarafından verilen yanıtlarda da %51.7 oranında en fazla yanıtlanan seçenek psikososyal gereksinimler olduğu görülmektedir. Bu bize hemşirelerin hastalarına bütüncü bakım vererek yaklaştıklarını, psikososyal bakımı da ele aldıklarını düşündürmektedir. Ancak literatüre baktığımızda, hemşirelerin hastaların yaşamsal durumunun ciddiyeti, psikososyal bakımla ilgili yeterli bilgiye sahip olmaması gibi nedenlerle hastaya bakım verirken fizyolojik gereksinimlere yoğunlaştığını da göstermektedir (28-30). Fakat çalışmamızda ortaya çıkan fizyolojik gereksinimler bilgi düzeyi ortalaması 18.25 olduğu, doğru cevap dağılımlarının psikososyal gereksinimlere göre daha düşük olduğu ve hemşireler tarafından soru formuna verilen yanıtlarda sıralama yapıldığında 3. sırada (Bkz. Tablo-6) yer aldığı görülmektedir. Bu nedenle ortaya çıkan bu sonucun diğer araştırmalara yön vermesi noktasında belirleyici etkenlerden biri olacağı düşünülmektedir.

Nibbelink ve Brewer'in çalışmasında deneyimin; hastayı anlama ve yoğun bakımda zamanı iyi yönetme, hastaya kaliteli bakım vermede bütüncübakıma yeterli zaman ayırabilme bakımından önemli olduğu tespit edilmiştir (154). Çalışmamızda hemşirelerin hastaların psikososyal bakım konusunda KLPH gereksinimine yönelik soru formundan aldıkları bilgi düzeyi puanları psikososyal gereksinimler kısmında 22.63 (±10.16) puanla diğer kategorilerden yüksek olduğu ve hemşirelerin öğrenim durumlarına göre karşılaştırıldığında lise-önlisans mezunu hemşirelerinin puan ortalaması yüksek lisans mezunu hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. Çalışmamızdan elde edilen bu sonucun hemşirelerin deneyimiyle ilgili (5-10 yıl arası %35) olarak çalışma yılı arttıkça hastaya psikososyal bakım verme yaklaşımına daha yatkın oldukları ve deneyimin hemşirelere iletişim becerileri gibi olumlu katkı sağladığı düşünüldüğünde yapılan çalışmalarla uyumlu bulunmaktadır (9, 32).

Çalışmamıza katılan hemşire sayısının pandemi, izinli olma gibi nedenlerle sınırlı sayıda hemşire ile yapılmış olması nedeniyle çalışmadan elde edilen bulgular geneli temsil etmemektedir. Çalışmamızdan elde edilen dikkat çekici sonuç yoğun bakım hemşirelerinin çoğunluğu lisans mezunu ve yarıdan fazlası psikososyal bakım eğitimi almış olmasıyla birlikte hastaya psikososyal bakım yaklaşımı konusunda eksiklikler olduğuve bu eksikliklerin giderilmesinde KLPH birimiyle ilgili yeterli bilgi sahibi olmadığı görülmektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuç

- Araştırmamıza katılan hemşirelerin psikososyal gereksinimler puan ortalaması 30 puan üzerinden 22.63(±10.16) puanla fizyolojik gereksinimler ve KLPH'ye danışma gereksinimi yanıtından yüksek bulundu.
- Hemşirelerin genel bilgi düzey puan ortalamaları ise 100 puan üzerinden 59.50 (±20.74) olarak bulundu.
- Araştırmamızda hemşirelerin psikososyal gereksinimler puanlarının hemşirelerin öğrenim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği (H=6.55, p=0.038) ve lise-ön lisans mezunu hemşirelerin puan ortalamasının (30), yüksek lisans mezunu hemşirelere göre (17.14 ±9.51) istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu tespit edildi ($p<0.05$).

6.2. Öneriler

- Kurumların psikososyal bakım ve KLPH ile ilgilikonulara hizmet içi eğitim programlarında yer vermesi,
- Hemşirelerin YBÜ gibi yoğun çalıştıkları birimlerde ihtiyaç duydukları KLPH gereksinimlerinin karşılanabilmesi için kurumlarda yeterli KLPH istihdamının sağlanması önerilir.

7. KAYNAKLAR

1. Desai SV, Law TJ, Needham DM. Long-term complications of critical care, *Crit Care Med*, 2011, 39(2):371-379.

2. Adhikari NK, Fowler RA, Bhagwanjee S, Rubenfeld GD. Critical care and the global burden of critical illness in adults, *Lancet*, 2010, 376(9749):1339-1346.

3. Park WY, Hwang EA, Jang MH, Park SB, Kim HC. The risk factors and outcome of acute kidney injury in the intensive care units, *Korean J Intern Med*, 2010, 25(2):181-187.

4. Araujo TG, RiederMde M, Kutchak FM, FrancoFilho JW. Read missions and deaths following ICU discharge: a challenge for intensive care, *RevBras Ter Intensiva*, 2013, 25(1):32-38.

5. Çelik, S. Üniversite hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların özellikleri: 2009-2013 yılları arası geriye dönük analizi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 2016, 20(2):71-77.

6. Puntillo KA, Arai S, Cohen NH, Gropper MA, Neuhaus J, Paul SM, Miaskowski C. Symptoms experienced by intensive care unit patients at high risk of dying, *Crit Care Med*, 2010, 38(11):2155-2160.

7. Yıldız M, Tural Ü, Kesepara C, Aydın M, Etuş H. Fiziksel hastalıklara eşlik eden ruhsal bozukluklar: bir üniversite hastanesinde psikiyatri konsültasyon sonuçlarının değerlendirilmesi, *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 2002, (15):21-24.

8. Onur E, Yemez B, Polat S, Gürz NY, Cimilli C. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi uygulamaları ve farmakoterapi tercihlerindeki değişim, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 2007, 17(4).

9. Bayrak B, Bostanoğlu H. İç hastalıkları yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin hasta iletişiminde yaşadıkları güçlüklerin saptanması, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012, 15(4):236-243.

10. Gusmao DF, Salluh JI, Chalhub RÁ, Quarantini LC. The confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU) and intensive care delirium screening checklist (ICDSC) for the diagnosis of delirium: a systematic review and meta-analysis of clinical studies, *Crit Care*, 2012, 16(4):R115.

11. Wade D, Als N, Bell V, Brewin C, D'Antoni D, Harrison DA,…Rowan KM. Providing psychological support to people in intensive care: Development and feasibility study of a nurse-led intervention to prevent acute stress and long-term morbidity, *BMJ Open*, 2018, 8(7):e021083.

12. Özsoy F. Ruh sağlığı ve hastalıkları bölümünden istenen konsültasyonların geriye dönük İncelenmesi, *Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2018, 10(2):46-56.

13. Alaca Ç, Yiğit R, Özcan A. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların hastalık sürecinde yaşadığı deneyimler konusunda hasta ve hemşire görüşlerinin karşılaştırılması, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2011, 2(2):69-74.

14. Dedeli Ö, Akyol AD. Yoğun bakım hastalarında psikososyal sorunlar, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 2008, 12(1):26-32.

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

16. Şahin M, Köçkar Ç. Bir Stresör Olarak Yoğun Bakım, *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*, 2018, *2*(4):207-214.

17. Gómez PC, Monsalve V, Soriano JF, de Andrés J. Emotional disorders and psychological needs of patients in an intensive care unit, *MedIntensiva*. 2007, 31(6):318-325.

18. Wade DM, Hankins M, Smyth DA, Rhone EE, Mythen MG, Howell DC, Weinman JA. Detecting acute distress and risk of future psychological morbidity in criticallyill patients: validation of the intensive care psychological assessment tool, *Crit Care*, 2014, 18(5):519.

19. Herridge MS, Tansey CM, Matté A, Tomlinson G, Diaz-Granados N, Cooper A,...Cheung AM. Functional disability 5 years after acute respiratory distress syndrome, *New England Journal of Medicine*, 2011, 364(14):1293-1304.

20. Alberto L, Zotárez H, Cañete ÁA, Niklas JE, Enriquez JM, Gerónimo MR,…Chaboyer W. A description of the ICU liaison nurse role in Argentina, *Intensive Crit Care Nurs*, 2014, 30(1):31-37.

21. Uzelli D, Korhan EA. Yoğun bakım hastalarında duyusal girdi sorunları ve hemşirelik yaklaşımı, *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2014, 22(2):120-128.

22. Kocaman N. Tıbbi hastalığa psikososyal tepkiler, *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 2008b, 71(2): 52-58.

23. Aksoy A, Kelleci M, Yağmur S. Sağlık bakım kalitesinin geliştirilmesi açısından önemli bir sorun: hemşirelerin psikososyal bakımla ilgili görüşleri, bilgi düzeyleri ve bakımın önündeki engeller, *Sağ. Perf. Kal. Derg*, 2015, (10): 51-64.

24. Hemşirelik Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Sayı: 27515, 8 Mart 2010 https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=13830&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5.20.01.2020.

25. Kocaman N. Genel hastane uygulamasında psikososyal bakım ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2005b, 9(1).

26. Efil S, Kurucu NM, Eser O. Beyin cerrahi yoğun bakımında takip edilen hastaların hasta yakını ziyaret sıklığının ve hemşire ile olan iletişimin hastanın iyileşmesine etkisi, *Kocatepe Tıp Dergisi*, 2011, 12(3):151-155.

27. Zaybak A, Çevik K. Yoğun bakım ünitesindeki stresörlerin hasta ve hemşireler tarafından algılanması, *Dahili ve Cerrahi Bilimler Yogun Bakim Dergisi*, 2015, 6:4-9.

28. Alaca Ç. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliğine Duyulan Gereksinmenin İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Mersin: Mersin Üniversitesi, 2008.

29. Aktaş Y. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hastaların Psikolojik Bakım Gereksinimlerini Belirlemeye ve Uygulamaya Yönelik Görüşlerinin İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İzmir: İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, 2016.

30. Özçetin YSÜ. Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Hastaların Duyusal Gereksinimlerine Yönelik Yaklaşımları, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2013.

31. Holden J, Harrison L, Johnson M. Families, nurses and intensive care patients: a review of the literature, *Journal of Clinical Nursing*, 2002, 11(2):140-148.

32. Özaltın G, Nehir S. Ankara ilindeki hastanelerin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin iş ortamındaki stres etkenleri ve kullandıkları başetme yöntemlerinin belirlenmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2007, 10(3):60-68.

33. Avcı GG, Türker S, Çifçi M, Sürücü Ş. Yoğun bakım hemşirelerinin iş yükünün belirlenmesi, *Yoğun Bakım Dergisi*, 2013, 4:21-24.

34. Happ MB, Garrett KL, Tate JA, DiVirgilio D, Houze MP, Demirci JR,...Sereika SM. Effect of a multi-level intervention on nurse–patient communication in the intensive care unit: results of the SPEACS trial, *Heart&lung*, 2014, 43(2):89-98.

35. Yoo HJ, Lim OB, Shim JL. Critical carenurses' communication experiences with patients and families in an intensive care unit: a qualitative study, *Plosone*, 2020, 15(7):e0235694.

36. Yıldırım S, Şimşek E, Geridönmez K, Basma Ş, Vurak Ü. Hemşirelerin konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği hakkındaki bilgi ve uygulamalarının incelenmesi, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2019*, 10(2):96-102.

37. Kocaman N. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği ve rolü nedir? *Anadolu hemşirelik ve sağlık bilimleri dergisi*, 2005a, 8(3):107-118.

38. Yücel ŞÇ. Bilinci kapalı hastanın psikososyal gereksinimlerini karşılamada hemşirenin rolü, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2011, 4(1):174-181.

39. Sharrock J, Happell B. An overview of the role and functions of a psychiatric consultation liaison nurse: an Australian perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2001, 8(5):411-417.

40. Barbetti J, Choate K. Intensive care liaison nurse service: implementation at a major metropolitan hospital, *Australian critical care*, 2003, 16(2):46-52.

41. T.C. Sağlık Bakanlığı. Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ. https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2020/08/20200821-7-1.pdf. 15.04.2021.

42. Bauer J, Brüggmann D, Klingelhöfer D, Maier W, Schwettmann L, Weiss DJ, Groneberg DA. Access tointensivecare in 14 European countries: a spatial analysis of intensive care need and capacity in the light of Covıd-19, *Intensive Care Med*, 2020, 46(11):2026-2034.

43. Uslu Y, Korkmaz DF. Yoğun bakım hastalarında uyku: hemşirelik bakımı, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2015, 12(3):156-161.

44. Khorshid L, Demir Y. Yoğun bakımda mekanik ventilatör tedavisi süresince hastalar ile yaşanan iletişim sorunları, *İzmir Tepecik Hastanesi Dergisi*, 2006, 16(2):47-54.

45. Nichols KA. Psychological care by nurses paramedical and medical staff: essential developments for the general hospitals, *British Journal of Medical Psychology*, 1985, 58:231-240.

46. Öztürk H. Yoğun bakım hemşirelik hizmetlerinde etik, *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği Hukuku Tarihi Dergisi*, 2010, 18(3):183-191.

47. Ergün YA. Yoğun bakımda ekip çalışması, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 2012, 15(1):36-49.

48. Ervin JN, Kahn JM, Cohen TR, Weingart LR. Teamwork in the intensive care unit, *AmPsychol*, 2018, 73(4):468-477.

49. Dikmen Y. Yoğun bakım hemşirelerinde etik duyarlılığın incelenmesi, *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 2013, 2(1):1-7.

50. Aktaş Y, Arabacı LB. Yoğun bakımda hasta ve ailesiyle iletişim, *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2016, 1(3):39-43.

51. Backes MT, Erdmann AL, Büscher A. The living, dynamic and complex environment care in intensive care unit, *Rev Lat Am Enfermagem*, 2015, 23(3):411-418.

52. Sekmen ID, Ünsar S. Yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastaların deneyimlerinin belirlenmesi, *Turk J Cardiovascnurs*, 2018, *9*(20):113-119.

53. Kahriman I, Nural N, Arslan U, Topbas M, Can G, Kasim S. The effect of empathy training on the empathic skills of nurses, *Iran Red Crescent Med J*, 2016, 18(6):e24847.

54. Black P, Boore JR, Parahoo K. The effect of nurse-facilitated family participation in the psychological care of the criticallyill patient, *Journal of Advanced Nursing*, 2011, 67(5):1091-1101.

55. Hintistan S, Nural N, Öztürk H. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların deneyimleri, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 2009, 13(1):40-46.

56. Güven M. Dünyada yoğun bakım üniteleri ve yoğun bakım uzmanlığı. http://www.tihud.org.tr/uploads/content/kongre/8/9.pdf .11.02.2020.

57. Aguiar FP, Westphal GA, Dadam MM, Mota ECC, Pfutzenreuter F, França PHC. Characteristics and predictors of chronic critical illness in the intensive care unit, *Rev Bras Ter Intensiva*, 2019, 31(4):511-520.

58. Vincent JL. The continuum of critical care, *Crit Care*, 2019, 23(Suppl 1):122.

59. Khalaila R, Zbidat W, Anwar K, Bayya A, Linton DM, Sviri S. Communication difficulties and psychoemotional distress in patients receiving mechanical ventilation, *Am J Crit Care*, 2011, 20(6):470-479.

60. Kılıç E, Ganidağlı S. Yoğun bakım triaj rehberleri, *Turkiye Klinikleri Intensive Care-Special Topics*, 2019, 5(1):19-23.

61. Minton C, Batten L, Huntington A. Theimpact of a prolongedstay in the ıcu on patients' fundamental care needs, *Journal of Clinical Nursing*, 2018, 27(11-12):2300-2310.

62. Vaeza NN, Delgado MCM, La Calle GH. Humanizing intensive care: toward a human-centered care ıcu model, *Critical Care Medicine*, 2020, 48(3):385-390.

63. Kocaman N. Hastaların psikososyal tepkilerini etkileyen faktörler, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2008a, 11(1):101-112.

64. Yıldırım NK, Öztürk S. Kardiyovasküler hastalıklarda güncel psikososyal yaklaşımlar, *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 2016, 7(2):60-68.

65. Çam R, Şahin B. Yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların deneyimleri ve anksiyete-depresyon durumları, *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 2018, 1(1):10-14.

66. Hatch R, Young D, Barber V, Griffiths J, Harrison DA, Watkinson P. Anxiety, depression and post traumatic stress disorder after critical illness: a UK-wide prospective cohort study, *Crit Care*, 2018, 22(1):310.

67. Shdaifat SA, Al Qadire M. Anxiety and depression among patients admitted to intensive care, *Nurs Crit Care*, 2020.

68. Özçetin YSU, Hiçdurmaz D. İhmal edilen bir gerçek: duyusal problemlerin yoğun bakım hastalarına etkileri, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2015, 2(2):75-81.

69. Johnson CC, Suchyta MR, Darowski ES, Collar EM, Kiehl AL, Van J, Hopkins RO. Psychological sequelae in family care givers of critically iII intensive care unit patients. A systematic review, *Annals of the American Thoracic Society*, 2019, 16(7):894-909.

70. Çöldür EÖ, Öztekin S. DSM-5 ikinci düzey öfke ölçeği türkçe formunun geçerliliği ve güvenilirliği, *Anadolu Psikiyatri Derg*, 2017, 18(2):85-91.

71. Russell MA, Smith T W, Smyth JM. Anger expression, momentary anger, and symptom severity in patients with chronic disease, *Annals of Behavioral Medicine*, 2016, 50(2):259-271.

72. Günüşen NP. Öfke, saldırganlık ve psikiyatri hemşireliği, *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatric Nursing-Special Topics*, 2016, 2(2):36-43.

73. Pene CTH, Kissane D. Communication in cancer: its impact on the experience of cancer care: communicating with the angry patient and the patient in denial, *Curr Opin Support Palliat Care*, 2019, 13(1):46-52.

74. Dithole K, Sibanda S, Moleki MM, Thupayagale GT. Exploring communication challenges between nurses and mechanically ventilated patients in the intensive care unit: a structured review, *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 2016, 13(3):197-206.

75. Bilge A, Ünal G. Öfke, öfke kontrolü ve hemşirelik yaklaşımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2005, 21(1):189-196.

76. Flores N. Dealing with an angry patient, Nursing, 2008, 38(5):30-31.

77. Savaşan A. Hipertansiyonu olan hastalarda öfke ve özbakım gücü ilişkisi, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2009, 1(1):13-17.

78. Demir B, Okanlı A. Hemodiyaliz hastalarında gevşeme egzersizi ve öfke eğitiminin öfke ifadelerine etkisi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013, 16(4):227-233.

79. Chipidza F, Wallwork RS, Adams TN, Stern TA. Evaluation and treatment of the angry patient, *Prim Care Companion CNS Disord*, 2016, 18(3).

80. McCaffrey R. Anksiyete. İçinde: *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*, Gürhan N, Polat ÜG, Fidancı BE, (Çeviri editörleri). Nursing Diagnosis Handbook, Ackley BJ, Ladwig GB, Makic MBF. 11. Baskı, Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri, 2019, 139-141.

81. Karamustafalıoğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 2011, 45(2):65-74.

82. Kizir Y. Koroner Anjiyografi Planlanan Hastalarda Refleksolojinin Anksiyete Üzerine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Şanlıurfa: Harran Üniversitesi, 2016.

83. Willgoss TG, Yohannes AM. Anxiety disorders in patients with COPD: a systematic review. *RespirCare*, 2013, 58(5):858-866.

84. Nikayin S, Rabiee A, Hashem MD, Huang M, Bienvenu OJ, Turnbull AE, Needham DM. Anxiety symptoms in survivors of critical illness: a systematic review and meta-analysis. *Gen HospPsychiatry*, 2016, (43):23-29.

85. Şahin G, Buzlu S. Yoğun bakım ünitelerinde anksiyeteye yönelik hemşirelik bakımı, *Yoğun bakım hemşireliği dergisi*, 2016, 20(1):65-69.

86. Tate JA, Dabbs AD, Hoffman LA, Milbrandt E, Happ MB. Anxiety and agitation in mechanically ventilated patients. *Qual Health Res*, 2012, 22(2):157-173.

87. Turan N. Yoğun bakım ünitesinde terapötik dokunmanın önemi, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015, 6(3):134-139.

88. Öksüz E, Mersin S. Adjustment disorders and nursing approaches/uyum bozukluğu ve hemşirelik yaklaşımı, *Journal of Education and Research in Nursing*, 2017, 14(4):292-298.

89. Çürük GN, Göriş S, Bayındır SK, Doğan Z. Perkütan koroner girişim uygulanan hastalarda müzik terapinin anksiyete düzeyi ve yaşam bulgularına etkisi; randomize kontrollü çalışma, ACU Sağlık Bil Derg., 2018, 9(2):130-136.

90. Selman LE, Brighton LJ, SinclairS, Karvinen I, Egan R, Speck P,…Hope J. In spirit collaborative. patients' and care givers' needs, experiences, preferences and research priorities in spiritual care: a focus group study across nine countries, *Palliat Med*, 2018, 32(1):216-230.

91. Çınar F, Aslan FE. Spiritüalizm ve hemşirelik: yoğun bakım hastalarında spiritüel bakımın önemi, *JAREN: Journal of AcademicResearch in Nursing*, 2017, 3(1):37-42.

92. Schultz M, Meged-Book T, Mashiach T, Bar-Sela G. Distinguishing between spiritual distress, general distress, spiritual well-being, and spiritual pain

among cancer patients during Oncology treatment. *J Pain Symptom Manage*, 2017, 54(1):66-73.

93. Karasu F. Spiritualite ve palyatif bakım, *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2020, 7(2):231-234.

94. Boztilki M, Ardıç E. Spirituality and health, *JAREN*, 2017, 3(Supp: 1):39-45.

95. Harrad R, Cosentino C, Keasley R, Sulla F. Spiritual care in nursing: an overview of the measures used to assess spiritual care provision and related factors amongst nurses. *ActaBiomed*, 2019, 90(4-S):44-55.

96. Kaçal Z, Demirsoy N. Yoğun bakım hastalarında spiritüel değerlendirme. *Sakarya Tıp Dergisi*, 2018, 8(2):170-175.

97. Ghoneim MM, O'Hara MW. Depression and postoperative complications: an overview, *BMC Surg*, 2016, 16(1):5.

98. Sözeri GV, Karadağ F, Kalkan NO, Özdel O. Depresyon tedavisinde grup psikoterapisi ve psikodramanın yeri, *Klinik Psikiyatri Dergisi, 2017, 20*(4):308-317.

99. Rabiee A, Nikayin S, Hashem MD, Huang M, Dinglas VD, Bienvenu OJ,…Needham DM. Depressive symptoms after critical illness: a systematic review and meta-analysis, *Crit Care Med*, 2016, 44(9):1744-1753.

100. Liao KM, Ho CH, Lai CC, Chao CM, Chiu CC, Chiang SR,…Cheng KC. The association between depression and length of stay in the intensive care unit, *Medicine (Baltimore)*, 2020, 99(23):e20514.

101. Pattison N. Psychological implications of admission to critical care. *Br J Nurs*, 2005, 14(13):708-714.

102. Prokofieva M, Koukia E, Dikeos D. Mental health nursing in greece: nursing diagnoses and interventions in major depression, *Issues MentHealth Nurs*, 2016, 37(8):556-562.

103. Küçük L, Kaya H. Koroner yoğun bakım sürecinde yaşanan psikiyatrik bir durum: deliryum ne kadar tanıyoruz, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2011, 4(1):161-166.

104. Özdemir L. Yoğun bakım hastasında deliryumun yönetimi ve hemşirenin sorumlulukları, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2014, 1(1):90-98.

105. Yanık TÇ, Yılmaz SG. Kardiyovasküler cerrahi sonrası yoğun bakımda yaşanan sorunlar ve hemşirelik bakımı, *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 2019, 1(2):122-127.

106. Vasilevskis EE, Han JH, Hughes CG, Ely EW. Epidemiology and risk factors for delirium across hospital settings, *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*, 2012, 26(3):277-287.

107. Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gélinas C, Dasta JF,…Jaeschke R. American college of critical care medicine clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit, *Crit Care Med*, 2013, 41(1):263-306.

108. Herling SF, Greve IE, Vasilevskis EE, Egerod I, Bekker CM, Møller AM,…Thomsen T. Interventions for preventing intensive care unit delirium in adults, *Cochrane Database SystRev*, 2018, 11(11):CD009783.

109. Wei LA, Fearing MA, Sternberg EJ, Inouye SK. The Confusion assessment method: a systematic review of current usage, *J Am Geriatr Soc*, 2008, 56(5):823-830.

110. Hayhurst CJ, Pandharipande PP, Hughes CG. Intensive care unit delirium: a review of diagnosis, prevention, andtreatment, *Anesthesiology*, 2016, 125(6):1229-1241.

111. Girard TD, Exline MC, Carson SS, Hough CL, Rock P, Gong MN,…Ely EW. MIND-USA Investigators. Haloperidol and ziprasidone for treatment of delirium in critical illness, *N Engl J Med*, 2018, 379(26):2506-2516.

112. Bode L, Fuchs S, GehrkeS, Ernst J, Schubert M, Nuñez DG,…Boettger S. Assessing delirium with nursing care instruments: evaluation of the cognitive and associated domains, *Palliat Support Care*, 2020, (30):1-6.

113. Yevchak A, Steis M, Diehl T, Hill N, Kolanowski A, Fick D. Managing delirium in the acute care setting: a pilot focus group study, *Int J Older People Nurs*, 2012, 7(2):152-162.

114. De Souzaa TL, De Oliveira KA, Fernandesc VR. Multiprofessional care for delirium patients in intensive care: integrative review, *Rev Gaucha Enferm*, 2018, 39:e2017-0157.

115. Kotfis K, Marra A, Ely EW. ICU delirium - a diagnostic and therapeutic challenge in the intensive care unit, *Anaesthesiol Intensive Ther*, 2018, 50(2):160-167.

116. Kamdar BB, Needham DM, Collop NA. Sleep deprivation in critical illness: its role in physical and psychological recovery, *J Intensive Care Med*, 2012, 27(2):97-111.

117. Beltrami FG, Nguyen XL, Pichereau C, Maury E, Fleury B, Fagondes S. Sleep in the intensive care unit, *J BrasPneumol*, 2015, 41(6):539-546.

118. Hu RF, JiangXY, Chen J, Zeng Z, Chen XY, Li Y,…Evans DJ. Non-pharmacological interventions for sleep promotion in the intensive care unit, *Cochrane Database SystRev*, 2015, (10):CD008808.

119. Pisani MA, Friese RS, Gehlbach BK, Schwab RJ, Weinhouse GL, Jones SF. Sleep in the intensive care unit, *Am J Respir Crit Care Med*, 2015, 191(7):731-738.

120. BeckEdvardsen J, Hetmann F. Promoting sleep in the intensive care unit, *SAGE Open Nurs*, 2020, 6:2377960820930209.

121. Delaney LJ, Van FH, Lopez V. Sleeping on a problem: the impact of sleep disturbance on intensive care patients - a clinical review, *Ann Intensive Care*, 2015, 5(1):1-10.

122. Chivukula U, Hariharan M, Rana S, Thomas M, Andrew A. Enhancing hospital well-being and minimizing intensive care unit trauma: cushioning effects of psychosocial care, *Indian J Crit Care Med*, 2017, 21(10):640-645.

123. Hariharan M, Chivukula U, Rana S. The intensive care unit psychosocial care scale: development and initial validation, *Intensive Crit Care Nurs*, 2015, 31(6):343-351.

124. Tunmore R. The Consultation Liaison Nurse. Nursing, 1990, 4(3): 31-34.

125. Hashim MJ. Patient-centered communication: basic skills, *Am Fam Physician*, 2017, 95(1):29-34.

126. Norouzinia R, Aghabarari M, Shiri M, Karimi M, Samami E. Communication barriers perceived by nurses and patients, *Glob J Health Sci*, 2015, 8(6):65-74.

127. Wittenberg E, Ferrell B, Kanter E, Buller H. Health literacy: exploring nursing challengesto providing support and understanding, *Clin J OncolNurs*, 2018, 22(1):53-61.

128. Cohen S, Gianaros PJ, Manuck SB. A stage model of stress and disease, *Perspect Psychol Sci*, 2016, 11(4):456-463.

129. Turner JMC, Smith PC, Ramchandani P, Begen FM, Padkin A. The acute psychobiological impact of the intensive care experience on relatives, *Psychol Health Med*, 2016, 21(1):20-26.

130. Kocaman HN. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği ve genel hastanede psikososyal bakım, *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*, 2006, *2*(47):97.

131. Wade DM, Mouncey PR, Richards-Belle A, Wulff J, Harrison DA, Sadique MZ, …Rowan KM. Effect of a nurse-led preventive psychological ıntervention on symptoms of posttraumatic stress disorder among criticallyıll patients: a randomized clinical trial, *JAMA*, 2019, 321(7):665-675.

132. Borza L. Cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety, *Dialogues Clin Neurosci*, 2017, 19(2):203-208.

133. Demiralp M, Oflaz F. Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2007, 8(2):132-139.

134. Lipowski ZJ. Consultation-liaison psychiatry: the first half century, *Gen Hosp Psychiatry*, 1986, 8(5):305-315.

135. Moschler LB, Fincannon J. Subspecialization within psychiatric consultation-liaison nursing, *Archives of psychiatric nursing*, 1992, 6(4):234-238.

136. Lipowski ZJ. Current trends in consultation-liaison psychiatry, *The Canadian Journal of Psychiatry*, 1983, 28(5):329-338.

137. Boland RJ, Rundell J, Epstein S, Gitlin D. Consultation-liaison psychiatry vs psychosomatic medicine: What's in a name?, *Psychosomatics*, 2018, 59(3):207-210.

138. Hein LC, Scharer KM. A modern history of psychiatric–mental health nursing, *Archives of PsychiatricNursing*, 2015, 29(1):49-55.

139. Soltis VJ. Patient-Centered homes and integrated behavioral health care: reclaiming the role of "consultant" for psychiatric-mental health nurse practitioner, *Issues Ment Health Nurs*, 2016, 37(6):387-391.

140. Robinson, L. Psychiatric liaison nursing 1962–1982: a review and update of the literature, *General HospitalPsychiatry*, 1982, 4(2):139-146.

141. Newton L, Wilson KG. Consultee satisfaction with a psychiatric consultation-liaison nursing service, *Archives of PsychiatricNursing*, 1990, 4(4):264-270.

142. Kornfeld DS. Consultation-liaison psychiatry: contributions to medical practice, *American Journal of Psychiatry*, 2002, 159(12):1964-1972.

143. Minarik PA, Neese JB. Essential educational content for advanced practice in psychiatric consultation liaison nursing, *Archives of psychiatric Nursing*, 2002, 16(1):3-15.

144. Brimblecombe N, Nolan F, Khoo ME, Culloty L, O'Connor K, McGregor LJ. The nurse consultant in mental health services: a national, mixed methods study of an advanced practice role, *J PsychiatrMent Health Nurs*, 2019, 26(5-6):117-130.

145. Gürhan N. *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği*, Ankara Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti, 2016:797.

146. Happell B, Sharrock J. Evaluatingthe role of a psychiatric consultation-liaison nurse in the Australian general hospital, *Issues in Mental Health Nursing*, 2002, 23(1):43-60.

147. Tunmore R, Thomas B. Models of psychiatric consultation liaison nursing, *Br J Nurs*, 1992, 1(9):447-451.

148. Grigg M, Sharrock J. Evaluating the role of the psychiatric consultation-liaison nurse within the general hospital environment, St. Vincent's Hospital, 2002:21-22.

149. Diefenbacher A, Burian R. Liaison and consultation psychiatry. in: wright jd (ed). *International encyclopedia of the social & behavioral sciences*, 2nd ed. Germany, *Elsevier*, 2015:1-7.

150. Lipowski ZJ. Liaison psychiatry, liaison nursing, and behavioral medicine, *Comprehensive Psychiatry*, 1981, 22(6).

151. Janeway D. The role of psychiatry in treating burn out among nurses during the covid-19 pandemic, *J RadiolNurs*, 2020, 39(3):176-178.

152. Joint Commissioning Panel for Mental Health. Guidance for commissioners of liaison mental health services to acute hospitals. https://www.jcpmh.info/wp-content/uploads/jcpmh-liaison guide.pdf.11 Aralık 2020.

153. Kartoğlu S. İnsan Kaynaklarında Hizmet İçi Eğitim ve Hemşireler Üzerine Yapılan Bir Araştırma, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2007.

154. Nibbelink CW, Brewer BB. Decision-making in nursing practice: An integrative literature review, *J Clin Nurs*, 2018, 27(5-6):917-928.

155. Boz İ, Kol E. Yoğun bakım hemşireliğinde bakım davranışları üzerine bir literatür derleme, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 2020, 24(1):32-38.

156. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN. *Hemşirelikte Araştırma: Süreç, Uygulama Ve Kritik*: Nobel Tıp Kitabevi, 2014.

157. Miller RL. SPSS for social scientists: macmillan international higher education, 2017.

158. Alpar R. *Spor, Sağlık Ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik Ve Geçerlik-Güvenirlik*: Detay Yayıncılık, 2010.

159. Karagöz Y. SPSS 23 ve AMOS 23 uygulamalı istatistiksel analizler: Nobel Akademik Yayıncılık, 2019.

160. Meyers LS, Gamst GC, Guarino A. Performing data analysis using IBM SPSS: John Wiley&Sons, 2013.

161. Field A. Discopering Statistics Using SPSS, Thrid Edition: Sage Publications, 2009.

8. EKLER

EK. 1 Veri Toplama Formu

Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hastaların Psikososyal Bakım Konusunda Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliğine Olan Gereksinimlerinin Belirlenmesi

Aşağıdaki vakalar yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin hastaların psikososyal bakım gereksinimlerini belirleme ve uygulamaya yönelik KLP hemşireliği gereksinimini incelemek amacıyla hazırlanmıştır. Bu araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Lütfen her bir soruyu boş bırakmadan yanıtlayınız. Her bir soruyu içtenlikle ve doğru olarak cevaplandırmanız araştırmanın güvenirliği için önemlidir. Sorulara vereceğiniz yanıtlar, araştırmacılar dışında hiç kimse tarafından okunmayacak ve farklı bir amaçla kullanılmayacaktır. Katılımlarınız için teşekkürler.

Yeliz ARSLAN
AYBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Yüksek lisans Öğrencisi

Dr. Öğr. Üyesi Gülay YAZICI
AYBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi

Bölüm I. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri

1. Yaşınız:..... (yıl)

2. Cinsiyetiniz :

   ( ) Kadın
   ( ) Erkek

3. Medeni Durumunuz:

   ( ) Evli
   ( ) Bekar

4. En Son Mezun Olduğunuz Okul:

   ( ) Sağlık meslek lisesi

   ( ) Ön lisans

EK. 1 (devam)

( ) Lisans

( ) Yüksek lisans

5. Hemşire olarak çalışma süreniz.....(yıl/ ay)

6. Şu anda çalıştığınız yoğun bakım biriminiz:……

7. Şuan bulunduğunuz birimde çalışma süreniz .....(yıl/ ay)

8. Çalışma şekliniz:

( ) Sadece gündüz
( ) Sadece gece
( ) Gece- gündüz

9. Haftalık çalışma saatiniz:…….

10. Hemşire başına düşen ortalama hasta sayısı:……

11. Psikolojik bakım konusunda eğitim aldınız mı?

( ) Evet
( ) Hayır

12. 11. Soruya cevabınız evet ise eğitimi nereden aldınız ?

( ) Öğrenim sırasında derslerden
( ) Hizmet içi eğitim programlarından
( ) Klp hemşiresinden
( ) Kongre, sempozyum vs.
( ) Diğer …….

13. Psikolojik sorun (ruhsal sıkıntı) yaşayan hastada yaptığınız ilk uygulama nedir?

( ) Psikiyatri konsültasyonu isteme
( ) KLP birimine istek gönderme
( ) Hekim istemiyle sedatif etkili ilaç vererek tespit etme
( ) Diğer…….

EK. 1 (devam)

Bölüm II. Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliği Gereksinimlerine Yönelik Soru Formu

VAKA.1

A.Y. kadın hasta 48 yaşında, evli ve iki çocuk annesidir. 15 gün önce başlayan başağrısı ve vücudunun sol tarafında güçsüzlük şikayetleriyle nöroloji polikliniğine başvurur. Nörolojik muayenesi yapıldıktan sonra beyin MRG'si çekilen hastada frontopariyetelde kitle görünür ve bunun üzerine ameliyat kararı verilir. Ameliyattan sonra yoğun bakıma alınır ve bakımına orada devam edilir. Yoğun bakımda ameliyatının 2. gününde extübe edilir. Sol hemiparezisi hızla düzelen hastanın ameliyat bölgesinde sızıntı şeklinde kanaması olması nedeniyle kontrol amaçlı tekrar ameliyata alınacağı bilgisi verilir. Üç gündür yoğun bakımda olan ve ziyaret yasağı nedeniyle yakınlarıyla görüşemeyen A.Y. hanım 2. ameliyatına girmeden önce çocuklarını görmek istediğini söyler. "Belkide ameliyattan çıkamayacağım, çocuklarımı görmek istiyorum" diyerek ağlar. Bu sırada yanakları kızarmış ve solunumu da hızlanmıştır. Aynı anda monitörün alarmı çalmaya başlar ve hastanın kalp hızı 110/dk ve SS: 28/dk'yı göstermektedir. Hastanın nefes almakta zorlandığı ve endişeli hali dikkat çekmektedir. Çocukları ile görüşmek istediğini sık sık hemşireye söyler.

Hastanın bu sorunu karşısında yapılması gereken ilk yaklaşım ne olmalıdır?

a) Hastaya "Ameliyathane alt katta olduğu için buradan ameliyathaneye kadar giderken yakınlarını görebilirsin. Onlarada aynı bilgiyi verdim. Kapıda seni bekliyor olacaklar." şeklinde açıklama yaparım.
b) Hastaya "Ameliyattan sonra tekrar yoğun bakıma geleceksiniz. Durumunuz daha iyi olduğunda servise çıkartacağız, orada yakınlarınız ile görüşebilirsiniz." açıklamasını yaparım.
c) Hastayı rahatlatmak için KLP hemşireliği birimini arayarak destek almaya çalışırım.

EK. 1 (devam)

VAKA.2

B.D. erkek hasta 29 yaşında, bekar ve yalnız yaşamaktadır. Arkadaşı ile kavga ettiği sırada göğsüne ve burnuna darbe almasıyla acile getirilir. Sağ pnömotoraks ve burun kırığı tespit edilen hasta ameliyata alınarak septal rekonsrüksiyon yapılır. Göğüs tüpü takılan hasta entübe olarak yoğun bakıma çıkarılır. 5 gün entübe kalan hasta enteral yolla beslenir. Kan gazları normal olan ve uyanıklığı artan hasta yatışının 5. gününde ekstübe edilir. Ekstübasyondan 4 saat sonra R1 ile oral beslenmeye başlanırve bir gün sonra R4 ile devam edilir. Bu bir haftalık dönemde 3 kg kilo kaybı olan hastanın enteral beslenmesi kesilip, oral yolla beslenmeye devam edilir. Kendisine gelen yemekleri yiyemeyen hasta burnuna yapılan işlem nedeniyle yemeklerin kokusunu alamadığını söyler. "Kokusunu alamadığım için yemeklerin tadını da alamıyorum. Bu yemeği yemek istemiyorum" diyerek öfkelenir, sesini yükseltir ve tepsiyi iter. Tepsi o sırada yemek masasından düşer.

Hastanın bu sorunu karşısında yapılması gereken ilk yaklaşım ne olmalıdır?

a) Belli bir süre koku alamayacağı için doktor istemiyle IV+ENTERAL yolla beslenmesinin arttırılmasının yanında oral alımı alternatif olarak hastaya sunarım.
b) Tat almasa da yeterli ve dengeli beslenme için yemesi gerektiğini söylerim.
c) Hastanın daha kolay işbirliği yapması için KLP hemşireliği biriminden destek almasını sağlarım.

VAKA.3

A.T. erkek hasta 85 yaşında eşi vefat etmiş ve 3 çocuk babasıdır. Yatağa bağımlı olan hasta larenks CA nedeniyle trakeostomi ile takip edilmektedir. Bilinen demans ve koroner arter hastalığı mevcuttur. Uzun süre evde bakım hastasıyken aspirasyon pnömonisi nedeniyle yoğun bakıma yatışı yapılıp medikal tedavisi başlanmıştır. Solunum yetmezliği nedeniyle mekanik ventilatörde takip edilen ve izleminde gün geçtikçe genel durumu stabil olan ve kan gazı değerleri Ph: 7.38 pCO2: 38 pO2: 93

EK. 1 (devam)

sPO2: 95 HCO3: 24 olan hasta yatışının 15. gününde mekanik ventilatörden ayrılarak dekonnekte izlenmeye başlanır. Bu şekilde 3 gün takip edildikten sonra hastaya taburculuk için hazırlanıldığı söylenince kendisini bir süre daha yoğun bakımda tutmalarını ister. Eve gönderdiklerinde tekrar aynı şeyler başıma gelirse diye kaygılı bir ifadeyle lütfen taburcu etmesinler diyerek hemşirenin elini tutar ve "taburcu olursam bu defa kurtulamam ölürüm hemşire hanım o zaman vicdanınız rahat eder mi ? '' diye konuşmaya devam eder.

Hastanın bu sorunu karşısında yapılması gereken ilk yaklaşım ne olmalıdır?

a) Aynı şeyleri yaşamaması için bir yakınıyla kalmasının uygun olacağını açıklarım.
b) Hasta için KLP hemşireliği biriminden taburculukla ilgili planlamanın yapılıp yapılamayacağını konusunda destek aldıktan sonra taburculuğunun gerçekleşmesini sağlarım.
c) Yoğun bakımda bu şekilde sorun yaşayan hastaları gereğinden fazla tuttuğumuzda diğer ihtiyacı olan hastaların yerini işgal etmek olur, şeklinde açıklama yaparım.

VAKA.4

Y.A. kadın hasta 60 yaşında, evli ve iki çocuk annesidir. 3 gündür üşüme, titreme ile yükselen ateş, yaygın kas ağrıları, bulantı ve çarpıntı şikayetleri ile doktora başvurur. Hasta 1 ay önce umreden geldikten sonra bir kaç gün süren ateşinin olduğunu söyler. Bilinen HT, DM öyküsü var. Bilinç bulanıklığı olan ve CRP: 26 prokalsitonin değeri 1,5 olan hastaya antibiyoterapi uygulanmak üzere yoğun bakıma yatışı yapılır. Tedaviye 48. saatinde yanıt verir ve laboratuvar değerleri normale döner. Bilinç bulanıklığı kısmen düzelmeye başlayan hasta kendisine tedavi uygulanırken yada girişim yapılırken sürekli ne yapıldığını sert bir ifadeyle sormakta, aletlere bağlı olduğunun farkında olmayarak yataktan kalkmaya çalışmakta, sürekli gitmek istediğini ve namaz kılmak istediğini söylemektedir.

EK. 1 (devam)

Hastanın bu sorunu karşısında yapılması gereken ilk yaklaşım ne olmalıdır?

a) Hastaya bu şekilde davrandığı sürece ona yardımcı olamayacağımızı ve sakin olduğunda tekrar konuşabileceğimizi söylerim.
b) Hastayla daha kolay anlaşabilmek için hastanın KLP hemşireliği biriminden psikolojik destek alması gerektiğini diğer ekip üyeleriyle paylaşırım.
c) Enfeksiyon parametreleri yeni toparlamaya başlayan hastaya bilinç bulanıklığı tamamen düzelene kadar oryantasyonunu sık sık kontrol eder ve oryante ederim. Kendisine zarar vermemesi için doktor ile tespit hakkında görüşürüm.

VAKA.5

D.Y. kadın hasta 38 yaşında, bekar ve bilinen astım hastalığı mevcuttur. Menstruasyon dönemi dışında vajinal kanama, ağrı, tek bacakta şişlik şikayetiyle serviks kitle ön tanısıyla pre-op yoğun bakıma yatışı yapılmıştır. Ameliyat öncesi Hgb: 8.5 mg/dl olan hasta ameliyata alınır. Ameliyata girerken rahminin alınıp alınmayacağını soran hastaya doktoru tarafından onu şuanda bilemeyiz çıkınca konuşalım diye yanıt verir. Hastaendişeli yüz ifadesi ile ameliyata gider. Total histerektomi yapılan hasta post-op yoğun bakıma extübe bir şekilde yarı uyanık olarak ameliyathaneden getirildiğinde ilk söylediği cümle“şimdi ne olacak artık anne olamayacak mıyım?” diye gözü kapalı şekilde ağlamaklıdır. Yavaş yavaş kendine gelmeye başlayan hasta “ne olur artık biri bana açıklasın, eğer anne olamayacaksam yaşamanın ne anlamı var” gibi ifadeleri devam eder.

Hastanın bu sorunu karşısında yapılması gereken ilk yaklaşım ne olmalıdır?

a) Hastaya ilk olarak ameliyatta ne yapıldığı söylenerek bilgilendirilir.
b) Hastanın KLP hemşireliği biriminden psikolojik destek alması sağlanır.
c) Hastaya ağlamamasını söyleyerek bu şekilde kendine zarar verdiğini ifade edilir.

EK. 1 (devam)

VAKA.6

R.S. kadın hasta 45 yaşında evli ve bir çocuk annesidir. Nefes darlığı, takipne ve soğuk terleme şikayetleriyle hastaneye başvurur. Akciğer bazallerinde raller ve pretibial ödem saptanan DM ve kalp yetmezliği olan hastanın yoğun bakıma yatışı yapılır. Kalp hızı 120 /dk Tansiyon 110/50 mmHg idi. Laboratuvar bulgularında göze çarpan değerler; kreatinin: 1.9 mg/dl, üre: 39 mg/dl albümin: 3.1 gr /dl, Ca: 4.2 mg/dl, potasyum: 5.5 mg/dl, glikoz: 175 mg/dl idi. Aldığı sıvı miktarı 2000 cc ile kısıtlı olan hastaya saatlik AÇT yapılıyor. Hastanın 24 saatte tedavilerinden alacağı minimum sıvı miktarı 1400 cc olarak hesaplanır. Orali açık olan hastada sürekli su içmek istediğini söylemesi üzerine bunun mümkün olmadığı söylenir. Ancak "…diğer hastalar içiyor benimde bir kaç bardak su içmemde ne sakınca olabilir ki" diyerek konuşuyor, giderek sesini yükseltiyor ve öfkeli bir şekilde kaşlarını çatarak elini kolunu sallıyordu.

Hastanın bu sorunu karşısında yapılması gereken ilk yaklaşım ne olmalıdır?

a) Takipnesinin daha fazla artmaması için anksiyetesini azaltmak için bir bardak su fazla vererek hastayı rahatlatırdım.
b) Hastanın KLP hemşireliği biriminden psikolojik destek alarak sakinleşmesini sağlayıp durumu anlamasını kolaylaştırırdım.
c) Nefes darlığı nedeninin akciğerlerindeki ödemden kaynaklandığını ve su içmeye devam ederse bu durumun solunum cihazına bağlanmayı gerektirebileceğini birkaç gün içinde sıvı alımınızı tekrar doktorla konuşuruz diye açıklarım.

EK. 1 (devam)

VAKA.7

A.D. erkek hasta 25 yaşında ve bekardır. Daha önce geçirdiği trafik kazası nedeniyle tek bacağı ampute olan ve suicide (6 metre yüksekten düşme) girişimi sonrası çevredekilerin fark etmesiyle kurtarılmaya çalışılırken multiple kırık, hemotoraks ve minimal epidural hematom gelişmesi nedeniyle acile yatışı yapılan hasta entübe edilerek yoğun bakıma devri yapılır. Çekilen BT sonucuna göre acil ameliyata alınarak hematom boşaltılır ve yatışının 10. gününde extübe edilen hastanın daha önce depresyon tanısıyla psikiyatride takipli olduğu öğrenilir. Orali açılan hasta kullandığı psikiyatrik ilaçlarını almak istememekte ve kimseyle konuşmamaktadır. Hastanın "ben zaten ölmek istiyorum yine yapacağım"diye ifadeleri olmakta yemek yemediği için hastaya sağlık personeli tarafından yemezsen iyileşemezsin denildiğin de gülmektedir. Sağlık personelinin gözünün içine bakarak "bu ortamda kendimi öldürmek daha kolay olur, bunun için burada bir sürü malzeme var"diyerek konuşmasına devam etmektedir.

Hastanın bu sorunu karşısında yapılması gereken ilk yaklaşım ne olmalıdır?

a) Yemek yemesinin yaralarının iyileşmesi için gerekli olduğu vurgulanır.
b) Hastaya ölmeyi isteme düşüncesinin uygun olmadığı söylenebilir.
c) Suicide riski yüksek olan hastanın ilaçlarını alması için acilen KLP hemşireliği ve psikiyatri biriminden değerlendirilmesi istenmelidir.

VAKA.8

G.A. kadın hasta yaşında evli ve tek çocuk annesidir. Kullandığı araçla diğer aracın çarpışması sonucu ambulansla acile getirilir. Araçta arka orta koltukta kaza esnasında 8 yaşındaki oğlu da vardır. Çocuk diğer ambulansla çocuk acile getirilir. Diğer yakınlarına ulaşılamayan hasta çekilen BT sonucu dalak laserasyonu ile hemen ameliyata alınır. Bu arada sürekli oğlum nerede diye ağlayan hasta ameliyattan sonra post-op yoğun bakıma getirilmeden önce acilden devri yapılırken kazada oğlununda yanında olduğu ve durumunun iyi olduğu, annesinin ameliyata alındığı bilgisi verilir.

EK. 1 (devam)

Anestezi etkisinde olan G.A. yarı uyanık bir şekilde yoğun bakıma çıkarıldığında "…oğluma ne oldu ne olur söyleyin artık" diye ağlamaktadır. Ani hareketlerle ayağa kalkmak istemektedir. Huzursuz, taşikardisi ve inlemeleri olan hasta fiziksel olarak tespit edilir.

Hastanın bu sorunu karşısında yapılması gereken ilk yaklaşım ne olmalıdır?

a) Yoğun bakımdaki diğer hastalar da düşünülerek "Bu şekilde ağlayarak kendinize daha fazla zarar veriyorsunuz, öncelikle sakin olmaya çalışın lütfen" denilebilir.
b) Hastanın huzursuzluğunun artmaması için KLP hemşireliği biriminden destek almasını sağlarım.
c) Hastanın oğlunun sağlık durumu ile ilgili bilgi verir, ardından oryantasyonunu kontrol edip, hastayı değerlendiririm.

VAKA.9

N.B. erkek hasta 19 yaşında bekar, ailenin tek erkek çocuğudur. AML tanısı ile yoğun bakıma akciğer enfeksiyonu sonucu birden kötüleşen ve acil entübe edilerek servisten yoğun bakıma devredilen hastayı kabul eden yoğun bakım hemşiresi A.C. hanım hastayı sedyeden yatağa alırken boynunda bir muska gibi takılı kolyeyi fark eder ve çıkararak hasta çekmecesine koyar. Birkaç gün sonra mekanik ventilatörde takip edilmeye devam edilen hastada sözel uyaranlara gözüyle yanıt verebilmekte ve motor yanıt alınabilmektedir. Sürekli gözüyle boynunun alt kısmını gösteren hasta eliyle yazı yazma işareti yapınca hemşirenin verdiği kağıda boynundaki muskayı sorar. Hemşire hastaya enfeksiyon nedeniyle çıkardık açıklaması yapar. Ziyaret saatinde gelen annesi rica ederek kolyeyi takmalarını, bu zamana kadar onu koruduğuna inandıklarını söyler. Annesinin bu sözleri üzerine hasta ağlamaya başlar ve anne üzgün bir şekilde yoğun bakımdan ayrılır. Hasta tekrar kağıda ‘’benim ölmemi mi istiyorsunuz o muska beni her şeyden koruyor siz inan masanızda’’ diye cümlesini bitirirken öfkelenmeye ve huzursuzluk yaşamaya başlar.

EK. 1 (devam)

Hastanın bu sorunu karşısında yapılması gereken ilk yaklaşım ne olmalıdır?

a) Hastanın KLP hemşireliği biriminden destek alınarak uygun şekilde rahatlatılması sağlanır.
b) Hasta ve ailesine uygun ve anlaşılır şekilde bilgi verilerek hastanın enfeksiyondan korunmasının sağlandığı ifade edilir
c) Hastaya "Seni anlıyorum ama bu muska seni ölümden koruyabilecek bir şey değil" diye söylerdim

VAKA.10

Bilinen KOAH'ı olan B.G. erkek hasta 52 yaşında evli ve 4 çocuk babasıdır. Hasta hipoksi nedeniyle yoğun bakımda takip edilmektedir. Nabız: 128/dk, ateş:36.2, SS: 36/dk, TA: 100 /50 mmHg olan hasta laterjiktir. Arteriyel kan gazlarının pH: 7.30, CO2: 52, pO2: 65 gelmesi üzerine elektif entübe edilir. Ventilatörde önce sedasyon verilerek IPPV modunda daha sonraki günlerde sedasyonu azaltılarak kesilir ve ASB moduna alınarak uyanıklığı artan, fiziksel tespit edilen hasta ajite bir şekilde gözlerini kocaman açarak bir şeyler söylemek istiyor gibi davranmaktadır. Hemşireler ve doktorlar tarafından ağzında tüp olduğu için sesi çıkmadığı söylense de hastanın ajitasyonu daha da artmakta ve tüpünü ısırmaktadır.

Hastanın bu sorunu karşısında yapılması gereken ilk yaklaşım ne olmalıdır?

a) Hastaya sakin olmasıve tüpünü ısırmaması söylenir.
b) Hastaya kalem kağıt vererek kendisini ifade etmesi sağlanır.
c) Hastanın KLP hemşireliği biriminden psikolojik destek alması sağlanır.

EK-2. Uzman Görüşü Formu

	Uygun Değil	Maddenin Uygun Şekle Getirilmesi Gerek	Uygun Ancak Ufak Değişiklikler Gerekiyor	Çok Uygun	Açıklama
VAKA-1					
VAKA-2					
VAKA-3					
VAKA-4					
VAKA-5					
VAKA-6					
VAKA-7					
VAKA-8					
VAKA-9					
VAKA-10					