T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN PSİKOSOSYAL BAKIM VERME DURUMU VE YETKİNLİĞİNİN BELİRLENMESİ

BUSE SAYGIN

DANIŞMAN
PROF. DR. F. YASEMİN KUTLU

RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

İSTANBUL-2022

TEZ ONAYI

(Bu sayfa yerine, başarılı geçen Tez Sınavı sonrası sınav tutanağı ekinde yer alan Tez Onay sayfası gelecektir.)

BEYAN

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

Buse Saygın

(İmza)

İTHAF

Bugüne dek her adımımda en büyük destekçim, ilham ve güç kaynağım olan canım annem Gülten Saygın'a ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve araştırma sürecim boyunca bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren, her adımımda bana destek olan, içtenlik ve samimiyetini her daim hissettiğim, tüm yönleriyle rol model aldığım çok değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. F. Yasemin KUTLU'ya,

Araştırmama gönüllü olarak katılmayı kabul ederek bana destek olan tüm yoğun bakım hemşirelerine,

Yaşam motivasyonunu her zaman örnek aldığım, klinik çalışma sürecimde ve araştırmanın veri toplama aşamasında yardımcı olan sevgili dostum Hemşire Merve KALAZ'a

Akademik iş yaşantımın başlangıcından bu yana desteklerini benden esirgemeyen, tüm bilgi ve tecrübelerini bana aktaran çalışma arkadaşlarım ve değerli dostlarım Arş. Gör. Ayşe Nur YEREBAKAN ve Arş. Gör. Sultan ÇAKMAK'a,

Yaşamım boyunca her daim anlayış, fedakarlık ve destekleri ile yanımda olan annem Gülten SAYGIN, babam Tuğrul SAYGIN ve kardeşim Tuğçe SAYGIN'a

Beni her konuda destekleyen sevgili yol arkadaşım Oğuz ŞAHİN'e

sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... İİ
BEYAN ..... İİİ
İTHAF ..... İV
TEŞEKKÜR V
İÇİNDEKİLER ..... Vİ
TABLOLAR LİSTESİ X
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ XI
ÖZET XII
ABSTRACT XIII
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 5
2.1. Yoğun Bakım Ünitesi 5
2.1.1. Yoğun Bakım Ünitesi Ekibi 6
2.1.2. Yoğun Bakım Hemşireliği 7
2.1.3. Yoğun Bakım Hastasının Özellikleri 8
2.2.Yoğun Bakım Ünitesinde Psikolojik Semptomlara Neden Olabilecek Durumlar 8
2.3. Yoğun Bakım Ünitesinde Görülen Psikososyal Tepkiler 11
2.3.1. Anksiyete 12
2.3.2. Depresyon 13
2.3.3. Öfke 13
2.3.4. Umutsuzluk 14
2.3.5. Güçsüzlük 15
2.3.6. Deliryum 15
2.4. Psikosoyal Bakım 16
2.4.1 Psikososyal Bakım Düzeyleri 17
2.4.1.1. Birinci Düzey Psikososyal Bakım 17
2.4.1.2. İkinci Düzey Psikososyal Bakım 18
2.4.1.3. Üçüncü Düzey Psikososyal Bakım 18
2.4.1.4. Dördüncü Düzey Psikososyal Bakım 18
2.5. Psikososyal Değerlendirme 19
2.5.1. Psikososyal Durum Belirlenmesi 19

2.5.2. Psikososyal Durum Değerlendirmesi……..…..19
2.6. Psikososyal Bakımda Yoğun Bakım Hemşiresi…….....…20
2.7. Psikososyal Bakımın Önündeki Engeller…….…….…..22
3. GEREÇ VE YÖNTEM……..…….…25
3.1. Araştırmanın Tasarımı……..…….…25
3.2. Araştırmanın Değişkenleri……..……....25
3.2.1. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri……...…..25
3.2.2. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri……...…25
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı……...…..25
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi……...…..25
3.5. Veri Toplama Araçları……...….26
3.5.1. "Bireysel Özellikler Formu"…….……...……..26
3.5.2. "Psikososyal Bakım Verme Durumları Anket Formu-PBVDAF"…… 26
3.5.3.“Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği-PBYÖDÖ”…….…26
3.6. Veri Toplama Süreci……..…….…...27
3.7. Araştırmanın Etik Yönü…….……29
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları…….….30
3.9. Verilerin Analizi……30
4. BULGULAR.....32
4.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Özellikleri…….……33
4.1.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Bireysel Özellikleri ile İlgili Bulgular……33
4.1.2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Çalışma Özellikleri ve "Psikososyal Bakım Eğitimi Alma Durumu ve Yaklaşımları" ile İlgili Bulgular……...…..……...34
4.2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin PBVDAF ile İlgili Bulguları…….…...36
4.3. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Özellikleri ve PBVDAF'nin Karşılaştırılması ile İlgili Bulgular……..……..……...38
4.3.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Bireysel Özellikleri ve PBVDAF'nin Karşılaştırılması ile ilgili Bulgular… ……..…38
4.3.2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Çalışma Özellikleri ve PBVDAF'nin Karşılaştırılması ile ilgili Bulgular ……..……40
4.3.3. Yoğun Bakım Hemşirelerinin "Psikososyal Bakım Eğitimi Alma Durumu ve Yaklaşımları" ile PBVDAF'nin Karşılaştırılması ile ilgili Bulgular ……..……..……43
4.4. Yoğun Bakım Hemşirelerinin "Psikososyal Bakım Verme Yetkinlikleri"……..45

4.5. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Özellikleri ile PBYÖDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ile ilgili Bulgular……..……..46
4.5.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Bireysel özellikleri ve PBYÖDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ile ilgili Bulgular……..……...46
4.5.2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Çalışma Özellikleri ve PBYÖDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ile ilgili Bulgular…….……...47
4.5.3. Yoğun Bakım Hemşirelerinin "Psikososyal Bakım Eğitimi ve Yaklaşımları" ile PBYÖDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ile ilgili Bulgular……..……48
4.6. Yoğun Bakım Hemşirelerinin PBVDAF ve PBYÖDÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki ……..……49
5. TARTIŞMA .....….51
5.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Özelliklerinin Tartışılması…….…….....51
5.2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin PBVDAF'ye İlişkin Bulgularının Tartışılması……..…….....53
5.3. Yoğun Bakım Hemşirelerinin PBYÖDÖ Bulgularının Tartışılması…….…….….54
5.4. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Özellikleri ile PBVDAF'nin Karşılaştırılması ile ilgili Bulguların Tartışılması ……..…….....55
5.5. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Özellikleri ile PBYÖDÖ'nün Karşılaştırılması ile ilgili Bulguların Tartışılması……57
5.6. Yoğun Bakım Hemşirelerinin PBVDAF ile PBYÖDÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki ile ilgili Bulguların Tartışılması……..…….59
6. SONUÇ VE ÖNERİLER……...…….……61
6.1. Araştırma Sonuçları……...…….61
6.2. Öneriler……...……63
KAYNAKLAR 64
FORMLAR 74
EK-1 "BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU"…….……74
EK-2 "BİREYSEL ÖZELLİKLER FORMU"……...75
EK-3 "PBVDAF"…….……..…….....…..76
EK-4 "PBYÖDÖ"…….……77
EK-5 ETİK KURUL KARARI- 1……..……78
EK-5 ETİK KURUL KARARI- 1 DEVAMI…….…79
EK-6 ETİK KURUL KARARI- 2……..…80

EK-7 "TYBHD" İZNİ……..…...……81
EK-8 "PBYÖDÖ" KULLANIM İZNİ- 1…….....…82
EK-9 "PBYÖDÖ" KULLANIM İZNİ- 2 ……83
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI……...84
ÖZGEÇMİŞ……85

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3.1: ÇİASRKL…….…….27

Tablo 3.2: PBVDAF "Kolmogorov Smirnov Normallik Analizi" Sonuçları…….31

Tablo 3.3: PBYÖDÖ "Kolmogorov Smirnov Normallik Analizi" Sonuçları…….31

Tablo 4.1: Yoğun Bakım Hemşirelerinin Bireysel Özelliklerinin Dağılımı (n=100).…33

Tablo 4.2: Yoğun Bakım Hemşirelerinin Çalışma Özellikleri ve "Psikososyal Bakım Eğitimi Alma Durumları ve Yaklaşımları" (n=100)……..…….....….34

Tablo 4.3: PBVDAF ile İlgili Dağılım (n=100)……..……36

Tablo 4.4: PCDAF'ye İlişkin Puan Ortalamaları (n=100)……..…..……...37

Tablo 4.5: Yoğun Bakım Hemşirelerinin Bireysel Özellikleri ile PBVDAF Karşılaştırılması (n=100)……...……..39

Tablo 4.6: Yoğun Bakım Hemşirelerinin Çalışma Özellikleri ile PBVDAF Karşılaştırılması (n=100)……...……..……42

Tablo 4.7: Yoğun Bakım Hemşirelerinin "Psikososyal Bakım Eğitimi Alma Durumu ve Yaklaşımları" ile PBVDAF Karşılaştırılması (n=100)……...44

Tablo 4.8: PBYÖDÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı(n=100)……..…..…45

Tablo 4.9: Yoğun Bakım Hemşirelerinin Bireysel Özellikleri ile PBYÖDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırması (n=100)…….……...……..…46

Tablo 4.10: Yoğun Bakım Hemşirelerinin Çalışma Özellikleri ile PBYÖDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)…….…….....47

Tablo 4.11: Yoğun Bakım Hemşirelerinin "Psikososyal Bakım Eğitimi Alma Durumu ve Yaklaşımları" ile PBYÖDÖ'nün Karşılaştırması (n=100)…….....48

Tablo 4.12: PBVDAF ile PBYÖDÖ Arasındaki İlişki (n=100)…….……..…51

SEMBOLLER VE KISALTMALAR LİSTESİ

CHERRIES: "The Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys"

ÇİASRKL : "Çevrimiçi İnternet Anketinin Sonuçlarının Raporlanması için Kontrol Listesi"

DSÖ : "Dünya Sağlık Örgütü"

KLP : "Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi"

PBVDAF : "Psikososyal Bakım Verme Durumları Anket Formu"

PBYÖDÖ : "Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği"

TSSB : "Travma Sonrası Stres Bozukluğu"

TYBHD : "Türk Yoğun Bakım Hemşireler Derneği"

U : "Mann Whitney U Testi"

YBÜ : "Yoğun Bakım Ünitesi"

χ^2 **:** "Kruskal Walllis Testi"

ÖZET

Saygın, B. (2022). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Psikososyal Bakım Verme Durumu ve Yetkinliğinin Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Amaç: Bu araştırma, yoğun bakım hemşirelerinin psikososyal bakım verme durumlarının ve yetkinliklerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı araştırma tipinde gerçekleştirildi.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın örneklemini yoğun bakımda çalışan 100 yoğun bakım hemşiresi oluşturdu (n=100). Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından oluşturulan "Bireysel Özellikler Formu", "Psikososyal Bakım Verme Durumları Anket Formu" ve "Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği" kullanılarak, 25 Mart-15 Nisan 2022 tarihleri arasında "Google Formlar" aracılığı ile toplandı. Veriler "SPSS for Windows 22.0 programı" kullanılarak "Mann Whitney U Testi", "Kruskal Wallis Testi" ve "Pearson Korelasyon Testi" yöntemleri ile analiz edildi.

Bulgular: Yoğun bakım hemşirelerinin %53'ü 22-26 yaş aralığında olup %81'inin kadın ve %64'ünün lisans mezunu olduğu; %71'inin haftada 48 saat ve üzeri çalıştığı, sadece %38'inin çalıştığı birimden memnun olduğu saptandı. Yoğun bakım hemşirelerin aldıkları eğitim ve çalıştığı birimden memnun olma düzeyi azaldıkça kendilerini psikososyal bakım vermede yetkin görmedikleri ve hastayla daha az etkileşim kurdukları; çalışma saati fazla olan hemşirelerin psikososyal bakımı öncelikli görmediği ve psikososyal bakım verme oranlarının azaldığı belirlendi. Yoğun bakım hemşirelerinin "Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği"nden aldığı toplam puan ortalaması 60,66±17,46 bulundu ve bireysel özellikleri ile ölçek puanları karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmadı. Yoğun bakım hemşirelerinin "Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği" puanları ile "Psikososyal Bakım Verme Durumları" arasında ise zayıf bir ilişki olduğu bulundu.

Sonuç: Sonuç olarak yoğun bakım hemşirelerinin eğitim düzeyi ve çalışma şartlarının psikososyal bakım verme oranları üzerinde etkili olduğu görüldü. Bu nedenle yoğun bakım hemşirelerinin psikososyal bakım uygulamaları hizmet içi eğitimler ile desteklenerek bu konuda farkındalıkları ve yetkinlikleri arttırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Yoğun bakım, hemşirelik, psikoloji.

ABSTRACT

Saygin, B. (2022). Determination of Psychosocial Care Giving Status and Competence of Intensive Care Nurses. Istanbul University- Cerrahpasa Institute of Graduate Studies, Department of Mental Health Psychiatric Nursing. Master's Thesis. Istanbul.

Objective: This research was conducted as a descriptive and correlational study in order to determine the psychosocial care-giving status and competencies of intensive care nurses.

Material and Methods: The sample of the study consisted of 100 nurses working in the intensive care unit (N=100). The data were collected through "Google Forms" between 25th March and 15th April 2022 by using the "Individual Characteristics Form", "Psychosocial Care Giving Status Questionnaire Form" which are created by the researcher and also "Psychosocial Care Competence Self-Assessment Scale". The data were analyzed with the "Mann Whitney U Test", "Kruskal Wallis Test" and "Pearson Correlation Test" methods using the "SPSS for Windows 22.0 program".

Results: It was determined that 53% of the intensive care nurses were between the ages of 22-26, 81% were women and 64% were undergraduates. It was found that 71% of the nurses work 48 hours or more per week and only 38% of them are satisfied with the unit they work in. It was determined that as the level of education decreases and working unit satisfaction level decreases, nurses do not see themselves as competent in providing psychosocial care and interact less with the patient. It was seen that overtime working nurses do not prioritize psychosocial care and the rate of providing psychosocial care decreases. The total mean score of the intensive care nurses from the "Psychosocial Care Competence Self-Assessment Scale" was found to be 60,66±17,46 and there was no significance between individual characteristics and the scores of the "Psychosocial Care Competency Self-Assessment Scale" of intensive care nurses. There was a weak correlation between the scores of the "Psychosocial Care Competence Self-Assessment Scale" and the "Psychosocial Care Giving Status" of intensive care nurses.

Conclusion: As a result, it was seen that the education level and working conditions of the intensive care nurses have an effect on the rates of psychosocial care. Therefore, the psychosocial care practices of intensive care nurses should be supported by in-service trainings and awareness and competencies of intensive care nurses should be increased.

Keywords: Intensive care, nursing, psychology.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

"Dünya Sağlık Örgütü" (DSÖ)'nün tanımına göre sağlık sadece hastalığın olmayışı değil, fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan bütün bir iyi olma halidir (Velioğlu, 2012). Hastalık, psikolojik, sosyal, kültürel, çevresel, ailesel ve psikoseksüel olarak çok yönlü bir kavramdır. Bu sebeple sadece bireyin biyolojik olarak etkilenmesi veya fonksiyon kaybıyla açıklanamaz (Kozier ve ark, 1994; Bolsoy ve Sevil, 2006).

Biyopsikososyal bir varlık olan insanda oluşan fiziksel hastalıklar, bireyin çevreye uyumunun ve dengesinin bozulmasına, sosyal ve psikolojik açıdan zorlanmalara ve varoluşsal bir krizin oluşmasına ortam oluşturur (Armay, 2006). Bunun sonucunda ise kişide psikososyal tepkiler sıklıkla görülür. Psikososyal tepkiler; hastalığın kronik ya da akut oluşu, seyri, etkilenen organ ve organın bireydeki anlamı, kişinin hastalığı algılayış biçimine göre şekillenmekte, aynı zamanda sosyademografik özellikler olan; yaş, cinsiyet ve eğitim durumuna göre değişiklik göstermektedir (Yıldız ve ark., 2002; Alaca, 2008; Arslan ve Yazıcı, 2021). Hastalarda gözlenen psikososyal tepkiler arasında anksiyete, uyku yoksunluğu, spiritüel distres, öfke, depresyon ve deliryum bulunur (Arslan, 2021). Ayrıca yatarak tedavi gören hastaların %40-50'sinin psikolojik tedavi alma ihtiyacı oluştuğu bilinmektedir (Yıldız ve ark., 2002). Özellikle yoğun bakım üniteleri (YBÜ) gibi yaşamın tehdit edildiği, kritik bir hastalığa sahip hastaların yattığı birimlerde psikososyal sorunların daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (Alaca ve ark., 2011; Kılıçkaya Ergin ve ark, 2020). Alaca ve arkadaşlarının (2011) yaptığı araştırmada YBÜ'de yatan 100 hastanın %72'sinde depresyon, %47'sinde anksiyete olduğu saptanmıştır (Alaca ve ark., 2011).

Hastalarda hastalık ya da yaralanmanın sebep olduğu psikososyal sorunlar haricinde YBÜ ile ilişkili psikososyal sorunlar da ortaya çıkmaktadır. YBÜ'de ışık, gürültü, sessizlik, cihaz sesleri, aile üyelerini görememe, çeşitli araçlara bağlı olma, bakım ve tedavi hakkında yeterince bilgilendirilmeme, farklı bir çevrede olma, gece-gündüz ayrımının kaybolması, üriner katater varlığı, monitorizasyon, ventilatör gibi mekanik aletlerin varlığı gibi nedenlerden dolayı psikososyal sorunlar oluşmaktadır (Uzelli ve Korhan, 2014). Ayrıca hastalar, daha önce üstlendikleri rollerden (aile, iş, vb.) geçici olarak vazgeçmek ve hastanede çalışan sağlık ekibine ve onları çevreleyen makine ve teçhizata karşı pasif ve bağımlı bir rol benimsemek zorunluluğunda kalırlar. Bunun

sonucunda hastaların oluşturdukları olumsuz psikolojik tepkiler, hastaneden taburcu olduktan sonra da aylarca sıkıntı yaratmaya devam ederek travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) oluşturabilmektedir (Gómez ve ark., 2007). Herridge ve arkadaşlarının (2011) yaptığı araştırmada hastalarda görülen psikososyal tepkilerin YBÜ'den taburculuk sonrasında 5 yıla yakın sürdüğü saptanmıştır (Herridge ve ark., 2011). Bu psikososyal tepkiler hastanın sağlığı üzerinde olumsuz etkiye yol açarak hastanın iyileşme süresinin uzamasına ve hastanede kalma süresinin artmasına yol açmaktadır (Adsay ve Dedeli, 2015).

Psikososyal sağlığın, fiziksel sağlıkla birlikte ele alınmasının gerekliliği bütüncül yaklaşım kavramında açıklanmıştır. Bütüncül yaklaşım bireyin kişisel doyum ve sağlığı üzerinde gelişmesini sağlayan, beyin-ruh-beden-toplum dörtlüsünün bağlantı ağını oluşturan bir felsefedir (Kocaman, 2005). Günümüz toplumunda tüm hastalara bütüncül yaklaşılması gerektiği anlayışı benimsenmiştir. Hastanın bakımının bütüncül olarak ele alınması bakım ve tedavi niteliğinin artmasını sağlar. Bunun sonucunda, oluşabilecek ruhsal bozukluk ve ölümlerin önlenmesi, iyileşmenin hızlanması, taburculuk süresi ve hastane maliyetlerinde düşme gözlenir. YBÜ, hastaların diğer birimlerden farklı olarak hasta ve yakınlarının psikolojik olarak daha çok etkilendiği bir bölüm olduğundan dolayı bütüncül bakım daha fazla önem arz etmektedir (Alaca, 2008).

Hasta ile 24 saat birlikte olan hemşireler, hastaların fiziksel bakımlarının yanında davranışlarındaki farklılıkları gözlemleyip psikososyal ihtiyaçlarıyla da karşılaşırlar (Kocaman, 2006; Yıldırım ve ark., 2019; Arslan ve Yazıcı, 2021). Bu yüzden hemşireler hastaların fizyolojik hastalıklarından doğacak psikososyal tepkilerin azaltılmasında ve hasta bakımında uygun ortamın oluşturulmasında kritik bir role sahiptir (Mercan, 2020; Arslan ve Yazıcı, 2021). Yönetmelikte yoğun bakım hemşirelerinin hastaların psikososyal ihtiyaçlarına yönelik görev ve sorumluluklarında " Yoğun bakım hastaları ile hasta yakınlarının psikososyal problemlerine uygun hemşirelik yaklaşımını sağlar.'' ibaresinde hastaların psikososyal bakımına yönelik hemşirelik uygulamasına dikkat çekilmiştir (T.C. Resmi Gazete, 19 Nisan 2011, sayı : 27910). Bu yaklaşım hemşirelik tanılarının belirlenmesi, planlanması ve uygulanmasında önemlidir (Okanlı, 2011). Bu yüzden hemşireler gelişen psikolojik yanıtlara yönelik cevapları iyi bilmeli ve bunlara uygun müdahalelerde bulunmalıdır. Bu yaklaşım fiziksel iyileşmeye de katkı sağlayacaktır (Dedeli ve Akyol, 2008). Chivikula ve arkadaşlarının (2017) yaptığı

çalışmada psikososyal bakımın hastaların iyilik halini arttırdığı bulunmuştur (Chivikula ve ark., 2017). Fakat YBÜ hemşirelerinin iş yoğunluğuna bağlı hastaların sadece bilinç-oryantasyon-fiziki durumlarındaki ani değişimlere müdahale etmesi, zaman kısıtlılığı veya psikososyal bakım konusundaki bilgi eksikliği sebebiyle hastaların psikososyal yönünü destekleyemediklerinden bakım bütüncül olarak karşılanamamaktadır (Özçetin ve Hiçdurmaz, 2012; Arslan ve Yazıcı, 2021). Pehlivan'ın (2013) yaptığı çalışmada hemşirelerin %80,3'ü iş yoğunluğu, %65'i hemşire sayısındaki yetersizlik ve %22,9'u psikososyal durum değerlendirmesi yapmak için yeterli bilgiye sahip olmadıklarını belirterek, hastaya psikososyal bakım uygulayamadıklarını ifade etmişlerdir (Pehlivan, 2013). Yıldırım ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışmada, çalışmaya katılan hemşirelerin tümüne yakının psikososyal bakımı tanımlayabildiği ve önemli bulduğu fakat yine tamamına yakınının psikososyal bakım vermede sorun yaşadıkları ifade edilmiştir (Yıldırım ve ark., 2019).

Psikososyal bakım verebilmesi için hemşirelerin yetkinliklerinin olması beklenmektedir. Yetkinlik hemşireler için önemli kriterlerden biridir. Hemşirelerin gelişen bilim ve teknolojiye uyum sağlamasını, bakım ihtiyaçları giderek artan hastalara hizmet verilmesini ve multidispliner sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu gerektirir (Karahan ve Kav, 2018). Günümüzde sağlık bakım hizmetleri, sağlık bakımı sağlayıcılarının donanımlı ve yetkin olmalarını; güvenli bir hasta bakım ortamı yaratmanın önkoşullarından biri olarak kabul etmektedir. Bu nedenle yoğun bakım hemşirelerinin yetkinliği hasta bakım kalitesinin sağlanması ve sürdürülmesinde oldukça önemlidir (Bozkurt ve Türkmen, 2019).

Literatür bulguları göz önüne alındığında yoğun bakım hemşirelerinin psikososyal bakım verme durumlarıyla ilgili yeterli bilgi olmadığı ve psikososyal yetkinliklerinin öz farkındalığını ölçen bir çalışmanın yapılmadığı görülmüştür (Alaca ve ark., 2011; Pehlivan, 2013; Çam, 2018; Karataş, 2019; Rostami ve ark, 2019; Yıldırım ve ark., 2019). *Araştırmanın amacı;* yoğun bakım hemşirelerinin psikososyal bakım verme durumlarının ve yetkinliklerinin belirlenmesidir. Bu araştırmanın gelecek bilimsel araştırmalara ve klinik alanda hemşirelere yönelik planlanacak eğitim programlarının içeriğinin oluşturulmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırma soruları;

- Yoğun bakım hemşirelerinin “psikososyal bakım verme durumları” nedir?
- Yoğun bakım hemşirelerinin “psikososyal bakım yetkinliği” hangi düzeydedir?
- Yoğun bakım hemşirelerinin “psikososyal bakım verme durumları” ve “psikososyal bakım yetkinliği” ile ilişkili faktörler nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

Yoğun bakım, hastanın organlarının işlevini tamamen ya da kısmen yerine getiremediği durumlarda, fonksiyon kaybı yaşayan organın yaptığı görevin devam ettirilmesi ve bu süre içerisinde bu fonksiyon kaybına sebep olan hastalığın nedeninin araştırılması, hastalığın nedeninin bulunması sonucunda hastaya uygulanan takip ve tedavinin bütünüdür (Hatipoğlu, 2002; Çelik, 2007; Avcı ve ark.,2013). Ciddi bir hastalık sebebiyle hayatı tehlike altında olan hastaya uygulanacak olan yoğun bakım uygulaması Yoğun Bakım Ünitesi (YBÜ)' nde gerçekleştirilir. Kritik Bakım Ünitesi, Yoğun Tedavi Ünitesi ve Yoğun Terapi Ünitesi olarak da adlandırılan YBÜ, karmaşık tedavi gerektiren hastalıkların ele alındığı önemli bir bölümdür (Avcı ve ark.,2013; Zengin, 2017).

2.1. Yoğun Bakım Ünitesi

YBÜ'nün temeli "Florence Nightingale" ile atılmış olup, 1850 yılında Kırım Savaşı sırasında yaralanan askerlerin hemşirelik bakımından daha iyi faydalanmaları için yakın gözlem amacıyla aynı koğuşta toplanmasıyla başlamıştır. Zaman içerisinde ameliyat sonrası gözlem ve uyanma odalarına ihtiyaç duyulmuş olup 1927 yılında Harvey Cushing önderliğinde Johns Hopkins Hastanesi'nde 3 yataklı bir gözlem ünitesi oluşturulmuştur. Bu ünite özellikle "İkinci Dünya Savaşı" sırasında açılmış olan ve yaralanan askerlerin acil müdahalesinin yapıldığı ünitelere model oluşturmuştur. 1950-1960'larda medikal teknoloji ve metotların gelişmeye başlaması, ameliyat sürelerinin uzaması sonucu post operatif bakıma ayrılan sürenin artması ve ventilatörün ameliyathane haricinde kullanımının başlaması, yoğun bakım ünitelerinin günümüzdeki şeklini almasına katkı sağlamıştır (Zengin, 2017). Günümüz yoğun bakım üniteleri ise 24 saat kesintisiz hasta takip ve tedavisinin uygulandığı, multidispliner bir ekip ile yönetilen, en ileri teknoloji biyomedikal cihazların kullanıldığı bir birim olarak son şeklini almıştır (Avcı ve ark., 2013; Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz, 2013).

Ülkemizde yoğun bakım üniteleri çeşitli kriterlere göre 3 seviyeye ayrılır. Bu seviyeler hasta profili ve gereksinim duyduğu tedavi protokolü, yatak kapasitesi, personel sayısı ve niteliği, teknik donanım gibi spesifik kriterler ile belirlenmiştir. Bu seviyeler:

"I. Basamak Yoğun Bakım Üniteleri": Hastaların rutin takip ve tedavi uygulamalarının yetersiz olduğu durumlarda hastaları daha yakından takip etmek amacıyla gözlem altında tutuldukları yerdir. Organ yetmezliğinin gelişmediği ve mekanik

ventilasyon gerektirmeyen hastalar bu birimde takip edilir. Hastalar invaziv olmayan yöntemler ile monitörize edilir. Gerektiği durumlarda hastanın diğer birimlere sevki gerçekleştirilir.

"II. Basamak Yoğun Bakım Üniteleri": İleri yaşam desteği gerektiren durumlarda hastaların invaziv olarak monitör takibinin yapıldığı, hastaya solunum desteği verilebilen birimlerdir.

"III. Basamak Yoğun Bakım Üniteleri": Komplike hastalıkların takip ve tedavisinin yapıldığı ünitelerdir. Hastanın bir ya da birkaç organının işlevini yerine getiremediği durumlarda, renal replasman tedavisi gibi kritik işlemlerin uygulanması ve gözlemlenmesinin sağlandığı yoğun bakım birimidir. Hastalara 24 saat boyunca kesintisiz sağlık hizmeti verilir. Her iki hasta için bir hemşire/ sağlık elemanı hizmet için ayrılmıştır (Coşkun ve ark., 2019; Kara, 2019; Arslan, 2021; Gözüküçük, 2021).

2.1.1. Yoğun Bakım Ünitesi Ekibi

YBÜ'ler çalışma prensip ve özelliklerinden dolayı multidispliner bir ekiple yönetilir (Avcı ve ark., 2013). Bu ekip alanında eğitim almış, acil tıbbi müdahalelerde bulanabilecek niteliklere sahip ve hastanın konfor ve refahını yükseltebilecek sağlık profesyonellerinden oluşur (Aktaş ve Baysan Arabacı, 2016). Bu profesyoneller arasında hekim ve hemşirenin yanı sıra diyetisyen, eczacı, fizyoterapist ve psikolog gibi farklı sağlık profesyonelleri bulunur (Arslan, 2021). YBÜ'deki sağlık profesyonelleri arasındaki uyum ve iletişimin iyi olması sonucu hasta bakım ve tedavisinin olumlu yönde geliştiği gözlenmiştir (Kutlu, 2007; Akbal Ergün, 2012). Bu yüzden her bir sağlık profesyonelinin hasta bakımına olan katkısı ve değeri bir diğeri olmadan düşünülemez. Bir meslek grubunun etkisiz kalması hasta bakım ve tedavisinin olumsuz şekilde etkilenmesine yol açmaktadır (Akbal Ergün, 2012). Özellikle hasta bakımında psikososyal ihtiyaçların tanılanması ve eksikliklerin giderilmesinde ekip anlayışı önemlidir (Uzelli ve Korhan, 2014). Ekibin üyesi olan ve hasta ile 24 saat birlikte olan hemşirelerin, hastanın psikososyal sorunlarının tanılanması ve bireyselleştirilmiş bakım alması konusunda önemli ve kritik bir sorumluluğu vardır (Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz, 2013; Akbal Ergün, 2012).

2.1.1. Yoğun Bakım Hemşireliği

Yoğun bakım hemşireliği kritik hastaların fiziksel sosyal ve psikolojik dengesini optimum düzeye ulaştırmayı amaçlayan, sistematik bir süreç ile hasta bakımı uygulayan, alana özel bir dizi eğitim ve uygulamaya tabi tutulan, araştırma ve yeniliğe açık bir hemşirelik hizmetidir (Kavaklı ve ark., 2009; Dikmen, 2013). Yoğun bakım hemşirelerinin temel görevleri arasında yaşamsal işlevlerin 24 saat izlenmesi, bakım ve tedavi uygulamaları, bilinci kapalı hastalarda malnütrisyon gelişiminin önlenmesi için beslenme tedavisi, uygun kişisel hijyenin sağlanması, hastanede yatan hastaların kayıtlarının tutulması hasta ve hasta yakınlarıyla terapötik iletişim ve eğitim gibi fonksiyonel hizmetler bulunur (Avcı ve ark., 2013; Mlynarska ve ark., 2020). Yoğun bakım hemşireliğinin temel amaçlarından biri ise YBÜ'nün hasta üzerinde oluşturduğu olumsuz etkiyi azaltmak ve hastanın tedavi ve bakıma olan uyumunu artırmaktır (Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz, 2013).

YBÜ'ler hastaların fiziksel ve psikolojik yönden kriz yaşadığı, yüksek bağımlılık düzeyinin bulunduğu ve hemşirelerin tüm rollerini yerine getirebilmelerine ve hastayı tüm yönleriyle değerlendirebilmelerine olanak sağlayan bir birimdir. Dolayısıyla yoğun bakım hemşirelerinin hastayı kritik şartlar içerisinde bütüncül olarak değerlendirmesi gerekir (Güngör, 2015; Akbal Ergün, 2017). Hemşireler hastayı bütüncül olarak değerlendirirken bireyselleşmiş bakım ilkesini göz önüne almak durumundadırlar. Bireyselleşmiş bakım bireyin fiziksel, sosyal ve kültürel bir varlık olarak diğer bireylerden farklı olduğu ve ayrı nitelikler taşıdığını ifade eder. Dolayısıyla yoğun bakım hemşiresi hastanın fiziksel ihtiyaçlarının yanı sıra psikososyal ihtiyaçlarının giderilmesi için de çalışır (Terzi ve Kaya, 2011; Güngör, 2015). Yoğun bakım hemşiresinin hastanın psikososyal ihtiyaçlarının giderilmesine yönelik görev tanımı yönetmelikteki 15. maddede "Yoğun bakım hastaları ile hasta yakınlarının psikososyal problemlerine uygun hemşirelik yaklaşımını sağlar" şeklinde yer verilmiştir (Çimen Düşova ve Eti Aslan, 2020). Yoğun bakım hemşiresinin hastayı tüm yönleriyle değerlendirerek bireyselleşmiş bakım vermesi olumsuz yoğun bakım sürecinin iyileşmesine katkı sağlar ve fiziksel refahı arttırır (Terzi ve Kaya, 2011; Güngör, 2015).

2.1.3. Yoğun Bakım Hastasının Özellikleri

Cerrahi işlemler, tanısal yöntemler ve tetkiklerdeki teknolojik ilerlemeler insanların ortalama yaşam süresinin artmasına yol açmıştır. Bunun sonucunda ilerlemiş yaş ve komorbid hastalıklara sahip olan hastaların sayısı artmış ve yoğun bakım ünitelerinin genel popülasyonunu oluşturmaya başlamışlardır (Güngör, 2014). Her yıl ortalama 5 milyondan fazla hastanın YBÜ'ye yatışının yapıldığı bilinmektedir (Bryant ve Mcnabb, 2019). Yoğun bakıma kabul edilen bu hastalar yaşamı tehdit eden hastalık nedeniyle ileri seviye teknolojik tıbbi araçlarla 24 saat üst düzey tedavi ve bakım desteğine gereksinim duyar (Çelik, 2007; Bryant ve Mcnabb, 2019). Yoğun bakım ihtiyacı olan hastalar; solunum yetmezlikleri, reanimasyon sonrası durumlar, kardiyak yetmezlikler, metabolizma bozuklukları, travmalar, kanama- pıhtılaşma bozuklukları, akut böbrek yetmezlikleri, operasyon sonrası komplikasyonlar, sıvı elektrolit dengesizlikleri, zehirlenme ve yanık gibi acil müdahale gerektiren durumlar şeklinde belirtilmiştir (Güngör, 2014).

Yoğun bakım hastalarının yaşamsal faaliyetleri dışarıdan cihazlarla ile desteklendiğinden ve genel durumları ani değişim gösterebildiğinden, sağlık ekibinin diğer birimlere kıyasla daha özverili çalışmasını gerektirirler (Çelik, 2007; Güngör, 2014). Hastaların yoğun bakımda yatış sürecinde organ yetmezliklerinin desteklenmesi, yeterli beslenmenin sürdürülmesi ve doku perfüzyonunun sağlanması gerekir. Hastaların durumu stabilleştiğinde, yoğun bakıma yatış kriteri ortadan kalktığında ve mekanik ventilasyon süreci ile desteklenmesine gerek olmadığında yoğun bakımdan taburcu edilir. (Güngör, 2014).

2.2.Yoğun Bakım Ünitesinde Psikolojik Semptomlara Neden Olabilecek Durumlar

Tarihi süreçte bilimin, hastalıkları iki farklı kategoride incelediği görülmektedir. Bunlardan ilki organları ve vücudun diğer işlevlerini etkileyen fiziksel hastalıklar, ikincisi ise zihinsel ve duygusal süreçleri etkileyen ruhsal bozukluklardır. Zaman içerisinde bu ayrımın ortadan kalktığı görülmektedir. Yapılan çalışmalar, ruhsal ve psikososyal bozuklukların vücutta ağrı ve fiziksel işlev bozuklukları yaratabileceği gibi fiziksel problemlerin de bireyde psikolojik sorunlara yol açabileceğini göstermiştir (Drench ve ark., 2012).

YBÜ'ler kritik hastalıkları olan hastaların yaşam fonksiyonlarının desteklendiği, karmaşık cihazlarla izlendiği, ileri tedavi yöntemlerinin uygulandığı birimlerdir (Kaçal ve Demirsoy, 2018). Son yıllarda yoğun bakımların sağladığı ileri tedavi koşullarının hastaların hayatta kalma oranını arttırdığı fakat yoğun bakımda kaldıkları süre boyunca birçok stres kaynağı ile karşılaştıkları belirtilmiştir. Yapılan çalışmalarda yoğun bakımda kalmanın birçok emosyonel ve psikolojik sonuca sebep olduğu yer almıştır (Hintistan ve ark., 2009; Çam ve Küliğ, 2018; Çam ve Şahin, 2018). Rattray ve ark. (2004) yaptıkları çalışmada hastaların yaşadığı psikososyal sorunların, yoğun bakım deneyimlerinden kaynaklandığını belirtmişlerdir (Rattray ve ark., 2004).

Yoğun bakım biriminde psikososyal sorunlara yol açabilecek bir çok stresör bulunmaktadır. Birimin çevresel özellikleri, hastaların stres ve rahatsızlık seviyesini etkileyen faktörlerden biridir (Zaybak ve Çevik, 2015). Yoğun bakımlar fiziki olarak camı olmayan, dolayısıyla yapay ışık aracılığı ile 24 saat kesintisiz olarak aydınlatılan ünitelerdir. Kesintisiz yapay ışık hastaların gece-gündüz ayrımını ortadan kaldırabilmektedir. Bunun sonucunda hastaların yer-zaman oryantasyonunda ve uyku uyanıklık örüntüsünde bozukluklar görülebilmektedir (Üzar Özçetin ve Hiçdurmaz, 2015). Özellikle hemşirelerin bakım ve uygulamalarının gece saatlerinde yapılmasının hastaların daha fazla ışık ve sese maruz kalması ile sonuçlandığı bulunmuştur (Chivikula ve ark., 2018). Bunların sonucunda oluşan uykusuzluk bireyde stres yanıtı oluşturur. Uykusuzluğun immün sistemi zayıflatması sonucu iyileşme gecikir, görsel halüsinasyon ve deliryum görülebilir (Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz, 2013). Tunçay ve Uçar (2010) yaptıkları çalışmada hastaların %18,9'unun gece-gündüz ayrımında zorluk yaşadığını ve bunun sonucunda oryantasyon bozukluğu yaşadıklarını saptamışlardır (Tunçay ve Uçar, 2010).Yoğun bakımlarda bulunan cihazların sesleri, yoğun bakım ekibinin ve birimde kalan diğer hastaların çıkardığı gürültü, hoş olmayan görüntü ve kokular gibi alışık olunmayan çevresel faktörler, hastaların korku ve endişe yaşamasına sebep olabilmektedir (Çam ve Şahin, 2018; Liao ve ark., 2020; Arslan ve Yazıcı, 2021). Ayrıca hastaların yaşam bulgularının sık ölçülmesi, ilaç saatleri, hemşire ve doktor vizitlerinin sık tekrarının hastalarda psikolojik ve fizyolojik parametrelerde olumsuz yönde bir değişime sebep olduğu bulunmuştur (Chivikula ve ark., 2018).

Yoğun bakım hastalarının yaşamsal faaliyetlerinin sürdürülmesi için hastalara invaziv ve non-invaziv işlemler, endotrakeal aspirasyon, pozisyon verme, monitörize

etme gibi işlemler uygulanır. Bu uygulamalar hastaların klinik süreçlerinde iyileşmeyle sonuçlansa da, hastalar tarafından önceden bilinmeyen bu gibi işlemler ağrı ve anksiyeteye neden olmaktadır (Oflaz ve Varol, 2010; Uyar ve Korhan, 2011). Ayrıca hastalara bağlı infüzyon setlerinin, idrar ve nazogastrik sondanın olması, hastanın mekanik ventilasyon desteği alması hastada ajitasyona neden olmaktadır (Uzelli ve Akın Korhan, 2014). Mekanik ventilasyon desteği alan hastalar iletişim güçlüğü yaşamalarına ve sonucunda hastaların korku ve öfke yaşamalarına neden olur (Happ ve ark., 2014). Hastaların ventilasyon desteği alması, başka birine bağımlı olma, ölüm, yalnızlık gibi düşüncelerini beraberinde getirir (Şahin ve Buzlu, 2016). Özellikle uzun süreli ventilasyon desteği alma ile birlikte antipsikotik ve sedasyon kullanımı psikiyatrik belirtilerin oluşmasına sebep olur (Bryant ve Mcnabb, 2019). Sedasyonun minimum dozlarla uygulanması ya da günlük olarak kesilmesinin psikiyatrik komplikasyonlar açısından koruyucu olabileceği düşünülmektedir (Desai ve ark., 2011).

YBÜ'ler birçok hasta için psikolojik olarak zorlayıcıdır (Liao ve ark., 2020). Hastalar yalnızlık, korku, kimlik kaybı gibi duygular hissedebilir (Efil ve ark., 2011; Vaeza ve ark., 2020). Yoğun bakım sürecinde yaşadıkları sorun ve isteklerini anlatamama gibi iletişim problemleri, aile rollerini yerine getirememe, mahremiyetin olmaması ve finansal endişeler gibi konular hastalarda stres ve kaygıya yol açar. Ayrıca kritik hastalığı olan bireylerdeki ölüm ve acı çekme hastayı yalnızlık ve izolasyona sürükler. Bu gibi durumlar hastaların kendilerini kötü hissetmelerine ve psikolojik bakım gereksinimlerinin artmasına neden olur (Chivukula ve ark., 2014; Çınar ve Eti Aslan, 2017; Çam ve Küliğ, 2018). Alaca ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada hastaların yarısı yoğun bakımda bulunmaları nedeniyle ölümü düşündüklerini, bir kısmı ise korktuğunu ve durumlarının kötü ve ciddi olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir (Alaca ve ark., 2011). Hofhuis ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada, hastalar yoğun bakım deneyimlerini "korkutucu", "rahatsız edici" ve "eziyet verici" olarak tanımlamışlardır (Hofhuis ve ark., 2008). Hastayı etkileyen bir diğer sorun hastanın bireyselliğinin kaybolmasıyla açıklanan "Dehümanizasyon" kavramıdır. "Dehümanizasyon", bireye nesne gibi davranılmasını ya da bireyin kendini o şekilde algılamasını ifade eder. Bağımlı olmanın yanı sıra vücut işlevlerinin yaşam destek cihazlarıyla sürdürülmesi hastanın bu düşüncelerinin gelişmesine katkıda bulunur (Çam ve Küliğ, 2018). YBÜ'deki hastalar çoğunlukla TSSB belirtilerini gösterir. Hastaların travmatik deneyimlerinin etkileri devam eder ve bu belirtiler yoğun bakım sürecinden sonra da etkisini sürdürür. Bu sebeple

yoğun YBÜ'de yaşanan travmatik deneyimlerin sonuçları uzun sürelidir ve hastaların yaşamında olumsuz etkilere sahiptir (Chivikula ve ark., 2017).

Rattray ve Hull, yaztıkları derlemede (2008) yoğun bakımdan çıkan hastaların anksiyete, TSSB ve depresyon gibi psikososyal sorunlar yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bu yüzden yoğun bakımda yatan hastaların yaşadıkları deneyimlerin ve etkilerinin hastalık seyrini etkilemesi ve psikiyatrik hastalıklara sebep olması nedeniyle fiziksel, psikolojik, sosyal yönleri içeren kapsamlı bir yaklaşımla izlenmesi ve müdahale edilmesi gerekir (Loscalzo, 2008; Rattray ve Hull, 2008; Oflaz ve Varol, 2010).

2.3. Yoğun Bakım Ünitesinde Görülen Psikososyal Tepkiler

Bireyin hastalık ile ilgili deneyimi subjektiftir. Bu özelliği sebebiyle hastalık, her bireyde farklı şekilde deneyimlenir ve dolayısıyla her bireyin hastalığa farklı şekilde yanıt vermesine sebep olur (Kocaman, 2008a; 2008b). Özellikle YBÜ gibi en kritik tıbbi hastalıkların tedavi edildiği birimlerde hastalar, bir çok fiziksel ve psikolojik stresör ile karşılaşır. Bu stresörlere hastaların verdiği yanıt üzerinde hastalığın özellikleri, şiddeti, etkilediği doku ve organların hastadaki anlamı, hastanede kalış süresi, hastanın geçmiş deneyimleri, sağlık bakım sistemi üzerindeki inançları gibi faktörler rol oynar. Ayrıca hastanın verdiği tepkiler hastanın yaşı, cinsiyeti gibi demografik faktörlerin yanı sıra kültür, aile ilişkileri, yaşam deneyimleri, sosyal destek ve hastanın baş etme mekanizmaları gibi bireyde farklılık gösteren değerlere de bağlıdır (Dedeli ve Durmaz Akyol, 2008; Kocaman, 2008; Oflaz ve Varol, 2010).

Bireyin hastalığa karşı oluşturduğu psikososyal tepkiler, hastanın psikolojik bütünlüğünü korumak amacıyla bütün emosyonel, bilişsel (kognitif) ve davranışsal yanıtları içerir (Kocaman, 2008b). YBÜ'deki stresörlerin sonucu görülen çeşitli psikososyal tepkiler; öfke, güçsüzlük, deliryum, depresyon, anksiyete, umut-umutsuzluk, uyku yoksunluğu ve spiritüel distres şeklindedir (Kocaman, 2006; Çam ve Küliğ, 2018; Arslan ve Yazıcı, 2021). Özellikle mekanik ventilasyon desteği alan hastalarla ilgili yapılan çalışmada, hastaların %80'inde anksiyete, depresyon ve deliryum görüldüğü bulunmuştur (Uyar ve Korhan, 2011). Hastaların yaşadığı bu psikososyal tepkiler çoğunlukla geçicidir ve zaman geçtikçe azalır (Gorman ve Sultan, 2008). Ancak YBÜ'den taburcu olduktan sonra dahi hastaların %25'inden fazlasının korku, amnezi, depresyon gibi bilişsel ve psikolojik sorunlarının devam ettiği bilinmektedir (Chivukula ve ark., 2014; Bryant ve Mcnabb, 2019).

Hastanın geliştirdiği psikososyal tepkiler, hastalık ve tedavisine yönelik uyumsuzluğa neden olur. Sonuç olarak hastalığının seyrini, şiddetini etkileyerek hastanede kalış süresini uzatır ve yaşam kalitesinde düşüşe neden olur. Bu yüzden bireylere bütüncül bakım sağlanması için fiziksel bakım ile birlikte verilmesi gereken psikososyal bakım ve psikiyatrik tedavi, öncelikle psikososyal tepkilerin tanınmasıyla sağlanabilir (Kocaman, 2008a; 2008b).

2.3.1. Anksiyete

Anksiyete, bilinmeyen ya da birey tarafından belirlenemeyen nedenlerden ötürü gelişen rahatsızlık, korku, belirsizlik hissi olarak açıklanmaktadır (Çam Yanık ve Gürdil Yılmaz, 2019). YBÜ'de yatan hastalar fiziksel ve psikososyal nedenlerle anksiyete yaşarlar (Çam ve Küliğ, 2018). YBÜ'ye yatış, ağrı, gürültü, diğer hastaların ölümüne tanık olmak, sağlık çalışanlarıyla yaşanılan iletişim eksikliği gibi nedenler anksiyete oluşumuna sebep olur. Ayrıca hastalığın şiddeti, hastanın durumunun kritik olması, yoğun bakımda kalmakla ilişkili ekonomik kayıplar gibi nedenlerin anksiyetenin şiddetini arttırdığı bulunmuştur (Shdaifat ve Al Qadire, 2020).

Anksiyetenin belirtileri fizyolojik, emosyonel ve bilişsel olarak ayrılabilir. Fizyolojik semptomların başında nabız, kan basıncı ve solunum sayısında artış gelir. Ayrıca hastada uykusuzluk, yorgunluk, bulantı ve kusma görülebilir. Emosyonel belirtiler arasında huzursuzluk, çaresizlik hissi ve depresyon bulunur. Bilişsel semptomlar ise hastada dalgınlık, dikkatsizlik, unutkanlık ve konsantrasyonda bozulma şeklinde görülebilir (Kocaman, 2008a; Uyar ve Korhan, 2011). Ayrıca hasta anksiyete duygusunun kontrolü amacıyla öfke ve şiddet içerikli davranışlarda bulunabilir ya da bakım verenlere karşı bağımlı bir tavır sergileyebilir (Dedeli ve Durmaz Akyol, 2008).

YBÜ'de yapılan bir çalışma, hastaların %40'ının anksiyete yaşadığını göstermiştir (Shdaifat ve Al Qadire, 2020). Buna ek olarak mekanik ventilasyon desteği alan hastalarda anksiyete bozukluğu yaygınlığının %70-80 arasında olduğu saptanmıştır (Çam ve Küliğ, 2018). Puntillo ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışmada mekanik ventilasyon desteği alan 106 hastanın %85'inin anksiyete yaşadığı belirlenmiştir. Bunun sebebinin hastaların endişelerini ifade edememelerine ya da durumları hakkında bilgi edinememelerine bağlanmıştır (Puntillo ve ark., 2010). Ayrıca anksiyetenin yaşlı hastalarda daha fazla görüldüğü saptanmıştır (Shdaifat ve Al Qadire, 2020).

Hastaların yaşadıkları anksiyete düzeyi mortalite ve morbidite oranlarında artışa sebep olabilmektedir. Bu nedenle yoğun bakımda görülen anksiyete kritik derecede önem taşımaktadır (Şahin ve Buzlu, 2016).

2.3.2. Depresyon

Depresyon bireyin ruh halini, duygulanımını ve kişiliğini değiştiren, tüm faaliyetlerde ilgi ve zevk kaybı yaşamasına sebep olan psikolojik ve somatik bir duygulanım bozukluğudur (Liao ve ark., 2020).

Yapılan çalışmalar fiziksel hastalığı olan bireylerde depresif belirtilerin görülme sıklığının %12-36 arasında geliştiğini ve kadınlarda daha yaygın olduğunu göstermiştir (Mayda ve ark., 2015; Rabiee ve ark., 2016). Özellikle kritik fiziksel hastalıkları olan bireylerin yattığı YBÜ'lerde depresyon görülme sıklığı fazladır ve depresyonun mortalite oranlarını artırdığı bilinmektedir. Özellikle uzun süreli mekanik ventilasyon desteği alan hastalarda daha yaygın olduğu görülmüştür (Bryant ve Mcnabb, 2019; Liao ve ark., 2020). Ayrıca taburcu edilen hastaların mortalite ve morbidite oranlarıyla depresyon arasında ciddi bir ilişki olduğu saptanmıştır. Danimarka' da yapılan retrospektif bir çalışmaya göre yoğun bakım öncesi dönemde depresyon tanısı bulunan hastaların taburculuk sonrasında daha şiddetli depresyon yaşadığı ve premorbid psikiyatrik tanı alma olasılıklarının arttığı saptanmıştır (Liao ve ark., 2020).

Depresyon hastanın tedaviye uyumu ve sürdürmesini etkiler ve taburculuk sonrası yaşam kalitesinde önemli ölçüde azalmaya yol açar. Bu nedenle semptomların erken tanınması ve müdahale edilmesi oldukça önemlidir (Oflaz ve Varol, 2010).

2.3.3. Öfke

Öfke, bireyin ihtiyacının karşılanmaması ya da engellenmesi durumunda ortaya çıkan duygu durum olarak tanımlanır ve birey tarafından algılanan potansiyel niteliğindeki hasar ve tehdide yönelik açığa çıkan emosyonel bir savunmadır (Dedeli ve Durmaz Akyol, 2008; Taşçı ve Bilge, 2021).

Yoğun bakımdaki hastanın var olan hastalığı sebebiyle yaşadığı ekstremite, vücut fonksiyonu ya da genel yaşam standardındaki kayıplar, güçsüzlük, uykusuzluk, yoğun bakımda yaşanılan deneyimlerden dolayı ortaya çıkan uyaran fazlalığı veya yoksunluğu, fiziksel tespite alınma gibi durumlar hastada öfkeye sebep olabilir (Dedeli ve Durmaz Akyol, 2008; Kılıç ve Polat, 2021). Buna ek olarak iletişim eksikliği, hastalarda öfkeye

sebep olan başlıca faktörler arasındadır. Khalaila ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmaya göre analjezik ve anestetik ilaç aldıkları için iletişim güçlüğü yaşayan hastalarda; öfke, kaygı ve depresyon geliştiği gözlenmiştir (Khalaila ve ark., 2011). Ayrıca mekanik ventilasyon desteği alan hastaların istek ve ihtiyaçlarını hemşire ve aile bireylerine iletemediklerinden dolayı öfke, korku ve stres yaşadığı bilinmektedir (Dithole ve ark., 2016).

Öfkenin kan basıncında ve gastrik sekresyonda artma gibi fizyolojik sonuçları olabileceği gibi hastalarda panik, karar vermede güçlük, depresyon, memnuniyetsizlik gibi davranışsal olarak da gözlenebilen sonuçları da vardır. Bunun sonucunda hem hastada hem de hemşirede stres ve hayal kırıklığı oluşabilmektedir. Bu yüzden hemşireler hastanın öfke yaşamasındaki esas nedeni tanılamalı ve hastanın öfkesini uygun yollar ile deneyimlemesinde hastaya yol gösterici olmalıdır (Dedeli ve Durmaz Akyol, 2008; Dithole ve ark., 2016).

2.3.4. Umutsuzluk

Umut, bireyin yaşamının sürdürülmesi için ve başa çıkılması zor durumların üstesinden gelmesi için bireye kaynak olan en temel güçtür ve bireyin iç motivasyonunu artıran önemli etkenlerden biridir (Kocaman, 2008; Arslantaş ve ark., 2010). Umudun iyileşmede kritik ve merkezi bir rolü vardır. Hastalığa uyum sürecinde hastayı bir çıkış yolu olduğuna ve durumunun değişebileceğine yönelik bir inanç geliştirmesini sağlar (Drench ve ark., 2012). Ayrıca yalnızca tedavi ve iyileşmeyi değil, en iyi yaşam kalitesine ulaşmayı hedeflediğinden psikososyal bakımın en önemli bileşenlerinden biridir (Kocaman, 2008; Legg, 2011).

Umudun karşıt kavramı olan umutsuzluk ise bireyin karşılaştığı sorunlara ve hedeflerine ulaşma yoluna yönelik hiçbir çözüm yolu görmediği öznel bir durumdur (Gorman ve Sultan, 2008). Hastalıklar bireyin denge ve uyumuna zarar verdiğinden geleceğe yönelik umut ve beklentilerini etkileyebilir. Bunun sonucunda bireyde hastalığıyla baş etmesini, tedaviye uyumunu, motivasyonunu engelleyen umutsuzluk meydana gelebilir (Arslantaş ve ark., 2010). Alaca ve ark. (2011)'nın YBÜ'de yaptığı çalışmada hastaların %20'si eskisi gibi olmayacaklarını düşündüklerini, hayatını hastanede ve bağımlı şekilde geçireceklerini ifade etmişlerdir (Alaca ve ark., 2011).

2.2.5. Güçsüzlük

Güç, genellikle bireyin etkileme, kontrol etme, yönlendirme, direnebilme ve dayanabilme yeteneği olarak tanımlanır (Kocaman, 2008). Bireylerin kendi yaşamları ve çevreleri üzerinde bir güç ve kontrol uygulayarak hayatlarını devam ettirmeleri gerekir. Bu süreç bozulduğunda ise bireyin kendi etkinliğine dair görüşleri olumsuz etkilenir ve bireyde güçsüzlük duygusu oluşur (Gorman ve Sultan, 2008).

YBÜ'deki hastalar çoğunlukla kendilerini güçsüz hisseder. YBÜ'nün çevresel özellikleri güçsüzlük hissine katkıda bulunur. (Dedeli ve Durmaz Akyol, 2008). Hastanın güçsüzlük duygusuna katkıda bulunan ilk neden kontrol kaybı hissetmesidir. Hastanın hastaneye yatışından itibaren yaşadığı deneyimler, işlemler kişiyi pasif hale getirir ve bağımlılığını arttırır. Hastaların ventilatör desteği alması, boşaltım fonksiyonunu üriner kateter aracılığıyla gerçekleştirmesi, enteral veya parenteral yolla nütrisyon desteği almaları, banyo ve yatak içi hareketlerinin hemşire ve sağlık personeli desteği ile gerçekleşmesi hastanın bağımlı olmasına yol açar. Dolayısıyla hastada güçsüzlük duygusu oluşur. Güçsüzlüğe katkıda bulunan ikinci neden hastanın bilgi eksikliğidir. Hastaların tedavi ve prognozu hakkında yeterli bilgilendirilmemesi hastada güçsüzlüğe sebep olur. Hastanın bilmediği tıbbi aletlerle çevrili olması, tıbbi terminoloji kullanılarak iletişim kurulması gibi durumlar hastada bilinmezlik duygusu ile beraber kontrolü kaybettiği hissini yaşatır (Dedeli ve Durmaz Akyol, 2008; Kocaman, 2008). Hastanın ilaçlarını reddetmesi, sağlık personellerinin önerilerine direnmesi kontrol duygusunu sürdürmeye çabaladığı anlamına gelir. Bu nedenle hemşirenin en önemli müdahalesi, hastanın güç ve kontrol duygusunu sürdürmesine yardımcı olmak amacıyla hastaya prognoz ve tedavi seçenekleriyle ilgili bilgi vererek, hastanın kendi bakım ve tedavisine katılımını sağlamaktır (Dedeli ve Durmaz Akyol, 2008; Gorman ve Sultan, 2008).

2.3.6. Deliryum

Deliryum dağınık düşünce, dikkatsizlik ve dalgalanan bilinç seviyeleriyle seyreden akut bir durumdur (Çam Yanık ve Gürdil Yılmaz, 2019). Hastaların yoğun bakıma kabul esnasındaki süreçte %90'ına yakınının bir dereceye kadar deliryum tablosu gösterdiği belirtilmektedir (Bryant ve Mcnabb, 2019). Yoğun bakımda deliryum gelişme riski için yaş, yatış süresi, mekanik ventilasyon desteği alma durumu, hastalığın şiddeti, çevre ve kullanılan ilaçlar dikkate alınmalıdır (Bryant ve Mcnabb, 2019; Çam Yanık ve

Gürdil Yılmaz, 2019). Özellikle yaşlılarda yaş ve çoklu ilaç kullanımına bağlı deliryum görülme riski daha fazladır (Çam ve Şahin, 2018).

Yoğun bakımın gürültülü ortamı, kokular, aydınlatma, duyusal yoksunluk ve yüklenmeye sebep olan faktörler ile ilişkili çevresel özelliklerinin deliryum için eşik değerini düşürerek oluşmasına ortam oluşturduğu bilinmektedir (Gorman ve Sultan, 2008; Özdemir, 2013; Bryant ve Mcnabb, 2019). Özellikle yoğun bakımda sıklıkla kullanılan benzodiazepin ve opioid grubu ilaçların da deliryum oluşmasında etkili olduğu saptanmıştır (Bryant ve Mcnabb, 2019).

Deliryum yoğun bakımda hastaların kinik seyirlerinde fonksiyonel gerileme, mortalite ve morbidite gelişimine sebep olan bir hastalıktır. Deliryum gelişen hastaların mekanik ventilasyon sürelerinde artma ve buna bağlı hastanede yatış süresinde artış gözlendiği bilinmektedir (Özdemir, 2013; Souza ve ark., 2018). Bu yüzden deliryum yönetimi oldukça önemlidir. Hastaların sirkadiyen ritimleri sürdürülmeli, net bir iletişim kurularak yer-zaman-kişi oryantasyonu sağlanmalıdır (Özdemir, 2013).

2.4. Psikososyal Bakım

Psikososyal bakım bireylere spiritüel, sosyal ve psikolojik olarak hassas bir yaklaşımı ele alır. Psikososyal bakımın amacı hastalığın beraberinde getirdiği duygusal boyutlar ile baş etmekte zorlanan bireylere yardım etmek ve bireyin içinde bulunduğu sağlık durumunu etkileyen yaşam krizine müdahale etmektir (Aksoy ve ark., 2015).

Psikososyal bakımın temelinde hasta merkezli bakım ve bütüncül bakımı temel alan biyopsikososyal sağlık modeli yer alır (Hariharan ve ark., 2015). Bu nedenle tedavi ve bakımın temel bir bileşenidir (Kocaman, 2006). Psikososyal bakım bu yönüyle kritik hastalığa sahip birey ve ailesinin gereksinimlerine odaklanarak hastalıklarının giderilmesine ve bireyin önceki hayatına dönmesinin kolaylaşmasına olanak sağlar (Özdemir ve Taşçı, 2013; Chivukula ve ark., 2014).

Psikososyal bakımın fiziksel belirtileri azaltmasının yanı sıra hastanın hastalığına yönelik baş etme becerilerini artırıp yaşam kalitesinde artmaya sebep olduğu bilinmektedir. Bu yüzden hastanın psikolojik durumunun fark edilerek buna yönelik müdahale ve girişimlerin uygulanması önemlidir (Oflaz ve Varol, 2010). Hastanın kişiliğini, hastalığa karşı olan tepkisini, yaşadığı güçlükleri ve baş etme stratejilerini anlamak psikososyal bakımın temelini oluşturur (Kocaman, 2006). Ayrıca açıklama,

empatik dinleme ve dokunuş, hastaya güven ve umut verme, hastaların özgüvenini güçlendirme uygulanan psikososyal bakım müdahaleleridir. Bu müdahalelerin yoğun bakımda yatan hastaların stres düzeyini azaltarak refah seviyelerinde artmaya sebep olduğu bilinmektedir. Chivikula ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada YBÜ'de uygulanan psikososyal bakımın hastaların refahını artırdığı ve YBÜ'de oluşan travmayı en aza indirdiği saptanmıştır (Chivikula ve ark., 2017).

2.4.1. Psikososyal Bakım Düzeyleri

Psikososyal bakım dört düzeyde ele alınmaktadır.

2.4.1.1. Birinci Düzey Psikososyal Bakım

Psikososyal Bakım düzeylerinin ilki temel iletişim ve tanılama becerilerini içerir. Uygun bilgi verme, empati, dinleme, görüşme gibi beceriler tüm ekip üyeleri tarafından bakımın minimum standartlarını sağlamak için kullanılır (Kocaman, 2005). Bu becerilerin amacı hasta üzerindeki etkileri gözlemleyip, hastanın psikolojik gereksinimlerinin belirlenmesidir. Hasta ile zayıf iletişim kurulması ve hastayı yeterince bilgilendirmeme tedavinin bozulması ve hastanın uyum problemleri yaşaması ile sonuçlanır (Kocaman, 2006). İyi bir iletişim ise hastanın bilgisini arttırarak anksiyeteyi azaltır ve bakım ile ilgili memnuniyetini arttırır (Özdemir ve Taşçı, 2013).

Aktif dinleme psikososyal bakım uygulamasında oldukça önemlidir. Bakım veren kişinin hasta için fiziksel, duygusal ve sosyal açıdan "orada olmasını" ifade eder (Kocaman, 2005). Empatik, yardım edici, kavrayıcı ve etik ilkelere uygun olarak hastaya yaklaşılmalıdır. Hastaya önyargısız, açıklayıcı ve kabullenici yaklaşım hastanın duygu ve endişelerini paylaşmasında kolaylık sağlar (Kocaman, 2006).

Hastanın kendi sağlık yönetiminde aktif katılımı desteklenmelidir. Bilgi verme becerisi ile hastanın aktif katılımı sağlanabilir. Bilgi vermeden önce hastanın genel durumu ile ilgili bilgisi, bildiği yanlışlar, eksiklikler, beklentileri belirlenmeli ve hastanın soru sorması için fırsat verilmelidir. Hastaya bilgi verirken sözel bilgiyle yazılı materyalin desteklenmesi, bilgi vermenin belirli aralıklarla tekrarlanması gereklidir. Hastaların kişilik yapısı, baş etme şekli ve savunma mekanizmaları gidişatı etkileyen faktörlerdendir. Hastanın duyusal problemleri, anksiyete düzeyi ve bilginin karmaşık niteliği bilgi verme becerisini engeller niteliktedir (Kocaman, 2006).

2.4.1.2. İkinci Düzey Psikososyal Bakım

Psikososyal bakımın ikinci düzeyi hasta ve ailesinin stresle baş etme yeteneğinin arttırılması, hastayla terapötik ilişki kurulması ve hastanın duygularını ifade etmesi için cesaretlendirilmesini kapsar (Okanlı, 2011). Psikososyal bakımın bu düzeyi hastanın artma olasılığı olan problemlerinin fark edilmesi, önlenmesi ve psikolojik tedaviye duyulan ihtiyacın azalmasını sağlar (Kocaman, 2005). Hastaların uyumunu kolaylaştırmayı amaçlayan erken müdahale ruhsal bozuklukların oluşmasında engelleyicidir (Kocaman, 2006).

Psikososyal bakımda duygu ve düşüncelerin serbestçe ifade edilmesi önceliklidir (Kocaman, 2005). Bu nedenle hemşire ve diğer sağlık çalışanları hastanın kendini ifade edebileceği bir ortam oluşturmalıdır (Özdemir ve Taşçı, 2013). Sorun çözmeye yönelik girişimler ancak bu aşamanın gerçekleşmesiyle uygulanabilir (Kocaman, 2005).

2.4.1.3. Üçüncü Düzey Psikososyal Bakım

Üçüncü düzey psikososyal bakım hemşirelerin hastaların psikolojik problemleriyle baş etmede yeterli olmalarını gerektirir (Özdemir ve Taşçı, 2013). Bunun nedeni hastaların problemlerine yönelik yaklaşımda sorun çözme becerileri, amaç yönelimli, kısa süreli özelleşmiş becerilerin ve anksiyete ile baş etme gibi tekniklerin kullanılmasıdır (Okanlı, 2011).

Üçüncü düzeydeki psikosyal bakım için "Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi (KLP) Hemşiresi", uzman klinik hemşire, sosyal çalışmacı, psikolog ve psikiyatrist gibi uzmanlar tarafından hasta ve yakınlarına doğrudan ya da dolaylı olarak danışmanlık verilir. Hastalara anksiyetenin azaltılmasına yönelik gevşeme ve solunum egzersizi gibi özelleşmiş teknikler uygulanır (Özdemir ve Taşçı, 2013). Özellikle gevşeme teknikleri, hastalar üzerinde kendi beden ve yaşamlarının kontrolü olduğu düşüncesini geliştirmede yararlıdır (Kocaman, 2005).

2.4.1.4. Dördüncü Düzey Psikososyal Bakım

Dördüncü Düzey psikososyal bakım, alanında uzman bir terapistin bilişsel ve davranışçı terapi yöntemleri, aile terapisi gibi psikososyal bakımı tedavilerini uygulamasını içerir (Özdemir ve Taşçı, 2013). Fiziksel hastalığı olan bireylere bütüncül bakımın sağlanmasında KLP hemşiresi diğer ekip üyeleri ve serviste çalışan hemşirelerle işbirliği içinde çalışır (Kocaman, 2005).

2.5.Psikososyal Değerlendirme

2.5.1. Psikososyal Durumun Belirlenmesi

Psikososyal durumun belirlenmesi hastanın sağlık öyküsünün alınmasında en önemli bölümdür. Belirleme, öykü alınarak, gözlem yapılarak ve kayıtların incelenmesiyle yapılmaktadır. Hastayla olumlu bir ilişki kurulmasının ve fizik muayenenin uygulanmasının ardından hastanın psikososyal öyküsü alınmalıdır. Psikososyal öykü bireyin kişisel özelliklerini, ailesi ve kendisi için önemli yakınlarının özelliklerini, sosyo ekonomik düzeyi ve hastalıkla ilgili özellikleri içermelidir (Ançel, 2007).

2.5.2. Psikososyal Durum Değerlendirmesi

Fiziksel hastalığı olan bireyde psikososyal sorunların varlığı, hastanın tedavi sürecini etkiler (Gorman ve Sultan, 2008). Bu yüzden hemşirenin, psikososyal bakım vermesi için hastanın tepkilerini ve bu tepkileri etkileyen faktörleri bilerek değerlendirme yapması gereklidir (Kocaman, 2008a). Hemşirenin yaptığı kapsamlı değerlendirme, hastanın sorunlarını, ihtiyaçlarını, oluşabilecek problemlerin belirlenmesini sağlar.

Psikososyal değerlendirme, hastada gelişen fiziksel semptomların hasta ve ailesi üzerinde oluşturduğu etkiye odaklanır. Dolayısıyla değerlendirmede hastanın sosyo kültürel geçmişi, manevi ve felsefi inançları ve ailevi sorunları sorgulanır. Hastaya yapılacak olan psikososyal değerlendirme şunları içerir:

1. Başa Çıkma Mekanizmaları: Hastanın geçmiş hastalık deneyimleri esnasında stres altındayken hangi başa çıkma mekanizmasını kullandığını içerir.

2. Mevcut Hastalığı Anlama: Hastanın mevcut sağlık problemini ne kadar anladığı ve yaşamı üzerinde nasıl bir etkiye yol açtığını düşündüğü anlaşılır.

3. Kişilik Yapısı: Hastanın hastalık sürecini etkileyecek kişilik yapısı incelenir. Bağımlı, eleştirel, dramatik ve düşmanca yaklaşımı gibi özellikler yönünden değerlendirilir.

4. Ruhsal Bozukluk Öyküsü: Hastada ruhsal bozukluk tanısı ya da ilaç kullanım öyküsü araştırılır. Mevcut durumunda psikiyatrik semptomlar taşıyıp taşımadığı değerlendirilir.

5. Yaşam Değişiklikleri ve Stresörler: Hastanın yakın zamanda yaşamında oluşan büyük bir değişiklik veya travmatik bir olay varlığı sorgulanır. Ölüm, iş veya rol değişimi, taşınma ve yakın zamanda bir çocuğun doğumu gibi olumlu ve olumsuz olaylar yönünden değerlendirilir.

6. Maneviyat: Hastanın yaşam tarzı üzerinde maneviyat ve dinin rolü değerlendirilir. Hastanın bu yönünün tıbbi tedavi ve bakımı üzerindeki etkileri araştırılır (Gorman ve Sultan, 2008).

2.6.Psikososyal Bakımda Yoğun Bakım Hemşiresi

Hemşirelerin hastanın fizyolojik gereksinimlerin yanı sıra psikososyal gereksinimlerini de belirlemesi oldukça önemlidir (Harrad ve ark., 2019; Arslan ve Yazıcı, 2021). Hasta bakımı psikososyal tepkilerin en aza indirilmesi ve bakım ortamının düzenlenmesiyle olumlu yönde gelişim gösterir. Bu durumun sağlanmasında yoğun bakım ekibinin bir üyesi olan hemşirelerin önemli bir yeri vardır (Arslan ve Yazıcı, 2021).

Hastaya bütüncül bakım verilmesi esasına dayanan hasta yaklaşımını benimseyen yoğun bakım hemşireleri, hastanın fiziksel bakımın yanında terapötik ortam sağlama ve psikoterapötik müdahaleleri içeren girişimleri de kullanır (Çam ve Küliğ, 2018). Yoğun bakım sürecinde invaziv girişimler, mekanik ventilasyon, pozisyon değişim, beslenme ve boşaltım aktivitelerine yönelik işlemlerin uygunsuz şekilde yapılması hastalar üzerinde mortalite ve morbiditeye varan sonuçlara neden olabilmektedir. Bu nedenle yoğun bakım hemşiresinin psikososyal bakım ile hastanın anksiyetesini azaltarak ve hastanın yoğun bakım ünitesine uyumunu sağlayarak tedaviyi kolaylaştıran ekibin içinde etkin ve kritik bir rolü vardır (Çelik ve ark., 2016). Etkin bir psikososyal bakım için hemşirenin etkili iletişim ve problem çözme becerisine, profesyonel yaklaşım, duyarlılık ve hastalık bilgi ve bileşenlerine karşı donanımlı olması gereklidir (Okanlı, 2011).

Psikososyal bakım hastaya destekleyici, rahatlatıcı, güven verici girişimlerin uygulanmasıyla gerçekleşir. Psikososyal sorunlara yönelik hemşirelik girişimleri ise tanımlama, terapötik ilişki kurma, bilgi verme, empati, görüşme gibi uygulamalardır. Bu uygulamaların amacı hastanın baş etme, benlik saygısı, umut ve yaşam kalitesinin arttırılmasıdır. Ayrıca bu uygulamalar hasta ve ailesinin hastalığın getirdiği yaşam tarzı değişimine uyum sağlamalarına yardımcı olur ve hastalığı yönetme becerileri kazandırır (Aksoy ve ark., 2015; Arslan ve Yazıcı, 2021). Kritik hastaların bakım ve tedavilerinin uygulandığı yoğun bakım ünitelerinde hasta ve aileye yönelik psikososyal bakımı entegre

edebilmek için hemşireleri hasta ve ailesinin gereksinimlerinin farkında olmalı, uygun iletişimi sağlamalı, hastaya yapılan işlemler hakkında bilgilendirici olmalı, hastaya yönelik çevresel uyaranları en aza indirmeli ve hastanın duygularını açıkça ifade etmesine olanak sağlamalıdır (Gorman ve Sultan, 2008; Arslan ve Yazıcı, 2021).

Etkili ve doğru iletişim, hastanın psikososyal bütünlüğünün korunması ve başarılı bir hemşirelik bakımının uygulanması için gereklidir. Dolayısıyla yoğun bakım biriminde çalışan hemşirelerin iletişim, becerisi daha özellikli bir seviyede olmalıdır. (Bayrak Kahraman ve Bostanoğlu, 2012). Yoğun bakımdaki hastalar tedavi ve gereksinimlerine göre bilinci açık veya kapalı olabilir ya da hastalar entübe biçimde takip edilebilir. Buna bağlı olarak hemşirelerin hastaların gereksinimlerine yönelik sözlü ve sözsüz iletişim teknikleri kullanmaları gerekir. Sözlü iletişim tekniklerinde soru sorma, kabul etme, empati, açıklama ve özetleme tekniklerini kullanılır. Sözsüz iletişim teknikleri ise sessizlik, el hareketleri, göz teması, yüz ifadesi, aktif pasif dinlemedir. Hastaya uygulanacak her işlem açıklanmalı, kısa ve net cümleler ile ifade edilmelidir. Hastaya açıklama yapılması etik bir sorumluluktur. Bunun yanı sıra açıklama yapmak, hastanın tedavi ve bakıma uyumunun kolaylaştırılmasında ve yoğun bakım sürecinin olumsuz etkilerinin azaltılmasında önemlidir. Bu, hastanın değerlendirilmesi esnasında hastaların ruhsal ve sosyal refahını destekler (Legg, 2011; Efil ve ark., 2011; Aktaş ve Baysan Arabacı, 2016). Tıbbın ilerlemesiyle günümüzde entübe hastalara verilen sedasyon tedavisi azaltılmıştır. Bunun sonucunda entübe ve bilinci açık, kendi durumunun farkında fakat sağlık çalışanlarıyla sağlıklı iletişim kuramayan bir hasta grubu doğmuştur. Bu hastalar kendi durumlarıyla ilgili endişe duyarlarken, bir taraftan kendilerini ifade etme ve gereksinimlerini anlatmada zorluk yaşarlar. Hastaların yaşadığı bu iletişim güçlükleri hastalar üzerinde stres yaratmakta, depresyon, anksiyete, öfke, panik, korku, uyku bozuklukları ve benlik kontrolü kaybına neden olmaktadır. Bu yüzden yoğun bakım hemşiresi yaşanan iletişim güçlükleri sonucu oluşan psikolojik tepkileri tanıma ve önlemede önemli bir sorumluluğa sahiptir (Puntillo ve ark., 2010; Aktaş ve Baysan Arabacı, 2016). İletişim sağlamada hastanın kültürel yapısı, yaşı, eğitim seviyesi, iletişim becerileri gibi faktörler göz önüne alınmalıdır. Entübe hastanın durumuna göre dokunma, onaylama, iletişim kartları gibi teknikler kullanılarak hasta ile etkileşim sürdürülmelidir (Efil ve ark., 2011; Terzi ve Kaya, 2011).

Bilinci açılan hastalar üzerinde yapılan çalışmalar hastaların bilincinin kapalı olduğu dönemde çeşitli konuşmaları duyabildiklerini göstermiştir. Efil ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada bilinci açılan hastanın bilinci kapalıyken konuşulanları duyduğunu ifade etmiştir (Efil ve ark., 2011). Bu nedenle hemşire hastanın işittiğini unutmamalı, hastaya ismiyle hitap ederek ve kısa, net cümleler kurarak iletişimi sürdürülmelidir (Aktaş ve Baysan Arabacı, 2016). Hemşirelerin aktif iletişimini içeren bakım tutumlarının kritik hastaların iyileşmesinde olumlu katkı sağlamasının yanı sıra korku ve konfüzyonunun azaltılmasında önemli etkileri vardır (Efil ve ark., 2011; Yoo ve ark., 2020).

Hemşireler hastaya bakım verirken çevresine yönelik algılarını dikkate almalı ve stres kaynaklarını belirleyerek çevre düzenlemesi yapmalıdır (Uzelli ve Akın Korhan, 2014). Hastalara yapılan işlemler esnasında hasta mahremiyetinin sağlanması amacıyla hasta yatakları arasına perde çekilmesi, ışıkların yeterli ölçüde açık bırakılıp hastaların uyumasına olanak sağlanması, cihaz seslerinin sağlık çalışanlarının fark edebileceği düzeyde bırakılması, yoğun bakımda gürültüye yönelik düzenlemeler yapılması gibi uygulamalar ile hastalarda ortaya çıkabilecek uykusuzluk ve oryantasyon bozukluğu oluşma riski azaltılabilir. Dolayısıyla hastaların kendilerini daha rahat ve güvende hissetmeleri sağlanarak iyileşme süresinin kısaltılması sağlanabilir (Uzelli ve Akın Korhan, 2014; Üzar Özçetin ve Hiçdurmaz, 2015).

Psikososyal tedavi ve bakımın odağı hasta ve ailesidir. Dolayısıyla hemşirenin hastanın tedavi ve bakımına ailesini dahil etmesi çok önemlidir. Hemşirenin hastanın yakınlarıyla işbirliği kurarak yardım alması ve uygun koşullar sağlanarak ailenin hastasını sık sık ziyaret etmesinin sağlanması, hastanın YBÜ'ye uyumunu kolaylaştırır (Yıldırım ve Gürkan, 2010; Terzi ve Kaya, 2011).

2.7. Psikososyal Bakımın Önündeki Engeller

YBÜ'de psikososyal bakım gereksinimlerin uygulanması ve ihmal edilmemesi gerekli ve önemlidir (Uzelli ve Akın Korhan, 2014; Aktaş ve Baysan Arabacı, 2016). Ancak uygulamada çeşitli nedenlerden dolayı gereksinimlerin yeterli derecede karşılanamadığı saptanmıştır (Aktaş ve Baysan Arabacı, 2016). Bu nedenlerden ilki YBÜ'deki hastaların durumunun kritik olması nedeniyle fizyolojik aciliyet gerektiren değişikliklerin yaşanması ve psikolojik bakımının ihmal edilebilmesidir (Hintistan ve ark., 2009). Yaşam riski söz konusu olduğundan hemşireler hastaların fiziksel

durumlarıyla ilgili bakımlarını daha öncelikli görebilir ve buna yönelik uygulama yapabilirler (Hariharan ve ark., 2015; Zaybak ve Çevik, 2015).

Yapılan çalışmalar fiziksel hastalığı olan bireylerde psikiyatrik belirtilerin tanılanma oranlarının oldukça düşük olduğunu göstermektedir (Oflaz ve Varol, 2010). Ayrıca hastaların fiziksel problemlerini yönetmede etkin olan hemşireler psikososyal sorunları yönetmede ve etkili iletişimde yetersiz kalmaktadırlar. Bunun sebebinin hemşirelerin psikiyatrik ve psikososyal sorunlara yönelik bilgilerinin sınırlı olduğu ya da kendilerini psikolojik problemlerle başa çıkmada donanımlı görmediklerinden kaynaklanmaktadır (Kocaman, 2006; Drench ve ark., 2012; Uzelli ve Akın Korhan, 2014). Bunlara ek olarak hemşirelerin yarısının hastanın psikofarmakolojik tedavisini takip edemediği bulunmuştur (Yıldırım ve ark., 2019).

Psikososyal bakımın önündeki engellerden bir diğeri hemşirelerin tükenmişlik düzeyleriyle ilişkilidir (Dizer ve ark., 2008). Yapılan çalışmalarda YBÜ hemşirelerinin diğer birimlerde çalışan hemşirelere oranla daha fazla tükenmişlik yaşadıkları saptanmıştır. YBÜ'deki hastaların diğer birimlerden farklı olarak yatağa bağımlı olması, tümüyle bakıma ihtiyacı olması ve hastaların bilincinin kapalı olması hemşireler için zorlayıcı olabilmektedir (Kutlu, 2007). Prognozu ağır olan ve terminal dönemdeki hastalara bakım vermenin getirdiği iş yükü fazlalığının, duygusal tükenme ve duyarsızlaşmaya neden olarak hemşirelerin bireysel performanslarını etkilediği ve problem çözme becerilerini azalttığı görülmüştür (Dizer ve ark., 2008; Kavaklı ve ark., 2009; Legg, 2011). Ayrıca YBÜ'de çalışan hemşirelerin stres düzeylerinin de diğer birimlere oranla daha fazla olduğu bilinmektedir (Özaltın ve Nehir, 2007). Stres düzeyinin fazla olması iş yükü fazlalığı, personel eksikliği, hasta ölümlerinin sık yaşanması ve acil müdahaleye aktif katılmalarına bağlı olabileceği gibi hemşirelerin hastalıkların ciddiyetini bilmelerinden ötürü duyarsız görünmekten çekinmeleri de stres faktörlerini arttıran nedenler arasındadır (Zaybak ve Çevik, 2015; Młynarska, 2020; Arslan ve Yazıcı, 2021).

Psikososyal bakımı engelleyen çevresel faktörler incelendiğinde ise; uygun olmayan sıcaklık, gürültü, mahremiyete uygun olmayan bakım koşulları ve cihaz seslerinin psikososyal bakımı dolaylı olarak etkilediği görülmüştür (Norouzinia ve ark., 2016).

YBÜ'de mekanik ventilasyon ve trakeal entübasyon desteği alan hastalar ihtiyaçlarını iletemezler. Genellikle baş sallama, yazı yazma ya da el hareketlerini kullanarak iletişime geçmeye çalışırlar. Hemşirelerin genellikle ventilasyon desteği alan hastalarla iletişimden kaçınıp, fiziksel bakım gereksinimlerine odaklandıkları bilinmektedir. Bu yaklaşım, iletişimi olumsuz yönde etkiler (Dithole, 2016). Kahraman ve Bostanoğlu'nun çalışmasında (2012) yoğun bakım hemşirelerinin hastalar ile iletişimde güçlük yaşadığı belirlenmiştir. Güçlük yaşamaları yoğun bakım çevre koşullarının ve hastaların klinik özelliklerinden kaynaklanan sebeplere dayanmaktadır (Kahraman ve Bostanoğu, 2012). Bayraktar ve Kara'nın çalışmasında (2019) hemşirelerin iletişim güçlüğü yaşayan hastaya karşı iletişim becerileri uygulamalarında yetersiz olduğu saptanmıştır (Turan Bayraktar ve Kara, 2019).

Hemşireler için yetkinlik önemli bir kavram ve kriterdir. "Amerika Birleşik Devletleri" nin 1999 yılında yayınladığı raporda "Yetkin hemşireler hastalara güvenli bakımı sağlamada önemli role sahiptir." şeklinde hemşireler için yetkinliğin önemi vurgulanmıştır. Hastanın bütüncül bakımının sağlanmasında hemşirenin psikososyal bakım yetkinliğinin olması önemli bir kriterdir (Karahan ve Kav, 2018). Alaca ve ark.'larının (2011) yaptığı çalışmada hemşirelerin hastaların psikososyal sorunlarını tanılayamadıkları ve bu yüzden doğru zamanda müdahale edemedikleri bulunmuştur (Alaca ve ark., 2011).

Mesleki alanlardaki farklı ve özel uygulamalar ile hemşirelik uygulamalarının ileri düzey gelişmeler göstermesi, hemşirelerin yetkinlik kazanmasını zorlaştırmaktadır. Ancak hemşirelerin yetkinlikleri çeşitli yöntemlerle geliştirilebilir ve değerlendirilebilir. Hemşirelerin yetkinliğinin değerlendirilmesinde hizmet içi eğitimler ve uygulamalar esnasında gözlem yoluyla; yönetici, mentor, hasta gibi kaynaklardan görüş alınması ile; hemşirelerin eğitim durumu; döküman ve raporların incelenmesi gibi girişimler kullanılabilir (Karahan ve Kav, 2018).

Sonuç olarak sağlık elemanlarının eğitimi ve sisteminin işleyişinden kaynaklı eksiklikler ve sorunlar, hastaların psikososyal gereksinimlerinin karşılanamamasına neden olabilmektedir (Kocaman, 2006).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tasarımı

Araştırma, yoğun bakım hemşirelerinin "Psikososyal Bakım Verme Durumlarının" ve yetkinliklerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı araştırma tipinde gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Değişkenleri

3.2.1. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri:

Araştırmanın bağımsız değişkenleri yoğun bakımda çalışan hemşirelerin bireysel özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, ekonomik durum, bulunduğu birimde çalışma süresi, çalıştığı birimden memnun olma düzeyi, haftalık çalışma saati, çalışma biçimi, hemşire başına düşen ortalama hasta sayısı, psikososyal eğitim alma durumları) dir.

3.2.2. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri:

Araştırmanın bağımlı değişkenleri yoğun bakımda çalışan hemşirelerin "Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği" puanları ve "Psikososyal Bakım Verme Durumları" dır.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı:

Araştırma Eylül 2021 ile Haziran 2022 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Araştırma verileri 25 Mart- 15 Nisan 2022 tarihleri arasında "Google Formlar" aracılığı ile toplandı.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:

Araştırmanın evrenini "Türk Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği"ne (TYBHD) üye yoğun bakım hemşireleri oluşturdu (N=1050). Araştırma için gerekli örneklem sayısını belirlemek üzere güç analizi yapıldı. Testin gücü, G*Power 3.1 programı ile hesaplandı. Çalışma örneklemi, %95 güven aralığı; %5 anlamlılık düzeyi ve 0,8 etki büyüklüğünde en az 82 yoğun bakım hemşiresi olarak hesaplandı. (df=68; t=1,668). *Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri;* yoğun bakım biriminde hemşire olarak çalışma ve araştırmaya katılmaya gönüllü olma olarak belirlendi. Örneklem seçiminde olasılıksız örneklem yöntemi kullanıldı. Araştırma verileri 100 yoğun bakım hemşiresinden oluşturuldu.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri; "Bireysel Özellikler Formu", "Psikososyal Bakım Verme Durumları Anket Formu" ve "Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği" aracılığı ile toplandı. Anketleri doldurmadan önce katılımcılar "Bilgilendirilmiş Onam Formu" ile bilgilendirildi (Ek-1)

3.5.1. "Bireysel Özellikler Formu" (Ek- 2)

Anket formu araştırmacının literatür doğrultusunda hazırladığı yoğun bakım hemşirelerinin yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi bireysel özelliklerini ve mesleki çalışma şartlarını kapsayan 15 adet soru içermektedir. Veri toplama aşamasına geçilmeden önce örneklemin %10' una pilot çalışma uygulanmıştır. (Kara, 2019; Mercan, 2020; Arslan, 2021).

3.5.2. "Psikososyal Bakım Verme Durumları Anket Formu-PBVDAF" (Ek- 3)

Anket formu, yoğun bakım hemşirelerinin "psikososyal bakım verme durumlarını" saptayabilmek amacıyla literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Form 7 maddeden oluşmuş olup her bir madde "Katılıyorum (1 puan)", "Kararsızım (2 puan)" ve "Katılmıyorum (3 puan)" şeklinde derecelendirilmiştir (Kara, 2019; Mercan, 2020; Arslan, 2021).

3.5.3. "Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği-PBYÖDÖ" (Ek- 4)

PBYÖDÖ, Huriye Karataş (2019) tarafından kliniklerde çalışan hemşirelerin psikososyal bakım yetkinliği öz değerlendirmelerini ölçmek amacına yönelik geliştirilmiştir. Ölçek 18 maddeden oluşmaktadır ve "Beni hiç tanımlamıyor" (1 puan), "Beni biraz tanımlıyor" (2 puan), "Kararsızım" (3 puan), "Beni iyi tanımlıyor" (4 puan) ve "Beni çok iyi tanımlıyor" (5 puan) şeklinde 5'li likert tip değerlendirmeye sahip öz bildirime dayalı bir ölçektir. Ölçeğin 4 alt faktörü vardır. Bunlar aşağıda verilmiştir:

Faktör 1: 3-4-5-6-7 numaralı maddelerinin yer aldığı "Semptom Tanımlama"; hastanın psikososyal belirtilerini tanılamaya yönelik ifadelerdir. Faktörün "Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı" 0,93'tır. Bu çalışmada ise 0,97 bulundu.

Faktör 2: 10-11-12-13-14 numaralı maddelerin yer aldığı "Bilgiyi Kullanma"; sağlık çalışanının yetkinliklerini kullanarak yaptığı uygulamaları ifade eder. Faktörün" Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı" 0,85'tir. Bu çalışmada ise "Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı" 0,91 bulundu.

Faktör 3: 15-16-17-18 numaralı maddelerin yer aldığı "Müdahale"; sağlık çalışanının hastanın psikososyal sorunlarına ilişkin potansiyel becerilerini ifade eder. Faktörün

"Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı" 0,83'tür. Bu çalışmada ise "Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı" 0,90 olarak bulundu.

Faktör 4: 1-2-8-9 numaralı maddelerin yer aldığı "Tanılama"; sağlık çalışanının hastanın psikososyal problem ve gereksinimlerine yönelik tanılama becerisini ifade eder. Faktörün "Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı" 0,80'dir. Bu çalışmada ise "Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı" 0,91 olarak bulundu (Karataş ve ark.,2021).

Ölçeğin toplam "Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı" 0.93'tür. Bu çalışmada ise toplam ölçek için "Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı" 0,95 olarak belirlendi.

3.6. Veri Toplama Süreci

Veriler çevrimiçi olarak "Google Formlar" aracılığıyla toplandı. Anketler yaklaşık 15 dakikada doldurduldu. Çevrimiçi toplanan veriler "Çevrimiçi İnternet Anketinin Sonuçlarının Raporlanması için Kontrol Listesi ÇİASRKL" (The Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys-CHERRIES) ile elde edildi. ÇİASRKL örneklem seçimini ve seçilen örneklemi temsil eden örneklemin farklılıklarının anlaşılabilmesini sağlayan ve çevrimiçi yapılan anketlere yönelik yapılandırılmış bir kontrol listesidir. "Tasarım", "Etik", "Formun geliştirilmesi ve ön testi", "Kabul edilme süreci ve ankete katılan örneklemin tanımı", "Anket yönetimi", "Yanıt oranları", "Aynı kişinin birden fazla girişinin engellenmesi" ve "Analiz" başlıkları ile 8 kategoriden oluşmaktadır. Bu çalışma ile ilgili yapılan kontrol listesi Tablo 3.1'de verildi (Eysenbach 2004).

Tablo 3.1: ÇİASRKL

Madde Kategorisi	Kontrol Listesi Maddeleri	Açıklama
Tasarım	Anketin Tasarımı	Anket formlarından "Bireysel Özellikler Formu" ve "PBVDAF" literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirildi. PBYÖDÖ ise geliştiren araştırmacılardan izin alınarak kullanıldı. Anket formları ve ölçek araştırmacı tarafından açık anket şeklinde "Google Formlar" aracılığı ile hazırlandı.
Etik	Etik Onam	Çalışmanın etik onayı "İstanbul Üniversitesi–Cerrahpaşa, Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu"ndan alındı (Tarih: 06.01.2022, Karar No: 2021/286). Ayrıca "Covid-19 Pandemisi"nden dolayı veri toplama yönteminde değişiklik yapılmasına ilişkin Etik Kurula başvuru yapıldı ve onam alındı (Tarih/Sayı: 06.06.2022/279911). Veri toplama sürecine ilişkin TYBHD'den izin alındı (Karar No:347). "PBYÖDÖ"ni geliştiren Huriye Karataş ve Meral Kelleci'den ölçek kullanım izni alındı.

	Bilgilendirilmiş Onam	Katılımcılara "Google Formlar" aracılığı ile "Helsinki Deklarasyonu"na uygun olarak hazırlanmış "gönüllü onam formu" sunuldu. Onamda anketin gönüllülük esasına dayandığı, istenildiği takdirde çalışmaya katılımı sonlandırabilecekleri, çalışmanın 10-15 dk aralığında sürdüğü ve yanıtlarının yalnızca araştırma amacı ile kullanılacak olup, verilerin saklanacağı bilgisi verildi. Yalnızca bilgilendirilmiş onamı kabul eden katılımcıların ankette ilerleyebilmelerine olanak tanındı.
	Verilerin Korunması	Katılımcıların kişisel verileri toplanmamıştır. Anketlerden elde edilen veriler araştırmacı himayesinde 2 yıl saklanacak ve araştırmanın bağlı olduğu kurum aracılığı ile imha edilecektir.
Formun Geliştirilmesi ve Ön testi		"Bireysel Özellikler Formu" ve "PBVDAF" araştırmacının literatür incelemeleri doğrultusunda oluşturuldu (Kara, 2019; Mercan, 2020; Arslan, 2021). Veri toplama aşamasına geçilmeden önce örneklemin %10'una pilot çalışma uygulandı.
Kabul edilme süreci ve ankete katılan örneklemin tanımı	Açık veya Kapalı Ölçek	Anket, açık anket şeklinde "Google Formlar" aracılığı ile hazırlandı.
	Bağlantı Yönetimi	Katılımcılara TYBHD izni ile e mail yolu ile ulaşıldı.
	Anketin Reklamı	Anketin reklamı yapılmadı. Ankete gönüllü olarak katılmayı onaylayan yoğun bakım hemşireleri davet edildi.
Anketin Yönetimi	Web/email	Anket soruları "Google Formlar" üzerinden "Çoktan Seçmeli" "Onay Kutusu Tablosu" ve "Kısa Yanıt" şeklinde oluşturuldu ve yerel sunucularda güvenli şekilde saklandı.
	Bağlam	Araştırma verileri Google'ın ücretsiz bir hizmeti olan "Google Formlar" aracılığıyla toplandı.
	Zorunluluk/ Gönüllülük	Araştırma verileri çalışmaya katılmayı onaylayan gönüllü yoğun bakım hemşirelerinden oluşturuldu.
	Teşvikler	Katılımcılara teşvik için ödeme yapılmadı.
	Zaman/ Tarih	Araştırma verileri 25 Mart- 15 Nisan 2022 tarihleri arasında toplandı.
	Maddelerin veya anketlerin rastgeleleştirilmesi	Madde ve anketler rastgeleleştirilmedi.
	Uyarlanabilir sorular	Ankette uyarlanabilir soru bulunmamaktadır.
	Maddelerin sayısı	"Bireysel Özellikler Formu" soru sayısı 15, "PBVDAF" soru sayısı 7 ve "PBYÖDÖ" soru sayısı 18'dir.
	Ekran (Sayfa) sayısı	Anket 4 sayfa şeklinde oluşturuldu.
	Eksizliksiz kontrolü	Anketteki tüm maddelerin eksiksiz doldurulması adına tümünün yapılması zorunlu maddeler şeklinde

		oluşturuldu. Bir maddeyi boş bırakan katılımcının diğer bölüme geçmesi ya da anketi tamamlayıp göndermesi engellendi.
	Adımları gözden geçirme	Katılımcılar anketin tüm aşamalarında "Geri" butonuna tıklayarak yanıtlarını gözden geçirebilme ve değiştirebilme imkanına sahipti. Ancak yanıtların gönderilme aşamasından itibaren katılımcıların yanıtlarını değiştirmeleri engellendi.
	Tekil site ziyaretçileri	Anketi dolduran katılımcıların tekilliğini belirlemeyi amaçlayan bir teknik kullanılmadı.
Yanıtlama Oranları	Görüntüleme oranı	Bu araştırma için uygulanamaz.
	Katılım oranı	Araştırma verileri TYBHD aracılığı ile derneğe üye hemşirelerden toplandığından davet edilen hemşire sayısı bilinmektedir (N=1050). Araştırmanın örneklemi G*Power 3.1 programı ile güç analizi yapılarak en az 82 yoğun bakım hemşiresi olarak belirlendi. Araştırma verileri 100 hemşireden elde edildi.
	Tamamlama oranı	Belirlenemez.
Aynı kişinin birden fazla girişinin engellenmesi	Çerezlerin kullanım	Kullanılmadı.
	IP kontrolü	IP kontrolü sağlanmadı.
	Log dosyası analizi	Kullanılmadı.
	Kaydolma	Katılımcıların ankete katılabilmeleri için formun linkine tıklayarak ankete erişmeleri sağlandı.
Analiz	Eksik olan anketlerin işlenmesi	Veriler incelendiğinde bir soruya iki yanıt verildiği saptandı. Veri değerlendirmeden çıkarıldı ve bu şekilde analiz edildi.
	Atipik tarih damgalı anketler	Anket maddeleri hızlı doldurulduğundan hiçbir katılımcının verileri anketten çıkarılmadı.
	İstatistiksel doğrulama	İstatistiksel analiz için tanımlayıcı, parametrik ve non-parametrik testler kullanıldı. Anlamlılık düzeyi tüm analizler için $p<0,05$ olarak kabul edildi.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik onayı, İstanbul Üniversitesi – Cerrahpaşa, Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'ndan 06.06.2022 tarihinde 2021/286 sayılı karar ile alındı (Ek-5). Yüz yüze yapılması planlanan araştırmanın "Covid-19 Pandemisi"nin sürmesi nedeniyle verilerin çevrimiçi "Google formlar" aracılığı ile TYBHD'ye kayıtlı hemşirelerden toplanmasına karar verildi ve veri toplama yöntemi değişikliği için "İstanbul Üniversitesi–Cerrahpaşa, Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu"na başvuru yapıldı ve kabul edildi (28.02.2022 tarihli 324473

sayılı karar) (Ek-6). Yöntem değişikliği sonrasında çalışmanın yoğun bakım hemşireleri ile yapılması için TYBHD'ne başvuruldu ve çalışma izni 24.03.2022 tarihli 347 karar numarası ile verildi (Ek-7).

Araştırmada kullanılan PBYÖDÖ'yü geliştiren ve geçerlik güvenirlik çalışmasını yapan Huriye Karataş ve Meral Kelleci'den ölçeğin kullanım izni alındı (Ek-8, Ek-9).

Araştırmanın uygulanma sürecinde dahil olma kriterlerine uyan ve katılmayı kabul eden katılımcılara "Google Formlar" üzerinden "Helsinki Deklarasyonu"na uygun olarak bilgilendirme yapıldı ve onamları alındı (Ek-1).

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın örneklemini yalnızca TYBHD'ne üye yoğun bakım hemşireleri oluşturduğundan elde edilen sonuçlar tüm evrene genellenemez.

3.9. Verilerin Analizi

Çalışmadan elde edilen veriler "SPSS for Windows 22.0 programı" kullanılarak analiz edildi. Tanımlayıcı verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma yöntemleri kullanıldı. Çalışmanın analizinde kullanılacak yönteme karar verebilmek amacı ile araştırma kapsamında oluşturulan PBVDAF ve PBYÖDÖ'den alınan puanların normal dağılım şartlarını sağlayıp sağlamadığı analiz edildi. Bu kapsamda yapılan "Kolmogorov Smirnov Analizi" sonuçları Tablo 3.2 ve Tablo 3.3'te verildi. Tablolarda görüleceği üzere PBVDAF ve PBYÖDÖ ile alt boyutlarından alınan puanların normal dağılım şartlarını sağlamadığı sonucuna ulaşıldı ($p<0,05$). Yapılan analiz sonucunda non-parametrik analiz yöntemlerinin kullanılmasına karar verildi. Bu kapsamda, iki grup arasındaki farklılığın analizinde "Mann Whitney U Testi", ikiden fazla grup arasındaki farklılığın analizinde ise "Kruskal Wallis Testi" uygulandı. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için post-hoc yapıldı. Anlamlılık düzeyi tüm analizler için $p<0,05$ olarak kabul edildi.

Tablo 3.2: PBVDAF "Kolmogorov Smirnov Normallik Analizi" Sonuçları

İfadeler	İstatistik	Sd	p-değeri
"1.Hastalarımı psikososyal açıdan değerlendirebiliyorum."	0,482	99	0,000
"2.Psikososyal bakımı hemşirenin öncelikli görevi olarak görüyorum."	0,396	99	0,000
"3.Hastalarıma psikososyal bakım veririm."	0,448	99	0,000
"4.Kendimi psikososyal bakım için yetkin görmediğimden hastayla bu yönde etkileşim kurmam."	0,345	99	0,000
"5.Psikososyal bakımın bu konuda daha eğitimli kişiler tarafından verilmesi gerektiğini düşünüyorum."	0,424	99	0,000
"6.Hasta bakımında psikososyal bakım için zaman ayırırım."	0,395	99	0,000
"7.Çalıştığım birimde psikososyal bakım vermek için yeterli zamanı bulamıyorum."	0,329	99	0,000

Tablo 3.3: PBYÖDÖ "Kolmogorov Smirnov Normallik Analizi" Sonuçları

	İstatistik	Sd	p-değeri
PBYÖDÖ	0,152	99	0,000
"Semptom Tanılama"	0,310	99	0,000
"Bilgiyi Kullanma"	0,202	99	0,000
"Müdahale"	0,123	99	0,001
"Tanımlama"	0,134	99	0,000

4. BULGULAR

Yoğun bakım hemşirelerinin psikososyal bakım verme durumlarının ve yetkinliklerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmanın bulguları altı bölüm halinde sunuldu.

Bölüm I: Yoğun bakım hemşirelerinin özellikleri ile ilgili bulgular

Bölüm II: Yoğun bakım hemşirelerinin psikososyal bakım verme durumları ile ilgili bulgular

Bölüm III: Yoğun bakım hemşirelerinin özellikleri ve psikososyal bakım verme durumlarının karşılaştırılması ile ilgili bulgular

Bölüm IV: Yoğun bakım hemşirelerinin psikososyal bakım verme yetkinlikleri ile ilgili bulgular

Bölüm V: Yoğun bakım hemşirelerinin özellikleri ile psikososyal bakım verme yetkinliklerinin karşılaştırılması ile ilgili bulgular

Bölüm VI: Yoğun bakım hemşirelerinin psikososyal bakım verme durumları ve yetkinlikleri arasındaki ilişkiyi gösteren bulgular

BÖLÜM I

4.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Özellikleri

Bu bölümde yoğun bakım hemşirelerinin bireysel özellikleri, çalışma özellikleri ve "psikososyal bakım verme durumu" ile ilgili bulgular yer almaktadır.

4.1.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Bireysel Özellikleri ile ilgili Bulgular

Yoğun bakım hemşirelerinin bireysel özellikleri ile ilgili bulgular Tablo 4.1.'de gösterildi.

Katılımcıların yaş ortalaması 29±6,39 olup %53'ünü 22-26 yaş aralığındaki bireyler, %26'sını 27-32 yaş aralığındaki bireyler, %21'ini 33 ve üzeri yaştaki bireyler oluşturmaktadır. Katılımcıların %81'i kadın, %19'u erkek; %31'i bekar %69'u evli; %6'sı, meslek lisesi, %64'ü lisan mezunu olup yüksek lisans mezunu olanların oranı %26, doktora mezunu olanların oranı %4'tür. Katılımcıların %25'i gelirinin giderinden az olduğunu, %63'ü gelirinin giderine denk olduğunu, %12'si ise gelirinin giderinden fazla olduğunu ifade etti.

Tablo 4.1: Yoğun Bakım Hemşirelerinin Bireysel Özelliklerinin Dağılımı (n=100)

Değişkenler	Sosyo-Demografik Veriler	n	%
Yaş	22-26	53	53,0
	27-32	26	26,0
	33 ve üzeri	21	21,0
Cinsiyet	Kadın	81	81,0
	Erkek	19	19,0
Eğitim Durumu	Meslek Lisesi	6	6,0
	Lisans	64	64,0
	Yüksek Lisans	26	26,0
	Doktora	4	4,0
Medeni Durum	Evli	31	31,0
	Bekar	69	69,0
Ekonomik Durum	Gelir giderden az	25	25,0
	Gelir gidere denk	63	63,0
	Gelir giderden fazla	12	12,0

4.1.2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Çalışma Özellikleri ve "Psikososyal Bakım Eğitimi Alma Durumları ve Yaklaşımları" ile İlgili Bulgular

Yoğun bakım hemşirelerinin çalışma özellikleri ve psikososyal bakım eğitimi alma durumları ile ilgili bulgular Tablo 4.2.'de verildi.

Hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre dağılımı incelendiğinde katılımcıların %60'ı 3. Basamak Genel Yoğun Bakım Ünitesi'nde, %9'u Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi'nde çalışmaktadır. Hemşirelerin %45'i 0-5 yıl, %55'i 6 yıl ve üzerinde çalışmakta; %71'i haftada 48 saat ve üzerinde, %29'u 40 saat çalışmakta; %84'ü gece-gündüz çalışmakta; %93'ü hasta paylaşımı şeklinde çalışmakta olup %65'i, çalıştıkları YBÜ'de 2 hastadan sorumlu olduklarını ifade etmişlerdir. Hemşire başına düşen ortalama hasta sayısı 2,49±0,67'dir. Hemşirelerin %38'i yaptığı işten memnundur.

Hemşirelerin %47'si psikososyal bakım eğitimi almış olup, bunların %39'u bu eğitimi öğrenimi sırasında ders içeriği içinde almıştır. %86'sı psikolojik sorun yaşan hastaya ilk yaklaşımlarının "konuşmaya çalışma" olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 4.2: Yoğun Bakım Hemşirelerinin Çalışma Özellikleri ve "Psikososyal Bakım Eğitimi Alma Durumları ve Yaklaşımları" (n=100)

Değişkenler	Veriler	n	%
Çalışılan Birim	1. Basamak Yoğun Bakım	1	1
	2. Basamak Yoğun bakım	2	2
	3. Basamak Genel Yoğun Bakım	60	60
	Çocuk Yoğun Bakım	9	9
	Dahiliye Yoğun Bakım	4	4
	Göğüs hastalıkları yoğun bakım	2	2
	Koroner yoğun bakım	6	6
	KVC Yoğun Bakım	8	8
	Nöroloji yoğun bakım	3	3
	Yenidoğan Yoğun Bakım	5	5
Çalışma Süresi	0-5 Yıl	45	45,0
	6 Yıl üzeri	55	55,0
Memnuniyet	Memnunum	38	38,0
	Kısmen Memnunum	47	47,0
	Memnun Değilim	15	15,0
Haftalık Çalışma Saati	40 Saat	29	29,0

	48 Saat ve üzeri	71	71,0
Çalışma Şekli	Sadece Gündüz	13	13,0
	Sadece Gece	3	3,0
	Gece-Gündüz	84	84,0
Çalışma Biçimi	Hasta Paylaşımı	93	93,0
	İş Paylaşımı	7	7,0
Hemşire Başına Düşen Hasta Sayısı	2	65	65,0
	3	28	28,0
	4	7	7,0
Psikososyal Bakım Eğitimi Alma Durumu	Evet	47	47,0
	Hayır	53	53,0
Eğitimi Aldığı Yer	Öğrenim Sırasında	39	39,0
	HİE Kapsamında	5	5,0
	KLP Hemşiresinden	1	1,0
	Kongre, Sempozyum vb.	3	3,0
Hastaya Yaklaşım	Konuşmaya Çalışma	86	86,0
	Psikiyatri Konsültasyonu	7	7,0
	Hekim istemi ile ilaç	6	6,0
	KLP Hemşiresinden Destek	1	1,0

BÖLÜM II

4.2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin PBVDAF ile İlgili Bulguları

Bu bölümde, yoğun bakım hemşirelerinin "psikososyal bakım verme durumları" ile ilgili bulgular yer almaktadır.

Yoğun bakım hemşirelerinin %79'u hastayı psikososyal açıdan değerlendirebildiklerini; %73'ü psikososyal bakım verdiğini; %69'u bu konuda eğitimli kişilerin psikososyal bakım uygulaması gerektiğini ifade etmektedir (Tablo 4.3). Puan ortalamalarına göre değerlendirildiğinde de "hastayı psikososyal açıdan değerlendirme" ilk sırada, "psikososyal bakım verme" ikinci sırada, "bu konuda eğitimli kişilerin psikososyal bakım uyulaması gerektiğini düşünme" üçüncü sırada yer almaktadır (Tablo 4.4)

Tablo 4.3: PBVDAF ile İlgili Dağılım (n=100)

	Katılıyorum		**Kararsızım**		**Katılmıyorum**	
İfadeler	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
"1. Hastalarımı psikososyal açıdan değerlendirebiliyorum."	**79**	**79**	19	19	2	2
"2. Psikososyal bakımı hemşirenin öncelikli görevi olarak görüyorum."	64	64	26	26	10	10
"3. Hastalarıma psikososyal bakım veririm."	**73**	**73**	22	22	5	5
"4. Kendimi psikososyal bakım için yetkin görmediğimden hastayla bu yönde etkileşim kurmam."	16	16	29	29	55	55
"5. Psikososyal bakımın bu konuda daha eğitimli kişiler tarafından verilmesi gerektiğini düşünüyorum."	**69**	**69**	21	21	10	10
"6. Hasta bakımında psikososyal bakım için zaman ayırırım."	63	63	32	32	5	5
"7. Çalıştığım birimde psikososyal bakım vermek için yeterli zamanı bulamıyorum."	52	52	25	25	23	23

Tablo 4.4: PBVDAF'ye İlişkin Puan Ortalamaları (n=100)

İfadeler	Min	Max	Ort.	SS
"1.Hastalarımı psikososyal açıdan değerlendirebiliyorum."	1,00	3,00	**1,23**	0,46
"2.Psikososyal bakımı hemşirenin öncelikli görevi olarak görüyorum"	1,00	3,00	1,46	0,67
"3.Hastalarıma psikososyal bakım veririm."	1,00	3,00	**1,32**	0,56
"4.Kendimi psikososyal bakım için yetkin görmediğimden hastayla bu yönde etkileşim kurmam."	1,00	3,00	2,39	0,75
"5.Psikososyal bakımın bu konuda daha eğitimli kişiler tarafından verilmesi gerektiğini düşünüyorum."	1,00	3,00	**1,39**	0,65
"6.Hasta bakımında psikososyal bakım için zaman ayırırım."	1,00	3,00	1,42	0,58
"7.Çalıştığım birimde psikososyal bakım vermek için yeterli zamanı bulamıyorum."	1,00	3,00	1,71	0,82

BÖLÜM III

4.3. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Özellikleri ve PBVDAF'nin Karşılaştırılması ile ilgili Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin "psikososyal bakım verme durumları" ve özellikleri arasındaki karşılaştırma ile ilgili bulgular yer almaktadır.

4.3.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Bireysel Özellikleri ve PBVDAF'nin Karşılaştırılması ile ilgili Bulgular

Araştırma kapsamında yoğun bakım hemşirelerinin bireysel özelliklerine göre "psikososyal bakım verme durumları" karşılaştırıldı (Tablo 4.5).

Araştırma kapsamında yoğun bakım hemşirelerinin bireysel özelliklerine göre "psikososyal bakım verme durumları" karşılaştırıldığında 7. İfade olan "Çalıştığım birimde psikososyal bakım vermek için yeterli zamanı bulamıyorum"'a verilen yanıtların yaşa göre farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacı ile yapılan post-hoc testi sonucunda 33 yaş ve üzerinde olanların diğer yaş gruplarına göre ilgili ifadeye katılma puanının daha düşük olduğu görüldü.

Yoğun bakım hemşirelerinin "psikososyal bakım verme durumları" eğitim durumuna göre karşılaştırıldı. "Kruskal Wallis Testi" sonucunda, yalnızca 4. ifade olan "Kendimi psikososyal bakım için yetkin görmediğimden hastayla bu yönde etkileşim kurmam." ifadesine verilen yanıtların eğitim durumuna göre farklılaştığı saptandı. ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacı ile yapılan post-hoc testi sonucunda, ilgili ifadeye meslek lisesi mezunu hemşirelerin lisans ve lisansüstü mezunu hemşirelere oranla katılma puanının daha yüksek olduğu görüldü. Yoğun bakım hemşirelerinin "psikososyal bakım verme durumları" medeni durumlarına göre karşılaştırıldığında sadece 7. ifade olan "Çalıştığım birimde psikososyal bakım vermek için yeterli zamanı bulamıyorum" ifadesine verilen yanıtların medeni duruma göre farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan post-hoc testi sonucunda evli bireylerin ilgili ifadeye katılmama eğiliminde oldukları sonucuna ulaşıldı.

Yoğun bakım hemşirelerinin "psikososyal bakım verme durumları" ile hemşirelerin cinsiyeti ve ekonomik durumu açısından anlamlı bir farklılık bulunmadı (p>0,05).

Tablo 4.5: Yoğun Bakım Hemşirelerinin Bireysel Özellikleri ile PBVDAF Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)

Değişken		n	"Psikososyal Bakım Verme Durumları"						
			1. İfade	2. İfade	3. İfade	4. İfade	5. İfade	6. İfade.	7. İfade
			Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yaş	22-26	53	1,23±0.47	1,47±0,67	1,36±0,59	2,28±0,82	1,44±0,67	1,47±0,58	1,55±0,72
	27-32	26	1,31±0.55	1,54±0,76	1,35±0,63	2,38±0,75	1,27±0,53	1,46±0,65	1,69±0,84
	33 ve üzeri	21	1,14±0.36	1,33±0,58	1,19±0,40	2,67±0,48	1,43±0,75	1,24±0,54	2,14±0,91
Test* ve p değeri			1,205; p=0,547	0,863; p=0,650	1,099; p=0,577	3,043; p=0,218	1,184; p=0,55	3,311; p=0,191	**6,943; p=0,031 (c<a ve b)**
Cinsiyet	Kadın	81	1,22±0,45	1,41±0,63	1,30±0,53	2,44±0,72	1,35±0,59	1,40±0,56	1,68±0,82
	Erkek	19	1,26±0,56	1,68±0,82	1,42±0,69	2,16±0,83	1,61±0,85	1,53±0,70	1,84±0,83
Test ve p değeri**			-0,870; p=0,931	-1,399; p=0,162	-0,629; p=0,529	-1,439; p=0,150	-1,180; p=0,238	-0,680; p=0,497	-0,843; p=0,399
Eğitim	Meslek Lisesi	6	1,17±0,41	1,00±0,00	1,17±0,41	1,33±0,82	1,00±0,00	1,50±0,55	1,33±0,52
	Lisans	64	1,17±0,38	1,48±0,69	1,34±0,57	2,42±0,71	1,38±0,63	1,45±0,56	1,63±0,77
	Lisansüstü	30	1,37±0,61	1,50±0,68	1,30±0,60	2,53±0,68	1,52±0,74	1,33±0,66	1,97±0,93
Test* ve p değeri			2,455; p=0,294	3,447; p=0,178	0,700; p=0,705	**9,728; p=0,008 a<b ve c**	3,463; p=0,177	2,289; p=0,318	3,966; p=0,138
Medeni Durum	Evli	81	1,10±0,30	1,45±0,68	1,26±0,51	2,52±0,72	1,48±0,68	1,39±0,56	1,97±0,87
	Bekar	19	1,29±0,52	1,46±0,68	1,35±0,59	2,33±0,76	1,35±0,64	1,43±0,61	1,59±0,77
Test ve p değeri**			-1,881; p=0,060	-0,079; p=0,937	-0,697; p=0,486	-1,208; p=0,227	-1,122; p=0,262	-0,286; p=0,775	**-2,055; p=0,040**
Ekonomik Durum	Gelir giderden az	25	1,36±0,57	1,48±0,71	1,32±0,63	2,28±0,84	1,28±0,61	1,48±0,59	1,60±0,82
	Gelir gidere denk	63	1,22±0,46	1,46±0,67	1,38±0,58	2,44±0,71	1,44±0,67	1,41±0,59	1,75±0,82
	Gelir giderden fazla	12	1,00±0,00	1,42±0,67	1,00±0,00	2,33±0,78	1,42±0,67	1,33±0,65	1,75±0,87
Test* ve p değeri			5,013; p=0,082	0,052; p=0,974	5,485; p=0,064	6,868; p=0,710	1,438; p=0,487	0,930; p=0,628	0,688; p=0,709

*$\chi 2$: Kruskal Wallis Testi; **U: Mann Whitney U Testi

1. İfade "Hastalarımı psikososyal açıdan değerlendirebiliyorum" ; 2. İfade "Psikososyal bakımı hemşirenin öncelikli görevi olarak görüyorum"; 3. İfade "Hastalarıma psikososyal bakım veririm"; 4. İfade "Kendimi psikososyal bakım için yetkin görmediğimden hastayla bu yönde etkileşim kurmam"; 5. İfade "Psikososyal bakımın bu konuda daha eğitimli kişiler tarafından verilmesi gerektiğini düşünüyorum"; 6. İfade "Hasta bakımında psikososyal bakım için zaman ayırırım"; 7.İfade "Çalıştığım birimde psikososyal bakım vermek için yeterli zamanı bulamıyorum"

4.3.2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Çalışma Özellikleri ve PBVDAF'nin Karşılaştırılması ile ilgili Bulgular

Araştırma kapsamında yoğun bakım hemşirelerinin çalışma özelliklerine göre "psikososyal bakım verme durumları" karşılaştırıldı. Bulgular Tablo 4.6'da verildi.

Yoğun Bakım hemşirelerinin "psikososyal bakım verme durumlarının" çalıştığı birimden memnun olma durumuna göre farklılaştığı saptandı. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla post-hoc testi yapıldı. Analiz sonucunda, "Hastalarıma psikososyal bakım veririm" şeklindeki 3. ifadeye verilen yanıtların memnuniyet durumunun azalmasına bağlı olarak katılmama yönünde arttığı görüldü ($p<0,05$). "Kendimi psikososyal bakım için yetkin görmediğimden hastayla bu yönde etkileşim kurmam." şeklindeki 4. İfade ile ilgili olarak ise memnuniyet durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu, bu ifadeye memnun değilim yanıtı veren katılımcıların soruya katılma eğilimlerinin daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$). Buna ek olarak, "Çalıştığım birimde psikososyal bakım vermek için yeterli zamanı bulamıyorum" şeklindeki 7. ifadeye verilen yanıtların mesleğinden memnun olma durumuna göre farklılaştığı saptandı. Memnun değilim yanıtı veren katılımcıların ilgili ifadeye katılma yönünde eğilimli oldukları saptandı ($p<0,05$).

Yoğun bakım hemşirelerinin "psikososyal bakım verme durumları"nın haftalık çalışma saatlerine göre farklılaştığı bulundu. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan post-hoc testinde, "Psikososyal bakımı hemşirenin öncelikli görevi olarak görüyorum" şeklindeki 2. ifade puanlarının çalışma saatine göre farklılaştığı, 48 saat ve üzerinde çalışan hemşirelerin ilgili ifadeye katılmama puanının daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$). "Hastalarıma psikososyal bakım veririm" şeklindeki 3. ifadeye verilen yanıtların da benzer şekilde farklılaştığı, 48 saat ve üzerinde çalışan hemşirelerin ilgili ifadeye katılmama puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. "Kendimi psikososyal bakım için yetkin görmediğimden hastayla bu yönde etkileşim kurmam" şeklindeki 4. ifadeye verilen yanıtlar incelendiğinde ise, haftada 48 saat ve üzerinde çalışan hemşirelerin ilgili soruya katılma eğilimlerinin haftada 40 saat çalışan meslektaşlarına göre daha yüksek olduğu saptandı.

Yoğun bakım hemşirelerinin "psikososyal bakım verme durumları"nın çalışma şekline göre farklılaştığı saptandı. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için

yapılan post-hoc analizi sonucunda "Kendimi psikososyal bakım için yetkin görmediğimden hastayla bu yönde etkileşim kurmam" şeklindeki 4. ifadeye verilen yanıtların çalışma şekline göre farklılaştığı bulundu. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan post-hoc analizinde; sadece gündüz çalışan katılımcıların ilgili soruya katılmama puanlarının gece ve gündüz çalışan meslektaşlarına göre daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$). Benzer şekilde, "Çalıştığım birimde psikososyal bakım vermek için yeterli zamanı bulamıyorum" şeklindeki 7. ifade puanlarının çalışma şekline göre farklılaştığı, sadece gündüz çalışan katılımcıların ilgili soruya katılmama puanlarının gece ve gündüz çalışan meslektaşlarına göre daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$).

Yoğun bakım hemşirelerinin "psikososyal bakım verme durumları"nda hemşirelerin çalışma sürelerine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmadığı sonucuna ulaşıldı ($p>0,05$). Yoğun bakım hemşirelerinin "psikososyal bakım verme durumları"nın çalışma biçimine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacı ile yapılan "Mann Whitney U Testi" sonucunda, "psikososyal bakım verme durumları"nın çalışma biçimine göre farklılaşmadığı sonucuna ulaşıldı ($p>0,05$). Araştırma kapsamında yoğun bakım hemşirelerinin "psikososyal bakım verme durumları"nın hemşire başına düşen hasta sayısına göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacı ile yapılan "Kruskal Wallis Testi" sonucunda, hemşirelerin "psikososyal bakım verme durumları"nın hemşire başına düşen hasta sayısına göre farklılaşmadığı sonucuna ulaşıldı ($p>0,05$).

Tablo 4.6: Yoğun Bakım Hemşirelerinin Çalışma Özellikleri ile PBVDAF Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)

Değişken		n	"Psikososyal Bakım Verme Durumları"						
			1. İfade	2. İfade	3. İfade	4. İfade	5. İfade	6. İfade	7. İfade
			Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Çalışma Süresi	0-5 Yıl	45	1,29±0,51	1,47±0,69	1,38±0,58	2,42±0,69	1,34±0,57	1,47±0,55	1,64±0,80
	6 Yıl ve Üzeri	55	1,18±0,43	1,45±0,66	1,27±0,56	2,36±0,80	1,44±0,71	1,38±0,62	1,76±0,84
Test ve p değeri**			-1,234; p=0,217	0,015; p=0,995	-1,810; p=0,238	-0,139; p=0,889	-0,393; p=0,695	-1,113; p=0,266	-0,714; p=0,475
Memnuniyet Düzeyi	Memnun um	38	1,16±0,37	1,34±0,58	1,16±0,37	2,42±0,72	1,37±0,67	1,42±0,60	1,89±0,86
	Kısmen Memnun um	47	1,26±0,44	1,49±0,66	1,34±0,56	2,62±0,53	1,48±0,66	1,36±0,53	1,77±0,81
	Memnun Değilim	15	1,33±0,72	1,67± 0,90	1,67±0,82	1,60±0,91	1,20±0,56	1,60±0,74	1,07±0,26
Test* ve p değeri			1158; p=0,560	1,819; p= 0,403	**6,683; p=0,035 a< b ve c**	**15,282; p=0,000 c< a ve b**	3,274; p=0,195	1,227; p=0,542	**12,008; p=0,002 c< a ve b**
Haftalık Çalışma Saati	40 Saat	29	1,28±0,45	1,24±0,51	1,14±0,35	2,69±0,54	1,48±0,74	1,31±0,54	1,86±0,92
	48 Saat ve Üzeri	71	1,21±0,48	1,55±0,71	1,39±0,62	2,27±0,79	1,36±0,61	1,46±0,61	1,65±0,78
Test ve p değeri**			-0,940; p=0,347	**-2,096; p=0,036**	**-1,976; p=0,048**	**-2,489; p=0,013**	-0,715; p=0,475	-1,238; p=0,216	-1,012; p=0,312
Çalışma Şekli	Sadece Gündüz	13	1,23±0,44	1,31±0,63	1,15±0,38	2,77±0,44	1,62±0,87	1,31±0,63	2,31±0,95
	Sadece Gece	3	1,33±0,58	1,33±0,58	1,00±0,00	1,67±0,58	1,00±0,00	2,00±0,00	1,67±0,58
	Gece-Gündüz	84	1,23±0,47	1,49±0,69	1,36±0,59	2,36±0,77	1,37±0,62	1,42±0,59	1,62±0,77
Test* ve p değeri			0,285; p=0,867	1,037; p=0,595	2,414; p=0,229	**6,502; p=0,039 b< a ve c**	2,082; p=0,353	4,987; p=0,083	**6,561; p=0,038 c ve b<a**
Çalışma Biçimi	Hasta Paylaşımı	93	1,24±0,48	1,47±0,69	1,32±0,57	2,38±0,75	1,40±0,66	1,41±0,58	1,69±0,81
	İş paylaşımı	7	1,14±0,38	1,29±0,49	1,29±0,49	2,57±0,79	1,29±0,49	1,57±0,79	2,00±1,00
Test ve p değeri**			-0,486; p=0,640	-0,573; p=0,566	-0,099; p=0,993	-0,768; p=0,443	-0,254; p=0,800	-0,503; p=0,615	-0,859; p=0,390
Hemşire Başına Düşen Hasta Sayısı	2	65	1,18±0,43	1,46±0,69	1,32±0,59	2,31±0,81	1,46±0,71	1,37±0,55	1,72±0,80
	3	28	1,32±0,55	1,50±0,64	1,32±0,55	2,46±0,64	1,26±0,53	1,57±0,69	1,71±0,85
	4	7	1,29±0,49	1,29±0,76	1,29±0,49	2,86±0,38	1,29±0,49	1,29±0,49	1,57±0,98
Test* ve p değeri			1,849; p=0,397	1,244; p =0,537	0,025; p=0,988	3,434; p=0,180	1,574; p=0,455	2,073; p=0,355	0,425; p=0,808

*$\chi 2$: Kruskal Wallis Testi; **U: Mann Whitney U Testi

1. İfade "Hastalarımı psikososyal açıdan değerlendirebiliyorum" ; 2. İfade "Psikososyal bakımı hemşirenin öncelikli görevi olarak görüyorum"; 3. İfade "Hastalarıma psikososyal bakım veririm"; 4. İfade "Kendimi psikososyal bakım için yetkin görmediğimden hastayla bu yönde etkileşim kurmam"; 5. İfade "Psikososyal bakımın bu konuda daha eğitimli kişiler tarafından verilmesi gerektiğini düşünüyorum"; 6. İfade "Hasta bakımında psikososyal bakım için zaman ayırırım"; 7.İfade "Çalıştığım birimde psikososyal bakım vermek için yeterli zamanı bulamıyorum"

4.3.3. Yoğun Bakım Hemşirelerinin "Psikososyal Bakım Eğitimi ve Yaklaşımları" ile PBVDAF'nin Karşılaştırılması ile ilgili Bulgular

Araştırma kapsamında yoğun bakım hemşirelerinin "psikososyal bakım verme durumları"nın psikososyal bakım alma eğitimi ve yaklaşımlarına göre karşılaştırması Tablo 4.7'de verildi.

Yoğun bakım hemşirelerinin psikososyal bakım eğitimi alma durumlarına göre "psikososyal bakım verme durumları"nın farklılaştığı saptandı. Farklılığın hangi gruptan olduğunu belirlemek üzere post-hoc testi yapıldı. Analiz sonucunda, "Hastalarıma psikososyal bakım veririm" şeklindeki 3. ifade ile "Hasta bakımında psikososyal bakım için zaman ayırırım" şeklindeki 6. ifadenin farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). Her iki grup için de, psikososyal bakım eğitimi alan hemşire puanlarının katılma yönünde arttığı saptandı. Yoğun bakım hemşirelerinin "psikososyal bakım verme durumlarının" psikolojik sıkıntı yaşayan hastaya uyguladığı ilk yaklaşıma göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacı ile yapılan "Kruskal Wallis Testi" sonucunda, 1,2,3, ve 6. ifadelere verilen yanıtların farklılaştığı saptanmıştır ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacı ile post-hoc testi yapıldı. Analiz sonucunda "Hastalarımı psikososyal açıdan değerlendirebiliyorum." Şeklindeki 1. Ifade için katılmama yönünde "hekim istemi ile ilaç uygulama" yapan hemşirelerin puanlarının daha yüksek olduğu görüldü. Benzer şekilde "Psikososyal bakımı hemşirenin öncelikli görevi olarak görüyorum." şeklindeki 2. ifadeye katılmama yönünde "hekim istemi ile ilaç uygulama" yapan hemşirelerin katılmama puanlarının yüksek olduğu saptandı. "Hastalarıma psikososyal bakım veririm." şeklindeki 3. ifadeye "hekim istemi ile ilaç uygulama" yapan hemşirelerin katılmama yönünde puanlarının yüksek olduğu saptandı. "Hasta bakımında psikososyal bakım için zaman ayırırım." şeklindeki 6. ifadeye "hekim istemi ile ilaç uygulama" yapan hemşirelerin katılmama puanlarının yüksek olduğu görüldü.

Tablo 4.7: Yoğun Bakım Hemşirelerinin Psikososyal Bakım Eğitimi ve Yaklaşımları ile PBVDAF Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)

Değişken		n	"Psikososyal Bakım Verme Durumları"						
			1. İfade	2. İfade	3. İfade	4. İfade	5. İfade	6. İfade	7. İfade
			Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Bakım Eğitimi Alma Durumu	Evet	47	1,13±0,34	1,38±0,61	1,15±0,42	2,49±0,75	1,45±0,69	1,28±0,50	1,79±0,86
	Hayır	53	1,32±0,55	1,53±0,72	1,47±0,64	2,30±0,75	1,35±0,62	1,55±0,64	1,64±0,79
Test ve p değeri**			-1,948; p=0,055	-0,953; p=0,341	**-2,995; p=0,003**	-1,432; p=0,152	-0,781; p=0,435	**-2,292; p=0,022**	-0,818; p=0,413
Psikososyal Yaklaşım	Konuşmaya Çalışma	86	1,17±0,41	1,38±0,64	1,22±0,47	2,43±0,74	1,44±0,68	1,35±0,55	1,74±0,81
	Psikiyatri Konsültasyonu İsteme	7	1,43±0,53	1,57±0,53	1,71±0,49	2,57±0,53	1,00±0,00	1,71±0,49	1,29±0,76
	Hekim İstemi ile İlaç Uygulama	6	1,83±0,75	2,33±0,82	2,33±0,82	1,67±0,82	1,20±0,45	2,17±0,75	1,67±1,03
Test* ve p değeri			**11,426; p=0,010 a<b ve c**	**11,161; p=0,011 a<b ve c**	**21,399; p=0,000 a<b ve c**	6,056; p=0,109	4,172; p=0,243	**11,942; p=0,008 a<b ve c**	2,859; p=0,414

*$\chi 2$: Kruskal Wallis Testi; **U: Mann Whitney U Testi

1. İfade "Hastalarımı psikososyal açıdan değerlendirebiliyorum" ; 2. İfade "Psikososyal bakımı hemşirenin öncelikli görevi olarak görüyorum"; 3. İfade "Hastalarıma psikososyal bakım veririm"; 4. İfade "Kendimi psikososyal bakım için yetkin görmediğimden hastayla bu yönde etkileşim kurmam"; 5. İfade "Psikososyal bakımın bu konuda daha eğitimli kişiler tarafından verilmesi gerektiğini düşünüyorum"; 6. İfade "Hasta bakımında psikososyal bakım için zaman ayırırım"; 7.İfade "Çalıştığım birimde psikososyal bakım vermek için yeterli zamanı bulamıyorum"

BÖLÜM IV

4.4. Yoğun Bakım Hemşirelerinin "Psikososyal Bakım Verme Yetkinlikleri"

Bu bölümde yoğun bakım hemşirelerinin PBYÖDÖ'ye verdikleri yanıtlara ilişkin bulgular yer almaktadır.

PBYÖDÖ ve alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları Tablo 4.8'de verildi. Buna göre katılımcılar PBYÖDÖ'den ortalama 3,37±0,97 puan, "Semptom Tanılama" alt boyutundan 3,54±1,13 puan, "Bilgiyi Kullanma" alt boyutundan 3,41±1,08 puan, "Müdahale" alt boyutundan 3,22 ±0,98 puan ve son olarak "Tanımlama" alt boyutundan 3,26±1,03 puan aldılar. Yoğun bakım hemşirelerinin PBYÖDÖ'den aldıkları toplam ortalama puan ortalaması ise 60,66±17,46'dır.

Tablo 4.8: PBYÖDÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=100)

	Min	**Mak**	**Ort.**	**SS**
"PBYÖDÖ"	1,00	5,00	3,37	0,97
"Semptom Tanılama"	1,00	5,00	3,54	1,13
"Bilgiyi Kullanma"	1,00	5,00	3,41	1,08
"Müdahale"	1,00	5,00	3,22	0,98
"Tanımlama"	1,00	5,00	3,26	1,03

BÖLÜM V

4.5. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Özellikleri ile PBYÖDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ile ilgili Bulgular

Bu bölümde yoğun bakım hemşirelerinin özellikleri ile PBYÖDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması ile ilgili bulgular yer almaktadır.

4.5.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Bireysel özellikleri ve PBYÖDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ile ilgili Bulgular

Yoğun bakım hemşirelerinin bireysel özellikleri ile PBYÖDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadı (p>0.05).

Tablo 4.9: Yoğun Bakım Hemşirelerinin Bireysel Özellikleri ile PBYÖDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırması (n=100)

Değişken		n	"PBYÖDÖ" Ort±SS	"Semptom Tanılama" Ort±SS	"Bilgiyi Kullanma" Ort±SS	"Müdahale" Ort±SS	"Tanımlama" Ort±SS
Yaş	22-26	53	3,33±1,04	3,45±1,25	3,39±1,15	3,22±1,04	3,21±1,13
	27-32	26	3,30±0,98	3,56±1,04	3,32±1,05	3,04±1,02	3,23±1,03
	33 ve üzeri	21	3,58±0,82	3,75±0,94	3,58±1,00	3,48±0,77	3,45±0,80
Test* ve p değeri			1,630; p=0,443	0,517; p=0,772	1,826; p= 0,401	2,790; p=0,248	0,925; p=0,630
Cinsiyet	Kadın	81	3,36±0,93	3,53±1,10	3,41±1,05	3,18±0,97	3,27±1,01
	Erkek	19	3,42±1,18	3,58±1,32	3,39±1,27	3,42±1,09	3,25±1,19
Test ve p değeri**			-0,317; p=0,752	-0,656; p=0,512	-0,216; p=0,829	-0,906; p=0,365	-0,079; p=0,937
Eğitim	Meslek Lisesi	6	3,17±1,68	3,30±1,72	3,20±1,78	3,17±1,56	2,96±1,79
	Lisans	64	3,52±0,83	3,68±1,06	3,61±0,92	3,33±0,90	3,38±0,96
	Lisansüstü	30	3,11±1,06	3,30±1,16	3,03±1,20	3,02±1,03	3,08±1,02
Test* ve p değeri			1,615; p=0,446	1,340; p=0,512	4,322; p=0,115	1,137; p=0,566	1,665; p=0,435
Medeni Durum	Evli	81	3,43±0,96	3,52±1,07	3,54±1,01	3,23±1,01	3,38±1,02
	Bekar	19	3,35±0,99	3,55±1,17	3,35±1,13	3,22±0,99	3,21±1,05
Test ve p değeri**			-0,324; p=0,746	-0,214; p=0,831	-0,836; p=0,214	-0,214; p=0,831	-0,782; p=0,434
Ekonomik Durum	Gelir giderden az	25	3,44±1,04	3,66±1,19	3,50±1,11	3,22±1,14	3,30±1,08
	Gelir gidere denk	63	3,32±0,99	3,47±1,16	3,33±1,13	3,23±0,95	3,23±1,05
	Gelir giderden fazla	12	3,51±0,82	3,68±0,88	3,65±0,83	3,23±0,93	3,40±0,93
Test* ve p değeri			0,437; p=0,804	0,501; p=0,778	0,714; p=0,700	0,034; p=0,983	0,280; p=0,869

*$\chi 2$: Kruskal Wallis Testi; **U: Mann Whitney U Testi

4.5.2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Çalışma Özellikleri ve PBYÖDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ile İlgili Bulgular

Yoğun bakım hemşirelerinin çalışma özellikleri ile PBYÖDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadı (p>0.05).

Tablo 4.10: Yoğun Bakım Hemşirelerinin Çalışma Özellikleri PBYÖDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)

Değişkenler		n	"PBYÖDÖ" Ort±SS	"Semptom Tanılama" Ort±SS	"Bilgiyi Kullanma" Ort±SS	"Müdahale" Ort±SS	"Tanımlama" Ort±SS
Çalışma Süresi	0-5 Yıl	45	3,33±0,90	3,47±1,15	3,42±1,04	3,27±0,94	3,11±0,94
	6 Yıl ve Üzeri	55	3,41±1,04	3,60±1,13	3,40±1,13	3,20±1,03	3,40±1,11
Test ve p değeri**			-0,749; p=0,454	-0,481; p=0,630	-0,139; p=0,889	-0,293; p=0,770	-1,691; p=0,091
Memnuniyet Düzeyi	Memnunum	38	3,57±0,94	3,75±1,07	3,60±1,00	3,41±1,03	3,45±1,03
	Kısmen Memnunum	47	3,32±0,96	3,47±1,16	3,34±1,14	3,18±0,93	3,24±0,98
	Memnun Değilim	15	3,04±1,08	3,21±1,16	3,13±1,14	2,90±1,03	2,85±1,18
Test* ve p değeri			3,783; p= 0,151	2,859; p=0,239	2,182; p=0,336	3,120; p= 0,210	3,676; p= 0,159
Haftalık Çalışma Saati	40 Saat	29	3,47±0,94	3,61±1,14	3,51±1,14	3,36±0,95	3,34±0,96
	48 Saat ve Üzeri	71	3,34±0,99	3,51±1,14	3,37±1,07	3,17±1,00	3,24±1,07
Test ve p değeri**			-0,684; p=0,494	-0,278; p=0,781	-0,829; p=0,407	-0,944; p=0,345	-0,408; p=0,683
Çalışma Şekli	Sadece Gündüz	13	3,85±0,57	4,05±0,72	3,88±0,75	3,71±0,61	3,71±0,69
	Sadece Gece	3	4,06±0,87	4,20±0,72	4,40±0,60	3,83±1,04	3,67±1,26
	Gece-Gündüz	84	3,28±1,00	3,44±1,17	3,30±1,11	3,13±1,01	3,18±1,07
Test* ve p değeri			5,967; p= 0,055	4,004; p=0,135	5,577; p=0,062	5,100; p= 0,078	3,714; p= 0,156
Çalışma Biçimi	Hasta Paylaşımı	93	3,37±0,96	3,55±1,12	3,42±1,08	3,21±0,98	3,26±1,03
	İş paylaşımı	7	3,38±1,24	3,43±1,40	3,34±1,32	3,46±1,15	3,29±1,29
Test ve p değeri**			-0,081; p=0,935	-0,165; p=0,866	-0,285; p=0,755	-0,829; p=0,407	-0,081; p=0,935
Hemşire Başına Düşen Hasta Sayısı	2	65	3,43±0,99	3,66±1,09	3,47±1,07	3,21±0,99	3,32±1,10
	3	28	3,30±0,89	3,31±1,19	3,33±1,07	3,34±0,94	3,21±0,90
	4	7	3,11±1,22	3,29±1,27	3,14±1,41	2,96±1,22	3,00±1,03
Test* ve p değeri			0,254; p= 0,881	1,853; p=0,396	0,811; p=0,667	0,752; p= 0,687	0,741; p= 0,690

*χ2 : Kruskal Wallis Testi; **U: Mann Whitney U Testi

4.5.3.Yoğun Bakım Hemşirelerinin "Psikososyal Bakım Eğitimi ve Yaklaşımları" ile PBYÖDÖ Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması ile ilgili Bulgular

Yoğun bakım hemşirelerinin "Psikososyal Bakım Eğitimi Alma Durumları Ve Yaklaşımları" ile PBYÖDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadı (p>0.05).

Tablo 4.11: Yoğun Bakım Hemşirelerinin "Psikososyal Bakım Eğitimi Alma Durumu ve Yaklaşımları" ile PBYÖDÖ'nün Karşılaştırması (n=100)

Değişken		n	"PBYÖDÖ" Ort±SS	"Semptom Tanılama" Ort±SS	"Bilgiyi Kullanma" Ort±SS	"Müdahale" Ort±SS	"Tanılama" Ort±SS
Psikososyal Bakım Eğitimi	Evet	47	3,51±0,94	3,64±1,11	3,52±1,05	3,39±0,99	3,44±0,98
	Hayır	53	3,26±1,00	3,45±1,16	3,31±1,12	3,08±0,97	3,11±1,07
Test ve p değeri**			-1,655; p=0,098	-1,146; p=0,252	-0,875; p=0,382	-1,602; p=0,109	-1,814; p=0,070
Psikososyal Yaklaşım	Konuşmaya Çalışma	86	3,46±0,98	3,63±1,11	3,51±1,08	3,28±0,98	3,35±1,05
	Psikiyatri Konsültasyonu İsteme	7	3,04±0,69	3,17±1,24	3,03±0,91	2,86±0,84	3,07±0,55
	Hekim İstemi ile İlaç Uygulama	6	2,52±0,96	2,60±1,09	2,43±1,14	2,79±1,20	2,25±1,00
Test* ve p değeri			7,174;p=0,067	6,055;p=0,109	7,456;p=0,059	3,143;p=0,370	6,735;p=0,081

*χ2 : Kruskal Wallis Testi; **U: Mann Whitney U Testi

BÖLÜM VI

4.6. Yoğun Bakım Hemşirelerinin PBVDAF ve PBYÖDÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

PBVDAF ve PBYÖDÖ'nden alınan puanlar arasındaki ilişki analiz edilmiş olup, "Pearson Korelasyon Analizi" sonuçları Tablo 4.12'de verilmiştir. "Hastalarımı psikososyal açıdan değerlendirebiliyorum" şeklindeki 1. ifade ile PBYÖDÖ arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu (r=-0,386), ölçeğin "Semptom Tanılama" alt boyutu ile arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu (r=-0,316), ölçeğin "Bilgiyi Kullanma" alt boyutu ile arasında negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu (r=-0,409), ölçeğin müdahale alt boyutu ile arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu (r=-0,267) ve son olarak "Tanımlama" alt boyutu ile arasında negatif yönlü orta düzeyde (r=-0,412) bir ilişki olduğu belirlendi.

"Psikososyal bakımı hemşirenin öncelikli görevi olarak görüyorum" şeklindeki 2. ifade ile PBYÖDÖ'den alınan puanlar arasında negatif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu (r=-0,207), benzer şekilde ölçeğin "Tanımlama" alt boyutu ile arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu (r=-0,274) belirlendi.

"Hastalarıma psikososyal bakım veririm" şeklindeki 3. ifade ile Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu (r=-0,312), ölçeğin "Semptom Tanılama" alt boyutu ile arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu (r=-0,244), ölçeğin "Bilgiyi Kullanma" alt boyutu ile arasında negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu (r=-0,303), ölçeğin "Müdahale" alt boyutu ile arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu (r=-0,235), son olarak "Tanımlama" alt boyutu ile arasında negatif yönlü orta düzeyde (r=-0,364) bir ilişki olduğu belirlendi.

"Kendimi psikososyal bakım için yetkin görmediğimden hastayla bu yönde etkileşim kurmam" şeklindeki 4. ifadeye verilen yanıtlara ilişkin korelasyon incelendiğinde, ölçeğin sadece "Tanımlama" alt boyutu ile arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde (r=0,203) ilişki olduğu belirlendi.

"Psikososyal bakımın bu konuda daha eğitimli kişiler tarafından verilmesi gerektiğini düşünüyorum" şeklindeki 5. ifadeye verilen yanıtlara ilişkin korelasyon

incelendiğinde, ölçeğin sadece "Tanımlama" alt boyutu ile arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde (r=0,205) korelasyon olduğu belirlendi.

"Hasta bakımında psikososyal bakım için zaman ayırırım" şeklindeki 6. ifade ile PBYÖDÖ arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu (r=-0,252), ölçeğin "Semptom Tanılama" alt boyutu ile arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu (r=-0,204), ölçeğin "Bilgiyi Kullanma" alt boyutu ile arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu (r=-0,224), ölçeğin "Müdahale" alt boyutu ile arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olmadığı, son olarak "Tanımlama" alt boyutu ile arasında negatif yönlü zayıf (r=-0,320) bir ilişki olduğu belirlendi.

"Çalıştığım birimde psikososyal bakım vermek için yeterli zamanı bulamıyorum" şeklindeki 7. ifade ile PBYÖDÖ arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü ve zayıf bir ilişki olduğu (r=0,223), ölçeğin "Bilgiyi Kullanma" alt boyutu ile arasında pozitif yönlü ve zayıf bir ilişki olduğu (r=0,214), ölçeğin "Tanımlama" alt boyutu ile arasında ise benzer şekilde pozitif yönlü ve zayıf bir ilişki olduğu (r=0,222) belirlendi.

Tablo 4.12: PBVDAF ile PBYÖDÖ Arasındaki İlişki (n=100)

	"PBYÖDÖ"	**"Semptom Tanılama"**	**"Bilgiyi Kullanma"**	**"Müdahale"**	**"Tanımlama"**
"1.Hastalarımı psikososyal açıdan değerlendirebiliyorum."	**-0,386****	**-0,316****	**-0,409****	**-0,267****	**-0,412****
"2.Psikososyal bakımı hemşirenin öncelikli görevi olarak görüyorum."	**-0,207***	-0,138	-0,191	-0,170	**-0,274****
"3.Hastalarıma psikososyal bakım veririm."	**-0,312****	**-0,244***	**-0,303****	**-0,235***	**-0,364****
"4.Kendimi psikososyal bakım için yetkin görmediğimden hastayla bu yönde etkileşim kurmam."	0,152	0,180	0,126	0,029	**0,203***
"5.Psikososyal bakımın bu konuda daha eğitimli kişiler tarafından verilmesi gerektiğini düşünüyorum."	0,167	0,148	0,130	0,137	**0,205***
6.Hasta bakımında psikososyal bakım için zaman ayırırım.	**-0,252***	**-0,204***	**-0,224***	-0,187	**-0,320****
"7.Çalıştığım birimde psikososyal bakım vermek için yeterli zamanı bulamıyorum."	**0,223***	0,194	**0,214***	0,185	**0,222***

Pearson Korelasyon Analizi
* 0,05 Anlamlılık Düzeyinde korelasyon mevcuttur.
** 0,01 Anlamlılık Düzeyinde korelasyon mevcuttur.

5. TARTIŞMA

Bu araştırma, yoğun bakım hemşirelerinin "psikososyal bakım verme durumlarının ve yetkinliklerinin" belirlenmesi amacıyla gerçekleştirldi. Araştırmadan elde edilen bulgular, altı bölüm halinde tartışıldı.

- Yoğun Bakım Hemşirelerinin Özelliklerinin Tartışılması
- Yoğun Bakım Hemşirelerinin PBVDAF'ye İlişkin Bulguların Tartışılması
- Yoğun Bakım Hemşirelerinin PBYÖDÖ Bulgularının Tartışılması
- Yoğun Bakım Hemşirelerinin Özellikleri ile PBVDAF Karşılaştırılması ile ilgili Bulguların Tartışılması
- Yoğun Bakım Hemşirelerinin Özellikleri ile PBYÖDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ile ilgili Bulguların Tartışılması
- Yoğun Bakım Hemşirelerinin PBVDAF ile PBYÖDÖ'nün Karşılaştırmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Özelliklerinin Tartışılması

Çalışmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin %53'ü 22-26 yaş grubunda olup %81'i kadın; %69'u bekar; %64'ü lisans eğitimi mezunu ve %63'ünün geliri giderine denktir.

Yoğun bakım hemşirelerinin %55'i 6 yıl ve üzerinde çalışma süresine sahip; %38'i yaptığı işten memnun; %71'i 48 saat ve üzeri çalışmakta; %84'ünün çalışma şekli gece-gündüz periyodunda çalışmakta; %93'ü hasta paylaşımı biçiminde çalışmaktadır ve %65'i vardiyasında iki hastadan sorumludur. Hemşirelerin %60'ı 3. Basamak Genel Yoğun Bakım ünitesinde çalışmaktadır.

Yoğun Bakım hemşirelerinin %47'sinin psikososyal bakım eğitimi aldığı, %39 unun ise bu eğitimi öğrenim sırasında aldığı bulundu. Psikolojik sıkıntı yaşayan hastaya yapılan ilk müdahale incelendiğinde ise hemşirelerin %86'sının öncelikle "hastayla konuşmaya çalıştığı" belirlendi.

Arslan'ın yoğun bakım hemşireleri ile yaptığı çalışmada (2021) yaş ortalaması 30.80 bulunmuş, %91.3'ünün kadın ve %50'sinin evli olduğu saptanmıştır. Çalışmaya dahil olan katılımcıların %86.3'ünün lisans mezunu olduğu, %82.5'inin gündüz gece

periyodunda çalıştığı ve %87.5'inin 2-3 hastaya bakım verdiğini bulunmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin %55'i psikososyal bakım konusunda eğitim almış, %79.5'i bu eğitimi öğrenim sırasında edindiğini saptanmıştır. Arslan'ın çalışmasında psikolojik sıkıntı yaşayan hastaya ilk yaklaşım olarak hemşirelerin %40'ının psikiyatri konsültasyonu istediği bulunmuştur (Arslan, 2021).

Aktaş ve Baysan Arabacı'nın (2016) yoğun bakım hemşireleri ile yaptığı çalışmada yoğun bakım hastasına yönelik psikolojik bakım ile ilgili hemşirelerin 65,2'sinin bu konuda hiç eğitim almadığı, eğitim alanların ise %33,9'unun okul esnasında derslerde aldığı saptanmıştır (Aktaş ve Baysan Arabacı, 2016).

Sancak'ın yaptığı araştırmada (2021) hemşirelerin %59,6'sının psikososyal bakım eğitimi almadığı fakat alan hemşirelerin %77,3'ünün bu eğitimi okul eğitimi sırasında aldığı bulunmuştur (Sancak, 2021). Davut'un yaptığı çalışmada (2022) hemşirelerin %57,9'unun psikososyal bakım ile ilgili eğitim almadığı, %60,4'ünün eğitim almaya ihtiyaç duyduğu belirlenmiştir (Davut, 2022).

Yıldırım ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hemşirelerin %65.4'ünün ruhsal sıkıntı yaşayan hastayla karşılaştığı ve %37.1'inin hastaya yönelik yaklaşımında "konuşmaya çalıştığı" saptanmıştır (Yıldırım ve ark., 2019).

Mevcut çalışma bulguları ve literatürdeki araştırma bulguları benzerlik göstermektedir. Hemşirelerin çoğunluğunun psikososyal bakım eğitimi okul döneminde almış olması önemli olmakla birlikte bu eğitimlerin çalışma yaşamı sırasında tekrar edilmediğini ve bunun sonucunda hastala verilen bakımın bu yönüyle eksik kalacağını bize düşündürmüştür.

5.2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin PBDAF'ye İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma sonuçları incelendiğinde yoğun bakım hemşirelerinin %79'unun hastayı psikososyal açıdan değerlendirdiğini düşündüğü bulundu. Hemşirelerin %64'ü psikososyal bakımı öncelikli görmekte, %73'ü psikososyal bakım vermekte ve % 16'sı kendini yetkin görmediğinden hastayla bu yönde bir etkileşim kurmamayı tercih etmektedir. Hemşirelerin %63'ünün psiksosyal bakıma zaman ayırdığı, %52'sinin ise çalıştığı birimde psikososyal bakım için yeterli zamanı bulamadığı saptandı. %69'u psikososyal bakımı bu konuda daha eğitimli kişiler tarafından verilmesi gerektiğini düşünürken sadece %10'u bu ifadeye katılmadı.

Aksoy ve arkadaşlarının (2015) yaptığı araştırmada, hemşirelerin %40,8'i psikososyal bakımı hemşirelerin öncelikli rolü olduğunu düşünmekte fakat hemşirelerin sadece %27,8'inin hastayı psikososyal yönden değerlendirdiği bulunmuştur (Aksoy ve ark., 2015). Bir başka çalışma olan Pehlivan'ın çalışmasında (2013) ise hemşirelerin %51,6'sının hastayı psiksosyal açıdan değerlendirebildiği saptanmıştır. Çalışmada hemşirelerin hastaları psikososyal açıdan değerlendirmesini etkileyen faktörler arasında ilk olarak iş yoğunluğu sebebiyle hastanın psikolojik gereksinimlerine vakit ayıramama gelmektedir. Ardından çalışan hemşire sayısının yetersiz olması ve hasta sayısının fazla olması nedenler arasındadır. Hemşirelerin "Psikolojik değerlendirme yapabilecek bilgiye sahip olmama" sebebi ile de değerlendirme yapamadıkları saptanmıştır (Pehlivan, 2013).

Nunes ve arkadaşlarının (2020) yaptığı araştırmada, hemşirelerin ruh sağlığı konusunda kendilerini bakım vermede yeterli hissetmedikleri bulunmuştur (Nunes ve ark, 2020).

Alaca ve arkadaşlarının (2011) yaptığı araştırmada hemşirelerin %92.4'ünün hastaya yardımcı olamadıkları zaman psikiyatri hemşireliği alanında uzman bir hemşireden konsültasyon istenmesi gerektiği görüşündedir (Alaca ve ark., 2011). Alaca ve arkadaşlarıyla paralel olarak bu çalışmada da hemşirelerin %69'u psikososyal bakımı daha eğitimli bireyler tarafından verilmesi gerektiğini düşündüğü bulunmuştur.

Mevcut çalışma bulguları ve literatür bulguları doğrultusunda yoğun bakım ünitelerinde psikososyal bakım verilmesinin önemli olduğu ve bu bakımın bu konuda eğitim almış hemşireler veya konsültasyon liyezon hemşireleri tarafından verilmesinin uygun olacağını düşündürmektedir.

5.3. Yoğun Bakım Hemşirelerinin PBYÖDÖ Bulgularının Tartışılması

Yoğun bakım hemşireleri PBYÖDÖ'den ortalama 3,37±0,97 puan, "Semptom Tanılama" alt boyutundan 3,54±1,13 puan, "Bilgiyi Kullanma" alt boyutundan 3,41±1,08 puan, "Müdahale" alt boyutundan 3,22 ±0,98 puan ve "Tanımlama" alt boyutundan ise 3,26±1,03 puan aldılar. Yoğun bakım hemşirelerinin PBYÖDÖ'den aldıkları toplam puan ortalaması ise 60,66±17,46 olarak saptandı.

Sancak'ın yaptığı çalışmada (2021) hemşirelerin PBYÖDÖ'den aldıkları toplam puan 61,43±13,28'dir. Karataş'ın yaptığı araştırmada (2019) ise toplam puan 72,06 ± 9,36 olarak bulunmuştur. Davut'un yaptığı araştırmada PBYÖDÖ' nün toplam puan ortalaması 57,97±11,29 olarak saptanmıştır.

PBYÖDÖ'nün "Semptom Tanılama" alt boyutu incelendiğinde; Sancak'ın yaptığı çalışmadaki hemşirelerin aldıkları puan ortalama 17,85±4,36, Karataş'ın yaptığı çalışmadaki ortalama puan 20,67 ± 3,05 ve Davut'un yaptığı çalışmadaki "Semptom Tanılama" ortalama puanı 16,62±3,84 olarak tespit edilmiştir ve yoğun bakım biriminde çalışan hemşirelerin puanları diğer birimlerin puanlarına oranla daha fazla bulunmuştur.

PBYÖDÖ'nün "Bilgiyi Kullanma" alt boyutu incelendiğinde Sancak'ın çalışmada ortalama puan 17,90±4,04, Karataş'ın çalışmasında 20,79 ± 3,03 ve Davut'un çalışmasında "Bilgiyi Kullanma" ortalama puanı 6,93±3,58 olarak bulunmuştur.

PBYÖDÖ'nün "Müdahale" alt boyutu için Sancak'ın çalışması incelendiğinde, ölçek alt boyutundan alınan ortalama puan 12,69±3,24, Karataş'ın çalışması incelendiğinde ortalama puan 15,08 ± 2,75 ve Davut'un çalışması incelendiğinde alt boyut ortalama puanı 11,63±3,17 olarak saptanmıştır.

PBYÖDÖ'nün "Tanılama" alt boyutu incelendiğinde Sancak'ın çalışmasında alt boyutun ortalama puanı 12,98±3,21, Karataş'ın çalışmasında alt boyut ortalama puanı 15,53 ± 2,49 ve Davut'un çalışmasındaki alt boyut puan ortalaması 12,79±2,65 olarak bulunmuştur (Karataş, 2019; Sancak, 2021; Davut, 2022).

Mevcut çalışma bulgularına göre yoğun bakım hemşirelerinin yetkinlik düzeylerinin orta olduğunu söyleyebiliriz. Literatürdeki araştırmalarda ölçek toplam puanları alınarak değerlendirme yapılmıştır. Mevcut çalışmada ise puan ortalamalarına bakılmıştır. Ölçeğin değerlendirilmesi açısından fark olmakla birlikte ölçekten alınacak en düşük ve en yüksek puan düşünüldüğünde literatürdeki çalışmalardaki bulgulara göre

yoğun bakım hemşirelerinin yetkinliklerin orta düzeyde olduğu söylenebilir. Bu nedenle mevcut çalışma ve literatürdeki çalışmaların benzerlik gösterdiğini söyleyebiliriz. Alt boyutlar açısından değerlendirildiğinde yoğun bakım hemşirelerinin tanılamada ve müdahalede kendilerini diğer alanlara göre kendilerini yetersiz bulduklarını söyleyebiliriz. Hemşirelik sürecinin en önemli adımlarından biri tanılamadır. Hastanın doğru bir şekilde tanılanması bakımın da daha kaliteli olmasını sağlayacaktır. Hemşirelerin kendilerini müdahale açısından yetersiz görmeleri ise yoğun bakım ünitelerinin daha çok fiziksel bakıma odaklanmasına bağlanabilir. Bu nedenle bu ünitelerde çalışan hemşirelere KLP hemşirelerinin danışmanlık yapması gerektiğini düşündürmektedir. KLP hemşiresinin olmadığı hastanelerde ise yoğun bakım hemşirelerinin psikososyal bakım konusunda hizmet içi eğitim programları ile eğitilmesi önerilebilir.

5.4. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Özellikleri ile PBVDAF Karşılaştırılması ile ilgili Bulguların Tartışılması

Yoğun bakım hemşirelerinin özellikleri ve PBVDAF karşılaştırıldığında hemşirelerin yaşı arttıkça psikososyal bakım için daha fazla yeterli zamanı bulabildikleri görüldü. Bunun nedeni hemşirelerin daha deneyimli olmasına bağlanabilir. Altay ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2010) hemşirelerin yaşları ilerledikçe oluşan deneyimlerinin kendilerine olan güvenin artması ile sonuçlandığını ve hemşirelik uygulamalarına olumlu yönde yansıdığı açıklanmıştır (Altay, 2010).

Cinsiyet ile PBVDAF karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmadı. Bu sonuç bize cinsiyetin psikososyal bakımda etkili olmadığını düşündürmüştür. Bu nedenle daha geniş örneklemli ve cinsiyet açısından eşit sayıda katılımcının olduğu araştırmalar yapılması önerilebilir.

Yoğun bakım hemşirelerinin eğitim durumları incelendiğinde mesleki lisesi mezunu yoğun bakım hemşirelerinin kendilerini psikososyal bakım için yetkin görmediği ve hastalara bu yönde bakım vermediği saptanmıştır. Bu bize lise düzeyindeki hemşirelerin psikososyal bakım konusunda yeterli eğitim almadığını düşündürmektedir. Hemşirelik bütüncül yaklaşımı savunmakla birlikte lisans programlarında yaklaşıma daha ayrıntılı olarak yer verilmektedir. Bu nedenle eğitime göre bir farklılık olduğu söylenebilir.

Yoğun bakım hemşirelerinin medeni durumuna yönelik incelemede ise evli hemşirelerin bekarlara oranla psikososyal bakım için daha fazla zaman bulabildiği saptanmıştır. Bu çalışmada bununla ilgili kesin bir bulgu olmamkala birlikte evli hemşirelerin yaş açısından daha büyük oldukları tahmin edilmektedir. Bu nedenle çoğunlukla gündüz çalışmaktadırlar. Gündüz saatlerinde çalışan sayısının fazla olması yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel bakım yanında psikososyal bakıma da zaman ayırabildiklerini düşündürmüştür.

Ekonomik durum incelendiğinde hemşirelerin PBVDAF'nin farklılaşmadığı bulundu. Bu nedenle ekonomik durumun psikososyal bakımı etkilemediği söylenebilir. Genelde hemşirelerin ekonomik durumlarının birbirine yakın olması buna neden olarak gösterilebilir.

Çalışma süresi incelendiğinde PBVDAF açısından anlamlı bir fark bulunmadı. Takase ve arkadaşları yaptığı araştırmada (2013) hemşirelerin çalışma süresi arttıkça hemşirelerin yetkinliklerinin de artış gösterdiğini saptamıştır (Takase ve ark., 2013). Arslan'ın (2021) yaptığı çalışmada hemşirelerin çalışma süresi arttıkça hastaya psikososyal bakım verme yaklaşımına daha eğilimli oldukları bulunmuştur (Arslan, 2021). Mevcut çalışma bulguları ile literatürdeki araştırma bulguları birbirinden farklılık göstermektedir. Mevcut çalışmada hemşirelerin çoğunluğunun 1-5 yıl arasında çalışıyor olması nedeniyle bu sonuç ortaya çıkmış olabilir. Çalışma sürelerinin daha eşit olarak seçildiği örneklem sayısı büyük araştırmaların planlanması önerilebilir.

Yoğun bakım hemşirelerinin memnuniyet düzeyi incelendiğinde hemşirelerin memnuniyet düzeyi azaldıkça daha az psikososyal bakım verdiği, kendilerini yetkin görmediklerinden hasta ile bu yönde etkileşim kurmadıkları ve psikososyal bakım için zaman bulamadıkları saptanmıştır. Bu nedenle yoğun bakımda çalışacak hemşirelerin istekli olmaları önemlidir.

Yoğun bakım hemşirelerinin çalışma saati incelendiğinde 48 saat ve üzeri çalışan hemşirelerin psikososyal bakımı hemşirenin öncelikli görevi olarak görmediği ve dolayısıyla 40 saat çalışan hemşirelere oranla daha az psikososyal bakım verdikleri bulunmuştur. Buna ek olarak 48 saat üzeri çalışan hemşirelerin haftada 40 saat çalışan hemşirelere göre kendilerini yetkin görmediklerinden psikososyal bakım vermedikleri saptanmıştır. Çalışma saatlerinin fazla olması hemşirelerin daha fazla tükendiğini, buna

bağlı olarak motivasyonlarının ve performanslarının azaldığını ve bunu hasta bakımına yansıttıklarını düşündürmüştür.

Gündüz çalışma periyodunda çalışan yoğun bakım hemşirelerinin gece-gündüz şeklinde çalışan hemşirelere göre daha fazla psikososyal bakıma zaman ayırabildikleri ve kendilerini daha yetkin gördükleri bulundu. Demir Dikmen ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında nöbet tutan hemşirelerin klinik çalışma koşulları ve işleyişten kaynaklanan sebeplerden dolayı profesyonel davranışlarında azalma görüldüğü belirlenmiştir. Çalışmalarda benzer sonuçların bulunması gece çalışmanın yoğun bakım hemşirelerinin performansını olumsuz etkilediğini düşündürmektedir.

Psikososyal bakım eğitimi alan yoğun bakım hemşirelerinin diğer hemşirelere oranla daha fazla psikososyal bakım uyguladığı ve bunun için daha fazla zaman ayırdığı saptandı. Ayrıca hastayı psikososyal açıdan değerlendiremeyen, psikososyal bakımı öncelikli görmeyen ve psikososyal bakım uygulamayan hemşirelerin psikososyal sıkıntı yaşayan hastayla etkileşim kurmak yerine ilaç uygulama ve psikiyatri konsültasyonu isteme davranışlarını sergiledikleri bulundu. Benzer olarak Pehlivan ve arkadaşlarının çalışmasında (2013) hastanın psikososyal değerlendirmesini etkileyen faktörler arasında bilgi eksikliği bulunmaktadır (Pehlivan, 2013). Hemşirelerin psikososyal bakım hakkında yeterli bilgiye sahip olmamasının psikososyal bakım davranışlarını etkilediği ve bu konuda eğim almanın önemli olduğunu düşündürmektedir.

5.5. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Özellikleri ile PBYÖDÖ'nün Karşılaştırılması ile ilgili Bulguların Tartışılması

Mevcut araştırmada yoğun bakım hemşirelerinin özellikleri ile PBYÖDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldı ve hemşirelerin bireysel ve çalışma özelliklerinin hemşirelerin yetkinliğini etkilemediği belirlendi.

Karataş (2019), Sancak (2021) ve Davut'un yaptıkları çalışmalarda (2022) hemşirelerin PBYÖDÖ alt boyutlarından "Müdahale" puan ortalamalarının kadınların erkeklere oranla anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda eğitim durumu ile PBYÖDÖ ve alt boyutları ortalama puanlarının arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur. Benzer şekilde Karataş (2019) ve Davut (2022)'un yaptıkları çalışmalarda da ölçek ortalama puanı ve alt boyut ortalama puanlarında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ancak çalışma bulguları incelendiğinde

eğitim düzeyi arttıkça ortalama puanların yükseldiği görülmüştür. Benzer olarak çalışmamızda lisans mezunlarının meslek lisesi mezunlarına oranla ortalama puanları daha yüksektir fakat aralarında anlamlı fark bulunmamaktadır.

Araştırmamızda hemşirelerin PBYÖDÖ ve alt boyutları ortalama puanlarının çalışma süresine göre farklılaşmadığı bulundu. Ancak Davut'un yaptığı çalışmada (2022) "Tanılama" ve "Bilgiyi kullanma" alt boyut puanlarının 11 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerde diğer çalışma sürelerine göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Bunun sebebi olarak hemşirelerin çalışma süreleri arttıkça bilgi ve deneyimlerinin de artacağı düşünülmektedir. İki çalışma arasında fark olması araştırmanın yöntemi ve örneklem grubunun özelliğine bağlanabilir. Aynı zamanda mevcut çalışmada verilerin çevrimiçi toplanmış olması bu sonucu etkilemiş olabilir.

Araştırmamızda hemşirelerin PBYÖDÖ toplam ve alt boyutlar ile çalışma şekilleri arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Buna benzer olarak Davut (2022) ve Karataş (2019) yaptıkları çalışma sonuçları da benzerdir. Ancak bizim çalışmamızda ve Davut ve Karataş'ın yaptıkları çalışmada sadece gündüz çalışan hemşirelerin puan ortalamaları gece-gündüz vardiyasında çalışan hemşirelere oranla daha fazla bulunmuştur. Bunun nedeninin gündüz vardiyasında sorumlu hemşirelerin görev alması ve diğer vardiyalara oranla hemşire sayısının daha fazla olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda haftalık çalışma saati ile PBYÖDÖ toplam ve alt boyutları karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmadı. Ancak ortalama puanlara bakıldığında 40 saat çalışan hemşirelerin 48 saat ve üzeri çalışan hemşirelere oranla daha fazla puan ortalamasına sahip olduğu saptandı. Davut'un yaptığı çalışmada (2022) haftalık 45 saat ve üstü çalışan hemşirelerin PBYÖDÖ ortalama puanlarının 45 saat çalışan hemşirelere oranla anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır (Davut, 2022). Aktaş'ın (2016) yaptığı çalışmada uzun süre çalışmanın genellikle sadece fizyolojik ihtiyaçları gidermeye, buna ek olarak psikolojik ihtiyaçları karşılamada isteksizlik ve zaman ayırmamaya neden olduğu bulunmuştur. Mevcut çalışma "Covid 19 Pandemisi" sırasında gerçekleştirilmiştir. Bu dönemde yoğun bakım hemşirelerinin hemen hepsi normal çalışma saatlerinin üzerinde çalışmışlardır ve genellikle Covid 19 nedeniyle yatan hastalara bakmışlardır. Bu nedenle çalışma saatlerine bakılmaksızın çoğunlukla tek bir hasta grubuna bakım vermelerinden dolayı kendilerini daha yetkin olarak görmüş olabilirler.

Araştırmamızda hemşirelerin biriminden memnun olma düzeyine göre PBYÖDÖ toplam ve alt boyutları farklılaşmadığı saptanmıştır. Ancak Davut'un çalışmasında (2022) biriminden memnun olan hemşirelerin ölçek toplam puanı, "Bilgiyi kullanma" ve "Müdahale" alt puan ortalamaları memnun olmayanlara oranla daha yüksek bulunmuştur (Davut, 2022). Yine çalışmanın "Covid 19 Pandemisi" sırasında yapılmış olmasının bunu etkilediği düşünülmüştür. Hemşireler yoğun bakımda çalışmaktan memnun olmasalar da Covid 19 döneminde toplumun bakış açısından dolayı daha sorumlu hissettikleri ve çoğunlukla aynı hasta grubuna bakım verdikleri için kendilerini daha yetkin görmüş olabilirler.

Araştırmamızda hemşirelerin psikososyal bakım eğitimi alma durumları ile PBYÖDÖ toplam ve alt boyutlarının ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmadı. Ancak Davut'un yaptığı çalışmada (2022) psikososyal bakım eğitimi alan hemşirelerin toplam ölçek puan ortalaması ve alt boyut puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Lakanmaa ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2015) yoğun bakımda çalışan hemşirelerin yetkinliklerinin yoğun bakım eğitimi, sertifikası alma durumuna göre artış gösterdiği bulunmuştur (Lakanmaa ve ark., 2015). Bu sonuç psikososyal bakım eğitimi alan hemşirelerin bu eğitimi çoğunlukla eğitimleri sıarsında aldıkları için tekrar eğitim gereksinimleri olduğunu düşündürmektedir. Aynı zamanda yetkinliklerinin orta düzeyde olmasıda bu görüşümüzü desteklemektedir.

5.6. Yoğun Bakım Hemşirelerinin PBVDAF ile PBYÖDÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki ile ilgili Bulguların Tartışılması

PBVDAF ve PBYÖDÖ arasındaki ilişki incelendiğinde "Hastalarımı psikososyal açıdan değerlendirebiliyorum." şeklindeki 1. ifade ile ölçek arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu saptandı.

Araştırma için literatür doğrultusunda geliştirilen formdaki "Psikososyal bakımı hemşirenin öncelikli görevi olarak görüyorum." şeklindeki 2. ifade ile PBYÖDÖ'den alınan puanlar arasında negatif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. "Tanımlama" alt boyutu ile arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki vardır ancak "Bilgiyi Kullanma", "Müdahale" ve "Semptom Tanılama" alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı.

Araştırma için literatür doğrultusunda geliştirilen formdaki "Hastalarıma psikososyal bakım veririm." şeklindeki 3. ifade ile PBYÖDÖ arasında negatif yönlü zayıf

bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. “Semptom Tanılama” ve “Müdahale” alt boyutları arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki ve “Bilgiyi Kullanma” ve “Tanımlama” alt boyutları arasında negatif yönlü orta düzey bir ilişki olduğu bulundu.

Araştırma için literatür doğrultusunda geliştirilen formdaki “Kendimi psikososyal bakım için yetkin görmediğimden hastayla bu yönde etkileşim kurmam.” şeklindeki 4. ifade ile sadece “Tanımlama” alt boyutu arasında pozitif yönü zayıf bir ilişki olduğu saptandı.

Araştırma için literatür doğrultusunda geliştirilen formdaki “Psikososyal bakımın bu konuda daha eğitimli kişiler tarafından verilmesi gerektiğini düşünüyorum.” şeklindeki 5. İfade ile ise yalnızca “Tanımlama” alt boyutu arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu bulundu.

Araştırma için literatür doğrultusunda geliştirilen formdaki “Hasta bakımında psikososyal bakım için zaman ayırırım” şeklindeki 6. ifade ile PBYÖDÖ arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu tespit edildi.

Araştırma için literatür doğrultusunda geliştirilen formdaki “Çalıştığım birimde psikososyal bakım vermek için yeterli zamanı bulamıyorum” şeklindeki 7. ifade ile ile PBYÖDÖ ve alt boyutları arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu saptandı.

Mevcut çalışmada PBVDAF’de puan 1’e yaklaştıkça bakım verme yaklaşımları olumlu olmaktadır. PBYÖDÖ ölçeğinde ise puan 5’e yaklaştıkça yetkinlik düzeyi artmaktadır. Ölçeklerin değerlendirme biçimleri ele alındığında hemşirelerin bakım verme yaklaşımları olumlu ise yetkinliklerinin de artığı söylenebilir. Hemşirelerin bakım yaklaşımların olumlu olması yanında yetkinliklerininde istenilen düzeyde olması hasta bakımına olumlu olarak yansıyacak ve bakımın kalitesini artıracaktır.

Sonuç olarak; araştırma sorularımız doğrultusunda; yoğun bakım hemşirelerinin psikososyal bakım verme durumlarının ve yetkinliklerinin orta düzeyde olduğu ve yoğun bakım hemşirelerinin psikososyal bakım verme yaklaşımlarının olumlu olmasının “psikososyal bakım yetkinliği”ni artırdığı söylenebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Araştırma Sonuçları

Bu araştırma, yoğun bakım hemşirelerinin psikososyal bakım verme durumlarının ve yetkinliklerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirildi. Araştırma sonuçları aşağıda özetlenmiştir.

- Yoğun bakım hemşirelerinin %53'ü 22-26 yaş olup %81'i kadın, %64'ü lisans mezunudur.
- Yoğun bakım hemşirelerinin %65'inin çalışma süresi 6 yıl ve üzeri, %45'inin ise 0-5 yıldır. Hemşirelerin %71'i haftada 48 saat ve üzeri çalışmakta ve %84'ü gece-gündüz periyodunda çalışmaktadır. Hemşirelerin %93'ünün hasta paylaşımı şeklinde çalıştığı ve %65'inin sorumlu olduğu hasta sayısının 2 olduğu bulundu. Hemşirelerin %38'inin çalıştığı birimden memnun olduğu, %47'sinin kısmen memnun olduğu, %15'inin ise memnun olmadığı saptandı.
- Yoğun bakım hemşirelerinin %47'sinin psikososyal bakım eğitimi aldığı, %39'unun eğitimini öğrenim sırasında edindiği görülmüştür. Hemşirelerin %86'sının psikolojik sorun yaşayan hastaya ilk yaklaşımı konuşmaya çalışmaktır.
- Yoğun bakım hemşirelerinin %79'unun hastayı psikososyal açıdan değerlendirebildiği, %64'ünün psikososyal bakımı hemşirenin öncelikli görevi gördüğü, %73'ünün psikososyal bakım verdiği belirlendi. Hemşirelerin %63'ünün psikososyal bakım için zaman ayırdığı, %52 sinin ise psikososyal bakım için zaman bulamadığını ve %69'u psikososyal bakımı eğitimli kişiler tarafından verilmesi gerektiğini düşündüğü saptandı.
- 33 ve üzeri yaş grubunda olan hemşirelerin "Çalıştığım birimde psikososyal bakım vermek için yeterli zamanı bulamıyorum" ifadesine katılma puanlarının diğer hemşirelerin puanlarına oranla (2,14±0,91) daha düşük olduğu bulundu.

- Meslek lisesi mezunu olan yoğun bakım hemşirelerinin "Kendimi psikososyal bakım için yetkin görmediğimden hastayla bu yönde etkileşim kurmam." Ifadesine puanları diğer hemşirelere oranla katılma yönünde (1,33±0,82) yüksek görüldü.

- Yoğun bakım hemşirelerinin çalıştığı birimden memnuniyetinin azalmasına bağlı olarak "Hastalarıma psikososyal bakım veririm" ifadesine verilen puanlarının diğer hemşirelere oranla katılmama (1,67±0,82) yönünde daha yüksek olduğu saptandı. Birime duyulan memnuniyet azaldıkça hemşirelerin "Çalıştığım birimde psikososyal bakım vermek için yeterli zamanı bulamıyorum" ifadesine katılma puanlarının yüksek olduğu (1,07±0,26) saptandı.

- Haftada 48 saat ve üzeri çalışan yoğun bakım hemşirelerinin "Psikososyal bakımı hemşirenin öncelikli görevi olarak görüyorum" (1,55±0,71) ve "Hastalarıma psikososyal bakım veririm" (1,39±0,62) ifadelerine katılmama yönünde "Kendimi psikososyal bakım için yetkin görmediğimden hastayla bu yönde etkileşim kurmam" (2,27±0,79) ifadesine ise katılma yönünde puanlarının arttığı bulundu.

- Yoğun bakım hemşirelerinden sadece gündüz zaman periyodunda çalışan hemşirelerin "Kendimi psikososyal bakım için yetkin görmediğimden hastayla bu yönde etkileşim kurmam" şeklindeki ifadeye (2,31±0,95) ve "Çalıştığım birimde psikososyal bakım vermek için yeterli zamanı bulamıyorum" (2,77±0,44) ifadesine katılmama puanlarının gece-gündüz çalışan hemşirelere oranla daha yüksek olduğu görüldü.

- Yoğun bakım hemşirelerinin psikolojik sıkıntı yaşayan hastaya ilk yaklaşımında "Hekim istemi ile ilaç uygulama" ifadesini seçen hemşirelerin "Psikososyal bakımı hemşirenin öncelikli görevi olarak görüyorum." (2,33±0,82), "Hastalarıma psikososyal bakım veririm." (2,33±0,82) ve "Hastalarımı psikososyal açıdan değerlendirebiliyorum." (1,83±0,75) ifadelerine katılmama yönünde puanlarının diğer hemşirelere oranla daha fazla olduğu saptandı.

- Yoğun bakım hemşirelerinin PBYÖDÖ puanlarının yoğun bakım hemşirelerinin özelliklerine göre farklılaşmadığı saptandı.

- Hemşirelerin bakım verme yaklaşımları olumlu ise yetkinliklerinin de artığı belirlendi.

6.2.Öneriler

Araştırma bulguları doğrultusunda yoğun bakım hemşirelerinin psikososyal bakım yetkinlik ve uygulamalarının arttırılması amacıyla aşağıdaki öneriler verilebilir:

Gelecek araştırmalar için;

- Bireysel ve çalışma özelliklerinin eşit dağılım gösterdiği daha geniş örneklem gruplu nicel çalışmalar planlanması,
- Çalışmanın yapıldığı dönemin özelliği düşünüldüğünde pandemi gibi kriz dönemleri dışında da benzer çalışmaların planlanması,
- Yoğun bakım hemşirelerinin psikososyal bakım yaklaşımını ve yetkinliklerini artırmaya yönelik eğitim programlarının etkinliğinin belirlendiği deneysel çalışmaların planlanması,
- Yoğun bakım hemşirelerinin psikososyal bakım yaklaşımını ve yetkinliklerini etkileyen faktörleri derinlemesine araştıran nitel çalışmaların planlanması önerilebilir.

Kurumsal düzeyde;

- Yoğun bakım hemşirelerinin psikososyal bakım vermenin önemi hakkında farkındalık düzeyinin arttırılması,
- Yoğun bakım hemşirelerine psikososyal bakım konusunda hizmet içi eğitimler uygulanarak bilgi ve yetkinlikleri arttırılması,
- Yoğun bakım hemşirelerinin çalışma şartlarında iyileştirmeler yapılarak psikososyal bakım vermelerinin desteklenmesi,
- KLP hemşirelerinin yoğun bakım ünitelerinde aktif rol alması ve bu birimlerde çalışan hemşirelere danışmanlık yapması önerilebilir.

KAYNAKLAR

Akbal Ergün, Y. (2012). Yoğun Bakımda Ekip Çalışması. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 15(1), 36-49.

Akbal Ergün, Y. (2017). *Yoğun Bakım Hemşiresinin Rolleri ve Sorumluluk*ları. İçinde Durmaz Akyol, A.(Ed.), Yoğun Bakım Hemşireliği, İstanbul, 16-25.

Aksoy, A., Kelleci, M., & Yağmur, S. (2015). Sağlık Bakım Kalitesinin Geliştirilmesi Açısından Önemli Bir Sorun: Hemşirelerin Psikososyal Bakımla İlgili Görüşleri, Bilgi Düzeyleri ve Bakımın Önündeki Engeller. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 51-64.

Aktaş, Y., & Baysan Arabacı, L. (2016). Yoğun Bakımda Hasta ve Ailesiyle İletişim. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Der*gisi, 1(3), 39-43.

Alaca, Ç. (2008). *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliğine Duyulan Gereksinmenin İncelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Mersin.

Alaca, Ç., Yiğit, R., & Özcan, A. (2011). Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Hastalık Sürecinde Yaşadığı Deneyimler Konusunda Hasta Ve Hemşire Görüşlerinin Karşılaştırılması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(2), 69-74.

Altay, B., Gönener, D., & Demirkiran, C. (2010). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri ve Aile Desteğinin Etkisi. *Fırat Tıp Dergisi*, 15(1), 10-16.

Ançel, G. (2007). *Cerrahi ve Dahili Problemi Olan Hastaya Psikososyal Boyutta Yaklaşım*. İçinde Akbayrak, N., Erkal İlhan, S., Ançel, G. & Albayrak, A. (Ed.). Hemşirelik Bakım Planları, Ankara, 3-15.

Armay, Z. & Özkan, D. (2006). *Hastalık Algısı Ölçeğinin Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Ankara.

Arslan, Y. (2021). *Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hastaların Psikososyal Bakım Konusunda Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliğine Olan*

Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.

Arslan, Y., & Yazıcı, G. (2021). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Psikososyal Bakım Yaklaşımı ve Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliğinin Rolü. Türkiye *Sağlık Araştırmaları Dergisi*, 2(2), 29-35.

Arslantaş, H., Adana, F., Kaya, F. & Turan, D. (2010). Yatan Hastalarda Umutsuzluk ve Sosyal Destek Düzeyi ve Bunları Etkileyen Faktörler. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 18(2), 87-97.

Bayrak Kahraman, B., & Bostanoğlu, H. (2012). İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Hasta İletişiminde Yaşadıkları Güçlüklerin Saptanması. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(4), 236-243.

Bayrak, B., & Bostanoğlu, H. (2012). İç Hastalıklari Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Hasta İletişiminde Yaşadıklari Güçlüklerin Saptanması. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(4), 236-243.

Bolsoy, N., & Sevil, Ü. (2006). Sağlık-Hastalık Ve Kültür Etkileşimi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(3), 78-87.

Bozkurt, G., & Türkmen, E. (2019). Yoğun Bakım Hemşireliğinde Sertifika Programları. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 23(2), 107-113.

Bryant, S. E., & Mcnabb, K. (2019). Post Intensive Care Syndrome. *Critical Care Nursing Clinics*, 31(4), 507-516.

Çam R., & Şahin, B.(2018). Yoğun Bakım Ünitelerinde Yatan Hastaların Deneyimleri ve Anksiyete-Depresyon Durumları. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 1(1), 10-14.

Çam Yanık, T., & Gürdil Yılmaz, S. Kardiyovasküler Cerrahi Sonrası Yoğun Bakımda Yaşanan Sorunlar Ve Hemşirelik Bakımı. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 1(2), 122-127.

Çam, M., & Küliğ, D. (2018). Yoğun Bakımda Tedavi Gören Yaşlı Bireylerin Psikososyal Gereksinimleri. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 284-290.

Çelik, S. (2007). Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Kabul Ve Taburculuk Kriterleri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 11(2), 96-101.

Çelik, S., Acar, F., Güray, M., Gelmez, İ. & Özcan, A. (2016). Üniversite Hastanesinin Yoğun Bakım Ünitelerinde Yatan Hastaların Özellikleri: 2009-2013 Yılları Arası Geriye Dönük Analizi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 20(2), 71-77.

Chivukula, U., Hariharan, M., Rana, S., Thomas, M., & Andrew, A. (2017). Enhancing Hospital Well-Being And Minimizing Intensive Care Unit Trauma: Cushioning Effects Of Psychosocial Care. Indian Journal Of Critical Care Medicine: Peer-Reviewed. *Official Publication Of Indian Society Of Critical Care Medicine*, 21(10), 640.

Chivukula, U., Hariharan, M., Rana, S., Thomas, M., & Swain, S. (2014). Role Of Psychosocial Care On ICU Trauma. *Indian Journal Of Psychological Medicine*, 36(3), 312-316.

Çimen Düşova, B. & Eti Aslan, F. (2020). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yasalarda Belirtilen Görev Ve Sorumluluklarını Bilme ve Uygulama Durumlarının İncelenmesi: Nitel Bir Çalışma. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 24(2), 111-120.

Çınar, F., & Eti Aslan, F. (2017). Spiritüalizm ve Hemşirelik: Yoğun bakım Hastalarında Spiritüel Bakımın Önemi. *Jaren: Journal of Academic Research in Nursing*, 3(1), 37-42.

Coşkun, E., Gündoğan, E., Mehmet, K., & Alhajj, R. (2021).Veri Madenciliği Yöntemleri Kullanarak Yoğun Bakım Ünitesindeki Hastaların Sınıflandırması. *Journal of Computer Science*, 319-328.

Davut, E. (2022). *Hemşirelerin Psikososyal Bakım Yetkinliklerinin ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. T. C. Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.

Dedeli, Ö., & Durmaz Akyol, A. (2008). Yoğun Bakım Hastalarında Psikososyal Sorunlar. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 12(1-2), 26-32.

Demir Dikmen, Y., Yönder, M., Yorgun, S., Yıldırım Usta, Y., Umur, S. & Aytekin, A. (2014). Hemşirelerin Profesyonel Tutumlari Ile Bunu Etkileyen Faktörlerin Incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(3).

Desai, S. V., Law, T. J., & Needham, D. M. (2011). Long-Term Complications of Critical Care. Critical Care Medicine, 39(2), 371-379.

Dikmen, Y. (2013). Yoğun Bakım Hemşirelerinde Etik Duyarlılığın İncelenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 2(1), 1-7.

Dithole, K., Sibanda, S., Moleki, M. M., & Thupayagale-Tshweneagae, G. (2016). Exploring Communication Challenges Between Nurses And Mechanically Ventilated Patients In The Intensive Care Unit: A Structured Review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(3), 197-206.

Dizer, B., İyigün, E., & Kılıç, S. (2008). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergi*si, 12(1-2), 1-11.

Drench, M. E., Noonan, A. C., Sharby, N., & Ventura, S. H. (2012). *Psychosocial Aspects of Health Care*. (3rd ed.). Pearson Education Inc, New York.

Efil S., Kurucu, N. M., & Olcay, E. (2011). Beyin Cerrahi Yoğun Bakımında Takip Edilen Hastaların Hasta Yakını Ziyaret Sıklığının Ve Hemşire İle Olan İletişimin Hastanın İyileşmesine Etkisi. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 12(3), 151-155.

Ergin, A. K., Arabacı, L. B., & Satıl, E. M. (2020). Yoğun Bakımda Yatan Hastaların Yakınlarının Bakım Verme Yükü Ve Psikososyal Uyumları Arasındaki İlişki. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(3), 281-289.

Eysenbach, G. (2004). Improving the quality of Web surveys: the Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES). *Journal of Medical Internet Research*, 6(3), 132.

Göçmen Avcı, G., Türker, S., Çifçi, M. & Sürücü, Ş. (2013). Yoğun Bakım Hemşirelerinin İş Yükünün Belirlenmesi. *Yoğun Bakım Dergisi*, 4, 21-24.

Gómez-Carretero, P., Monsalve, V., Soriano, J. F., & De Andrés, J. (2007). Emotional Disorders and Psychological Needs of Patients in An Intensive Care Unit. *Medicina Intensiva*, 31(6), 318-325.

Gorman, L. M., & Sultan, D. F. (2008). (3nd). *Psychosocial Nursing For General Patient Care*. Philedelphia: F.A. Davis Company,7-164.

Gözüküçük, R. (2021). *Yoğun Bakım Ünitesinde Erken Ayağa Kaldırmada Rehber Kullanımının Bağırsak Hareketi, Hemodinami, Konfor Ve Yorgunluk Düzeyine Etkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.İstanbul.

Güngör, M. D. (2014). *Yoğun Bakım İlkeleri ve Yoğun Bakım Hemşireliği İlkeleri*. İçinde Durmaz Akyol, A. (Ed.). Yoğun Bakım Hemşireliği, İstanbul, 48-50.

Güngör, M. D. (2014). *Yoğun Bakım Üniteleri Hasta Sınıflandırma ve Skorlama Sistemleri*. İçinde Durmaz Akyol, A. (Ed.). Yoğun Bakım Hemşireliği, İstanbul, 73-81.

Güngör, M. D. (2014). *Yoğun Bakım Ünitesi Hasta Kabul ve Taburculuk Kriterleri*. İçinde Durmaz Akyol, A. (Ed.). Yoğun Bakım Hemşireliği, İstanbul, 63-69.

Happ, M. B., Garrett, K. L., Tate, J. A., DiVirgilio, D., Houze, M. P., Demirci, J. R., George, E. & Sereika, S. M. (2014). Effect Of A Multi-Level Intervention on Nurse–Patient Communication in The Intensive Care Unit: Results Of The SPEACS Trial. *Heart & Lung*, 43(2), 89-98.

Hariharan, M., Chivukula, U., & Rana, S. (2015). The Intensive Care Unit Psychosocial Care Scale: Development and Initial Validation. *Intensive And Critical Care Nursing*, 31(6), 343-351.

Harrad, R., Cosentino, C., Keasley, R. & Sulla, F. (2019). Spiritual Care In Nursing: An Overview Of The Measures Used To Assess Spiritual Care Provision And Related Factors Amongst Nurses. *Acta Biomed for Health Professions*, 90(4-S), 44-55.

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

Herridge, M. S., Tansey, C. M., Matté, A., Tomlinson, G., Diaz-Granados, N., Cooper, A., ... & Cheung, A. M. (2011). Functional Disability 5 Years After Acute Respiratory Distress Syndrome. *New England Journal of Medicine*, 364(14), 1293-1304.

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

Hofhuis J, Spronk PE, Van Stel HF ve ark. (2008). Experiences of Critically Ill Patients in The ICU. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24(5), 300-313.

Kaçal, Z., & Demirsoy, N. (2018). Yoğun Bakım Hastalarında Spiritüel Değerlendirme. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8(2), 170-175.

Kara, H. (2019). *Yoğun Bakım Hastalarında Ağrı Değerlendirilmesi Ve Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ağrıyla İlgili Bilgi Ve Davranışları*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Manisa.

Karahan, A., & Kav, S. (2018). Hemşirelikte Mesleki Yetkinlik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 5(2), 160-168.

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

Karataş, H., & Kelleci, M. (2021). Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği'nin Geliştirilmesi Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 12(3): 263-271.

Kavaklı, Ö., Uzun, Ş., & Arslan, F. (2009). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Profesyonel Davranışlarının Belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 51(3), 168-173.

Khalaila, R., Zbidat, W., Anwar, K., Bayya, A., Linton, D. M., & Sviri, S. (2011). Communication Difficulties And Psychoemotional Distress in Patients Receiving Mechanical Ventilation. *American Journal Of Critical Care*, 20(6), 470-479.

Kılıç, G., & Polat, Ü. (2021). Yoğun Bakımda Tartışmalı Bir Uygulama: Fiziksel Kısıtlama. *Türk Hemşireler Derneği Dergisi*, 2(1), 66-76.

Kocaman, N. (2005). Genel Hastane Uygulamasında Psikososyal Bakım Ve Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(1).

Kocaman, N. (2006). Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği ve Genel Hastanede Psikososyal Bakım. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*, 2(47), 97-107.

Kocaman, N. (2008a). Tıbbi Hastalığa Psikososyal Tepkiler. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 71(2), 52-58.

Kocaman, N. (2008b). Hastaların Psikososyal Tepkilerini Etkileyen Faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(1), 101-112.

Kozier B ve ark. (1994). *Fundamentals of Nursing*. (5Th ed.), Addison - Wesley, New York.

Küçük, L. (2007). Kalp Hastalarında Ruhsal Sorunlar Ve Bakımın Psikososyal Boyutu. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 11(1), 48-51.

Kutlu, L. (2007). Yoğun Bakım Ünitelerinde Sağlık Ekibi Üyeleri, Hasta ve Yakınları İle İletişim. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 11(1), 35-41.

Lakanmaa, R. L., Suominen, T., Ritmala-Castrén, M., Vahlberg, T., & Leino-Kilpi, H. (2015). Basic Competence of Intensive Care Unit Nurses: Cross-Sectional Survey Study. *BioMed Research International*, 2015.

Legg, M. J. (2011). What is Psychosocial Care and How Can Nurses Better Provide It to Adult Oncology Patients. *Australian Journal Of Advanced Nu*rsing, 28 (3), 61-67.

Liao, K. M., Ho, C. H., Lai, C. C., Chao, C. M., Chiu, C. C., Chiang, S. R., ... & Cheng, K. C. (2020). The Association Between Depression And Length Of Stay in The Intensive Care Unit. *Medicine*, 99(23).

Loscalzo, M. J. (2008). Palliative Care And Psychosocial Contributions in The ICU. *Hematology American Society Hematology Education Program*, 1, 481-490.

Mayda, H., Güzel, H. İ., Görücü, Y., & Bagcioglu, E. (2015). Bir Üniversite Hastanesinde İstenilen Psikiyatri Konsültasyonlarının Değerlendirilmesi. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*, 6(2), 177-80.

Mercan, Ş. (2020). *Onkoloji Hemşirelerinin Psikososyal Bakım Uygulamaları Ve İhtiyaçlarının Belirlenmesi*. Doktora Tezi. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.

Młynarska, A., Krawuczka, A., Kolarczyk, E., & Uchmanowicz, I. (2020). Rationing Of Nursing Care in Intensive Care Units. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 17(19), 6944.

Norouzinia, R., Aghabarari, M., Shiri, M., Karimi, M., & Samami, E. (2016). Communication Barriers Perceived By Nurses And Patients. *Global Journal Of Health Science*, 8(6), 65-74.

Nunes, V. V., Feitosa, L. G. G. C., Fernandes, M. A., Almeida, C. A. P. L., & Ramos, C. V. (2020). Primary Care Mental Health: Nurses' Activities in The Psychosocial Care Network. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73.

Oflaz, F., & Vural, H. (2010). Yatan Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 17(1), 1-7.

Okanlı, A. (2011). Klp'de Psikososyal Bakım Ve Tanılama. I. Uluslararası V. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, İstanbul, 22-24 Eylül 2011, 63-64.

Özaltın, G. & Nehir, S.(2007). Ankara İlindeki Hastanelerin Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin İş Ortamındaki Stres Etkenleri Ve Kullandıkları

Başetme Yöntemlerinin Belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(3), 60-68.

Özçetin, Y. S. Ü., & Hiçdurmaz, D. (2012). Yoğun Bakım Hastası Ve Psikososyal Bakım. Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, 248-249.

Özdemir, L. (2014). Yoğun Bakım Hastasında Deliryumun Yönetimi Ve Hemşirenin Sorumlulukları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 90-98.

Özdemir, Ü., & Taşcı, S. (2013). Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 57-72.

Pehlivan, T. (2013). Onkoloji Hemşirelerinin Hastaların Psikososyal Gereksinimlerini Tanılama Becerileri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.

Puntillo, K. A., Arai, S., Cohen, N. H., Gropper, M. A., Neuhaus, J., Paul, S. M., & Miaskowski, C. (2010). Symptoms Experienced By Intensive Care Unit Patients at High Risk of Dying. *Critical Care Medicine*, 38(11), 2155-2160.

Rabiee, A., Nikayin, S., Hashem, M. D., Huang, M., Dinglas, V. D., Bienvenu, O. J., ... & Needham, D. M. (2016). Depressive Symptoms After Critical İllness: A Systematic Review And Meta-Analysis. *Critical Care Medicine*, 44(9), 1744-1753.

Rattray J., Johnston M. & Wildsmith J.A.W. (2004). The Intensive Care Experience: Development of The ICE Questionnaire. *Journal Of Advanced Nursing*, 47(1), 64–73.

Rattray, J. E., & Hull, A. M. (2008). Emotional Outcome After Intensive Care: Literature Review. Journal of Advanced Nursing, 64(1), 2-13.

Rostami, S., Esmaeali, R., Jafari, H., & Cherati, J. Y. (2019). Perception Of Futile Care And Caring Behaviors Of Nurses in Intensive Care Units. *Nursing Ethics*, 26(1), 248-255.

Şahin, G., & Buzlu, S. (2016). Yoğun Bakım Ünitelerinde Anksiyeteye Yönelik Hemşirelik Bakımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 20(1), 65-69.

Sancak, H. (2021). *Hemşirelerin Psikososyal Bakim Yetkinlikleri ile Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.T. C. Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.

Shdaifat, S. A., & Al Qadire, M. (2020). Anxiety And Depression Among Patients Admitted To Intensive Care. *Nursing in Critical Car*, 1-7.

Souza, T. L., Azzolin, K. O., & Fernandes, V. R. (2018). Multiprofessional Care For Delirium Patients In Intensive Care: Integrative Review. *Revista Gaucha De Enfermagem*, 39.

T.C. Resmi Gazete. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. 19.04.2011. Sayı :27910. https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm. Erişim Tarihi: 10.01.2022

Takase, M., Nakayoshi, Y., Yamamoto, M., Teraoka, S., & Imai, T. (2014). Competence Development As Perceived By Degree and Non-Degree Graduates in Japan: A Longitudinal Study. *Nurse Education Today*, 34(3), 451-456.

Taşçı, F., & Bilge, Y. (2021). Anlam Arayışı ve Psikopatoloji: Varoluşsal Öfke ve Savunma Mekanizmalarının Psikolojik Belirtilerle İlişkilerinin İncelenmesi. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 10(2), 1561-1579.

Terzi, B., & Kaya, N. (2011). Yoğun Bakım Hastasında Hemşirelik Bakımı. *Yoğun Bakım Dergisi*, 1, 21-25.

Tunçay G.Y. & Uçar H. (2010). Opinions of Patients on Physical Environmental Features of Intensive Care Units. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 17(2), 33-46.

Turan Bayraktar, D. & Kara, G. (2019). Yoğun Bakım Hemşirelerinin İletişim Kurulamayan Hastaya Yaklaşımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(2), 27-34.

Uyar, M., & Korhan, E. A. (2011). Yoğun Bakım Hastalarında Müzik Terapinin Ağrı ve Anksiyete Üzerine Etkisi. *Ağrı*, 23(4), 139-46.

Üzar Özçetin, Y. S., & Hiçdurmaz, D. (2015). İhmal Edilen Bir Gerçek: Duyusal Problemlerin Yoğun Bakım Hastalarına Etkileri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2(2), 75-81.

Uzelli, D., & Akın Korhan, E. (2014). Yoğun Bakım Hastalarında Duyusal Girdi Sorunları Ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 22(2), 120-128.

Vaeza, N. N., Delgado, M. C. M., & La Calle, G. H. (2020). Humanizing Intensive Care: Toward A Human-Centered Care ICU Model. *Critical Care Medicine*, 48(3), 385-390.

Velioğlu P. (2012). *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. 2. Baskı, İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık.

Yıldırım, S., & Gürkan, A. (2010). Psikososyal Açıdan Kanser Ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 26(1), 87-97.

Yıldırım, S., Şimşek, E., Geridönmez, K., Basma, Ş., & Vurak, Ü. (2019). Hemşirelerin Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği Hakkındaki Bilgi ve Uygulamalarının İncelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 10(2), 96-102.

Yıldız, M., Tural, Ü., Kesepara, C., Aydın, M., & Etuş, H. (2002). Fiziksel hastalıklara Eşlik Eden Ruhsal Bozukluklar: Bir Üniversite Hastanesinde Psikiyatri Konsültasyon Sonuçlarının Değerlendirilmesi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 15, 21-24.

Yoo, H. J., Lim, O. B., & Shim, J. L. (2020). Critical Care Nurses' Communication Experiences With Patients And Families In An Intensive Care Unit: A Qualitative Study. *Plos One*, 15(7).

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

Zengin, N.(2017). *Dünyada ve Türkiye'de Yoğun Bakım Ünitelerinin Tarihçesi*. Durmaz Akyol, A. (Ed.). Yoğun Bakım Hemşireliği, İstanbul, 5-11.

FORMLAR

EK-1 "BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU"

T.C. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi **Buse Saygın** tarafından yürütülen ve danışmanlığını **Prof. Dr. Fatma Yasemin Kutlu**'nun yaptığı "Yoğun Bakım Hemşirelerinin Psikososyal Bakım Verme Durumu ve Yetkinliğinin Belirlenmesi" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı yoğun bakım hemşirelerinin psikososyal bakım verme durumlarının ve yetkinliklerinin belirlenmesidir. Araştırmada sizden "Bireysel Özellikler Formu", "Hemşirelerin Psikososyal Bakım Verme Durumları Formu" ve "Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği"ni doldurmanız ve bunun için tahminen 30 dk ayırmanız beklenmektedir. Araştırmaya katılım kartopu yöntemiyle belirlenecektir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için "ortak katılımcı havuzuna" aktarılabilir. Araştırmada kullanılacak anket formları ve istatistiksel veriler araştırmacının bilgisayarında dosyalanıp şifreli olarak korunacaktır. Tüm anket formları ve istatiksel veriler araştırma sona erdikten 2 yıl sonra araştırmacının bilgisayarından silinerek imha edilecektir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya busee7296@gmail.com e-posta adresi ve 05383336698 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Araştırma Sorumlusu
(Yüksek Lisans Öğrencisi- Hemşire)
Buse SAYGIN

Araştırmanın amacı: Gönüllü olarak katılmanızı istediğimiz çalışma yüksek lisans tez çalışması olup araştırmanın amacı; yoğun bakım hemşirelerinin psikososyal bakım verme durumlarının ve yetkinliklerinin belirlenmesidir.

Kullanılacak Ölçekler: Sizden Bireysel Özellikler Formu, Hemşirelerin Psikososyal Bakım Verme Durumları Formu ve Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği'ni doldurmanız istenmektedir. Soruların cevaplanması yaklaşık 30 dk sürecektir.

Verilerin imhası: Araştırmada kullanılacak anket formları ve istatistiksel veriler araştırmacının bilgisayarında dosyalanıp şifreli olarak korunacaktır. Tüm anket formları ve istatistiksel veriler araştırma sona erdikten 2 yıl sonra araştırmacının bilgisayarından silinerek imha edilecektir.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının [2]:

Adı-Soyadı:.....

İmzası: İletişim Bilgileri: e-posta: Telefon:

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için "ortak araştırma havuzuna" aktarılmasını;

☐ kabul ediyorum ☐ kabul etmiyorum (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

EK-2 "BİREYSEL ÖZELLİKLER FORMU"

BİREYSEL ÖZELLİKLER FORMU

1) Yaşınız : .....(yıl)

2) Cinsiyetiniz : □ Kadın □Erkek

3) Eğitim durumunuz : □ Sağlık Meslek Lisesi
□ Lisans
□Yüksek Lisans
□Doktora

4) Medeni durumunuz : □Evli
□Bekar

5) Ekonomik Durumunuz : □Gelir giderden az
□Gelir gidere denk
□Gelir giderden fazla

6)Şu anda çalıştığınız yoğun bakım biriminiz:.....

7)Şu an bulunduğunuz birimde çalışma süreniz : □ 1 yıldan az
□ 1-5 yıl
□6 yıl ve üzeri

8)Çalıştığı Birimden Memnun Olma Düzeyi : □ Memnunum
□ Kısmen Memnunum
□ Memnun Değilim

9)Haftalık Çalışma Saatiniz : □ 40 saat
□ 48 saat ve üzeri

10)Çalışma Şekliniz : □Sadece gündüz
□Sadece gece
□Gece - gündüz

11)Çalışma Biçiminiz : □Hasta paylaşımı
□İş paylaşımı
Diğer.....

12)Hemşire Başına Düşen Ortalama Hasta Sayısı :.....

13)Psikososyal bakım konusunda eğitim aldınız mı? □ Evet □Hayır

14)Soruya cevabınız evet ise eğitimi nereden aldınız ? □ Öğrenim sırasında ders içeriğinde
□ Hizmet içi eğitim programlarından
□ KLP hemşiresinden
□ Kongre, sempozyum vb.
□ Diğer .....

15)Psikolojik sorun yaşayan hastaya karşı ilk yaklaşımınız nedir?
□ Konuşmaya çalışma
□ Psikiyatri konsültasyonu isteme
□ Hekim istemiyle ilaç uygulama
□ KLP hemşiresinden destek isteme
□ Diğer.....

EK-3 “PBVDAF”

HEMŞİRELERİN PSİKOSOSYAL BAKIM VERME DURUMLARI FORMU

İfadelerin sonunda yer alan ‘’Katılıyorum’’, ‘’Kararsızım’’, ‘’Kesinlikle Katılmıyorum’’ seçeneklerinden size en uygun olanı işaretleyiniz.

Madde Numaraları	MADDELER	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum
1.	Hastalarımı psikososyal açıdan değerlendirebiliyorum.			
2.	Psikososyal bakımı hemşirenin öncelikli görevi olarak görüyorum.			
3.	Hastalarıma psikososyal bakım veririm.			
4.	Kendimi psikososyal bakım için yetkin görmediğimden hastayla bu yönde etkileşim kurmam.			
5.	Psikososyal bakımın bu konuda daha eğitimli kişiler tarafından verilmesi gerektiğini düşünüyorum.			
6.	Hasta bakımında psikososyal bakım için zaman ayırırım.			
7.	Çalıştığım birimde psikososyal bakım vermek için yeterli zamanı bulamıyorum.			

EK-4 “PBYÖDÖ”

PSIKOSOSYAL BAKIM YETKINLIGI OZ DEGERLENDIRME OLÇEGI

İfadelerin sonunda yer alan ‘’Beni hiç tanımlamıyor’’, ‘’Beni biraz tanımlıyor’’, ‘Kararsızım’’,’’Beni iyi tanımlıyor’’, ‘’Beni çok iyi tanımlıyor’’ seçeneklerinden size en uygun olanı işaretleyiniz.

Madde Numaraları	İFADELER	Beni Hiç Tanımlamıyor	Beni Biraz Tanımlıyor	Kararsızım	Beni İyi Tanımlıyor	Beni Çok İyi Tanımlıyor
1.	Hastamın psikososyal sorunlarını belirleyebilirim.					
2.	Hastaların psikososyal gereksinimlerini tanılamada kendimi yeterli bulurum.					
3.	Hastadaki anksiyete belirtilerini tanımlayabilirim.					
4.	Hastadaki depresyon belirtilerini tanımlayabilirim.					
5.	Hastanın güçsüzlük belirtilerini tanımlayabilirim.					
6.	Hastanın umutsuzluk belirtilerini tanımlayabilirim.					
7.	Hastanın öfke/kızgınlık belirtilerini tanımlayabilirim.					
8.	Hastamın manevi ihtiyaçlarını belirleyebilirim.					
9.	Hastanın umut kaynaklarını belirlemede yetkinim.					
10.	Hastanın duygularını, tutumlarını ve düşüncelerini serbestçe ifade edebilmesinin önemli olduğunu bilirim.					
11.	Hasta ve ailesini bakıma dâhil ederim.					
12.	Hastayı hastalığın yol açacağı değişikliklerle ilgili bilgilendiririm.					
13.	Hastayı hastalığın yol açacağı değişikliklerle ilgili bilgilendiririm.					
14.	Hastamın umudunu destekleyecek, gerçekçi hedefler belirlemesine yardımcı olabilirim.					
15.	Hastalara psikososyal bakım verme konusunda kendimi yetkin buluyorum.					
16.	Klinikte hastayla ilgili karşılaştığım, her sorun için bir çözüm yolu üretebilirim.					
17.	Hastanın sorunlarını farklı bir bakış açısıyla görmesini sağlayabilirim					
18.	Krize müdahalede (ampütasyon, organ kaybı, fonksiyon kaybı, travma, vb) yetkinim.					

EK-5 ETİK KURUL KARARI- 1

EK-5 ETİK KURUL KARARI- 1 DEVAMI

EK-6 ETİK KURUL KARARI- 2

EK-7 “TYBHD” İZNİ

EK-8 “PBYÖDÖ” KULLANIM İZNİ- 1

EK-9 “PBYÖDÖ” KULLANIM İZNİ- 2

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN PSİKOSOSYAL BAKIM VERME DURUMLARI VE YETKİNLİKLERİNİN BELİRLENMESİ

ORİJİNALLİK RAPORU

%15	%14	%4	%6
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%3
2	dergi.cumhuriyet.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
3	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	%1
4	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%1
5	Submitted to Okan Ãniversitesi Öğrenci Ödevi	%1
6	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
7	acikerisim.ybu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
8	www.journalagent.com İnternet Kaynağı	<%1
9	Submitted to Nevşehir Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1

ÖZGEÇMİŞ