

Yoğun Bakımda Yatan Hastaların Yakınlarının Ruhsal Sağlık Durumlarının ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi

Demet Erol

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsüne Hemşirelik
Bölümü dalında Yüksek Lisans Tezi olarak
sunulmuştur.

Doğu Akdeniz Üniversitesi
Eylül 2019
Gazimağusa, Kuzey Kıbrıs

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü onayı

Prof. Dr. Ali Hakan Ulusoy
L.E.Ö.A. Enstitüsü Müdür Vekili

Bu tezin Hemşirelik Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarım.

Prof. Dr. Refia Selma Görgülü
Hemşirelik Bölüm Başkanı

Bu tezi okuyup değerlendirdiğimizi, tezin nitelik bakımından Hemşirelik Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarız.

Prof. Dr. Gülümser Kublay
Tez Danışmanı

Değerlendirme Komitesi

1. Prof. Dr. Gülümser Kublay

2. Yrd. Doç. Dr. Gülcem Sala Razi

3. Yrd. Doç. Dr. Rojin Mamuk

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada yoğun bakımda yatan hasta yakınlarının ruhsal sağlık durumlarının ve stresle başa çıkma tarzlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırma Kesitsel Tanımlayıcı tiptedir. Araştırmanın örneklemini bir genel hastanede yer alan Yoğun Bakım Üniteleri' nde yatan 77 hasta yakını oluşturmaktadır. Veriler, hastaların ve yakınlarının sosyo-demografik özelliklerine göre, Genel Sağlık Anketi(GSA 12)ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) kullanılarak, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yoluyla Mart-Eylül 2018 tarihleri arasında toplanmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan hasta yakınlarının %63,64'ünün kadın, %38,96'sının 40 yaş ve üstü yaş grubuna mensup olduğu, %48,05'inin üniversite ve üstü mezunu olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan hasta yakınlarının %79,22'sinin hasta ile I. Derece akraba, %38,96'sının hasta ile birlikte yaşadığı, %58,44'ünün hasta ile her gün görüştüğü belirlenmiştir. Hasta yakınlarının %51,95'inin daha önce bir yakınının yoğun bakımda yattığı, %68,83'ünün ziyaret saatlerini yeterli bulmadığı, %61,04'ünün hastanın durumu ile ilgili her gün bilgi aldığı, %55,84'ünün hasta ile ilgili yeterli bilgi aldığını düşünmediği, %75,32'sinin bilgiyi doktorlardan aldığı saptanmıştır. Hasta yakınlarının Genel Sağlık Anketinden ortalama $6,35 \pm 3,70$ puan aldıkları görülmüştür.

Hasta yakınlarının genel sağlık anketi puanları ile, stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutları olan kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde, güçlü ve negatif yönlü ilişki olduğu; hasta yakınlarının Genel Sağlık Anketi(GSA12) puanları ile, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği(SBÇTÖ) alt boyutları olan Çaresiz yaklaşım, Boyun Eğici Yaklaşım

ve Sosyal Destek Arama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde, güçlü ve pozitif yönlü ilişki olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Yoğun Bakım Ünitelerinde(YBÜ) yatan hasta yakınlarının ruhsal hastalık yönünden riskli olduğu belirlenmiştir. Stresle başa çıkma yöntemleriyle ruhsal hastalık risk düzeyinin ilişkili olduğunun belirlenmesi nedeniyle hasta yakınlarının başa çıkma yöntemlerinin belirlenmesi ve güçlendirilmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Yoğun Bakım, Hasta Yakınları, Ruhsal Durum, Stres, Stresle Başa Çıkma, Hemşirelik

ABSTRACT

The aim of this study was to determine the mental health status and coping styles of the relatives of the patients in the intensive care unit.

Method: The research was cross-sectional. The sample of the study consists of the relatives of 77 patients hospitalized in the Intensive Care Units in a general hospital. Data were collected between March and September 2018 by face-to-face interview by the researcher using the General Health Questionnaire and Stress Coping Styles Scale according to the socio-demographic characteristics of the patients and their relatives.

Results: It was found that 63.64% of the relatives of the patients who participated in the study were women, 38.96% were from the age group of 40 years and older, and 48.05% were university and higher graduates. It was determined that 79.22% of the relatives of the patients who participated in the study were first degree relatives, 38.96% lived with the patient and 58.44% of them met with the patient every day. 51.95% of the relatives of the patient had previously been hospitalized in the intensive care unit, 68.83% did not find their visit hours sufficient, 61.04% received daily information about the patient's condition, 55.84% It was found that 75.32% of the patients received information from doctors. It was observed that the relatives of the patients obtained an average score of 6.35 ± 3.70 from the General Health Questionnaire.

There was a statistically significant, strong and negative relationship between the general health questionnaire scores of the patients' relatives and the self-confident approach and optimistic approach scores, which are the subscales of coping with stress scale; It was determined that there was a statistically significant, strong and

positive relationship between the General Health Questionnaire (GHQ12) scores of the relatives of the patients and the Helpless Approach, Submissive Approach, and Social Support Seeking scores, which are the subscales of the Coping Styles Scale (CSTSS).

Conclusion: It was determined that the relatives of the patients hospitalized in the intensive care units (ICU) were at risk for mental illness. It is important to identify and strengthen the coping methods of patients' relatives since stress coping methods are associated with the risk level of mental illness.

Keywords: Intensive Care Unit, patient relatives, Mental Status, Stress, Coping with Stress, Nursing

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam boyunca desteğini ve bilgisini esirgemeyen değerli hocam ve tez danışmanım sayın Prof. Dr. Gülümser Kublay 'a;

Tez çalışma süresince sabırla beni yönlendiren, bilgi ve desteğini sağlayan değerli hocam Prof. Dr. Besti Üstün'e;

Yüksek lisans eğitimim ve tez süresince bilgi ve desteğini esirgemeyen Yrd. Doç. Dr. Gülten Sucu Dağ'a;

Yüksek Lisans öğrenimim esnasında bilgi ve yorumları ile destek veren Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Başkanı Prof. Dr. Refia Selma Görgülü hocama;

Eğitim sürecim boyunca bana yardımcı olan, bilgi ve deneyimlerini bize aktaran tüm hocalarıma;

Desteği ve katkıları ile her zaman destek olan sevgili Yrd. Doç. Dr. Gülcem Sala Razi' ya;

Jüride yer alan ve katkılarını koyan Yrd. Doç. Dr. Rojgin Mamuk' a,

Bu süreçte arkadaşlığı ve her daim desteği için sevgili Ayşe Evren Mutlu'ya;

Yüksek lisans süresi boyunca bilgilerini, desteklerini ve yorumlarını esirgemeyen yol arkadaşlarım Leyla Toklu Çağlıyan, Melihat Buldaç, Beklem Tutkulu, Zişan Pekri'ye;

Her koşulda ve her durumda beni destekleyen anneme, aileme ve varlığı her zaman yaşama sevincim olan sevgili kızım Ada Çetin'e teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZ	iii
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vii
KISALTMALAR	x
TABLO LİSTESİ.....	xi
1 GİRİŞ	1
1.1 Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2 Araştırmanın Amacı	4
1.3 Araştırma Soruları	5
2 GENEL BİLGİLER	6
2.1 Yoğun Bakım Üniteleri.....	6
2.2 Yoğun Bakım Ünitesinde Hastası Olan Hasta Yakınlarının Güçlükleri ve Ruhsal Sağlık Durumları	8
2.3 Ruh Sağlığı ve Etkileyen Faktörler	9
2.4 Stres ve Stresle Başa Çıkma.....	11
2.5 Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Yakınlarına Bakım Vermede Yoğun Bakım Hemşiresinin ve KLP Hemşiresinin Rolü	15
3 GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1 Araştırmanın Tipi	19
3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	19
3.3 Araştırmanın Evren ve Örneklemi	20
3.4 Araştırmanın Değişkenleri	20
3.4.1 Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri	20

3.4.2 Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri	20
3.5 Verilerin Toplanması	20
3.5.1 Veri Toplama Araçları	20
3.6 Verilerin İstatistiksel Analizi	22
3.7 Araştırmanın Sınırlılıkları	23
3.8 Araştırmanın Etik Yönü	23
4 BULGULAR	25
5 TARTIŞMA	51
6 SONUÇLAR VE ÖNERİLER	59
6.1 Sonuçlar	59
6.2 Öneriler	60
KAYNAKLAR	61
EKLER	82
Ek 1: Yoğun Bakımda Yatan Hastaların Yakınlarının Stresle Başetme Tarzları ve Ruhsal Sağlık Durumlarının Belirlenmesi Araştırmasının Hasta ve Yakını Tanıtıcı Özellikler Formu	83
Ek 2: Genel Sağlık Anketi Formu	85
Ek 3: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği(SBÇTÖ) Formu	87
Ek 4: Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Sağlık Etik Alt Kurulu	89
Ek 5: Etik Kurul İzni	91
Ek 6: Sağlık Bakanlığı İzni	92
Ek 7: Ölçek ve Anket Sahibinden İzin	93

KISALTMALAR

GSA 12	Genel Sağlık Anketi 12
KLP	Konsültasyon ve Liyezon Psikiyatrisi
SBÇTÖ	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği
SPSS	Statistical Package for The Social Science
YBÜ	Yoğun Bakım Ünitesi

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=77).....	25
Tablo 2. Hasta Yakınlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=77)	26
Tablo 3. Hasta Yakınlarının GSA 12 ve Stresle Başa Çıkma Tarzları(SBÇTÖ) Ölçeği Puanları (n=77).....	27
Tablo 4. Hastaların Cinsiyetine Göre Hasta Yakınlarının GSA 12 ve SBÇTÖ Puanları (n=77).....	28
Tablo 5. Hastaların Yaşlarına Göre Hasta Yakınlarının GSA 12 ve SBÇTÖ Puanları (n=77).....	29
Tablo 6. Hastaların Sosyal Güvence Durumuna Göre Hasta Yakınlarının GSA 12 ve SBTÇÖ Puanları (n=77).....	30
Tablo 7. Hastaların Düzenli Gelir Durumuna Göre Hasta Yakınlarının GSA 12 ve SBÇTÖ Puanları (n=77).....	31
Tablo 8. Hastaların Yatış Sürelerine Göre Hasta Yakınlarının GSA 12 ve SBÇTÖ Puanları (n=77).....	33
Tablo 9. Hasta Yakınlarının Cinsiyetlerine Göre GSA 12 ve SBÇTÖ Puanları (n=77)	34
Tablo 10. Hasta Yakınlarının Yaş Gruplarına Göre GSA 12 ve SBÇTÖ Puanları (n=77).....	35
Tablo 11. Hasta Yakınlarının Eğitim Durumlarına GSA 12 ve SBÇTÖ Puanları (n=77).....	37
Tablo 12. Hasta Yakınlarının Hastayla Yakınlık Derecelerine Göre GSA 12 SBÇTÖ Puanları (n=77).....	38

Tablo 13. Hasta Yakınlarının Hastayla Birlikte Yaşama Durumlarına Göre GSA 12 ve SBÇTÖ Puanları (n=77)	40
Tablo 14. Hasta Yakınlarının Hastayla Görüşme Sıklığına Göre GSA 12 ve SBÇTÖ Puanları (n=77)	41
Tablo 15. Hasta Yakınlarının Daha Önce Bir Yakınının Yoğunda Bakımda Yatma Durumuna Göre GSA 12 ve SBÇTÖ Puanları (n=77)	42
Tablo 16. Hasta Yakınlarının Ziyaret Saatlerini Yeterli Bulma Durumuna Göre GSA 12 ve SBÇTÖ Puanları (n=77)	44
Tablo 17. Hasta Yakınlarının Hasta İle İlgili Her Gün Bilgi Alma Durumuna Göre GSA 12 ve SBÇTÖ Puanları (n=77).....	45
Tablo 18. Hasta Yakınlarının Hastayla İlgili Yeterli Bilgi Aldığını Düşünme Durumuna Göre GSA 12 ve SBÇTÖ Puanları (n=77)	46
Tablo 19. Hasta Yakınlarının Hasta İle İlgili Bilgi Alınan Kişilere Göre GSA 12 ve SBÇTÖ Puanları (n=77).....	48
Tablo 20. Hasta Yakınlarının GSA 12 ve SBÇTÖ Puanları Arasındaki Korelasyonlar (n=77).....	49

Bölüm 1

GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı Ve Önemi

Yoğun Bakım Üniteleri(YBÜ) yaşamı tehdit eden bir durumda, ileri teknolojik cihazların ve özel tedavi yöntemlerinin kullanıldığı, kritik bakım ve 24 saat yakın izlem gerektiren birimlerdir. Yoğun Bakım Üniteleri, kısmen veya tamamen işlevlerini yitirmiş organların veya sistemlerin ileri teknolojik ekipmanlarla takip edilip, bu fonksiyonların yerlerinin doldurulması ve tedavi edilmesi için tasarlanmış birimlerdir. Fiziksel koşullar açısından hastanelerin diğer birimlerinden farklıdır (1,2). Gürültülü ve karmaşık olan bu yapı, hasta ailesinde endişe ve korku gibi duyguların yaşanmasına neden olmaktadır (3, 4, 5).

Yoğun Bakım Ünitesi'nde olmak, bilinci açık hasta bireyler için olduğu kadar aile üyeleri için de stresli bir deneyimdir (6). YBÜ' nin fiziksel koşulları, ortamda bulunan, araç gereçler, belirsiz durum, ailenin hastasını istediği zaman görememesi, aile üyelerinde olumsuz duygulara neden olmaktadır. YBÜ, bilinci açık hasta ve ailesi için travmatik ve ürkütücü gelmektedir(3,5 ,7,8,9,10,).

YBÜ'nin karmaşık ve gürültülü yapısı, kapalı ortamlar olması, bilinci açık olan hastalar ve hasta yakınları için oldukça zor bir durumdur. Hastanın durumunun kritik olması, iletişim kuramama, hasta hakkında yeterli ve her gün bilgi alamama, evden uzak olma veya yer değiştirme, ekonomik sorunlar, hastanın yatışının uzaması ve rol değişiklikleri hasta yakınlarında öfke, korku, umutsuzluk ve hayal kırıklığı gibi duygulara neden olmaktadır (5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13,14, 15,16, 17).

Özellikle ciddi hayat tehlikesi olan ve yaşamı tehdit eden bir durumun olması, sürecin bilinmemesi, ziyaret saatlerinin kısıtlı ve sürenin az olması, aile üyelerinde endişe, korku, kaygı, fiziksel ve zihinsel yorgunluğa neden olmaktadır (15, 18, 19, 20, 21).

Hasta bireyin yoğun bakıma yatırışı aile açısından bir kriz olarak nitelendirilmekte, sevdiği bireye dokunamama, istediği zaman görememe, bakımına katılamama hasta yakınlarının ruhsal durumunu etkilemekte ve olumsuz algılanan her durum stres yaratmaktadır. Aile üyeleri stres durumuna tepki verirken öncelikle çeşitli savunma mekanizmalarını harekete geçirir ve bu kritik durum ile baş etmeye çalışır. YBÜ' deki bu koşullarla sürekli karşılaşma hasta yakınlarının ruhsal durumlarını etkilemekte, stresini arttırmakta ve bazen etkin baş etme tarzlarını tüketmektedir (19, 21, 22, 23).

Daha önce yapılan çalışmalarda hasta ailelerinin, yatışından itibaren ve her gün bilgi verilmesi, ziyaretin her gün olması, etkili ve dürüst iletişimin sağlanması gerektiği ile ilgili sonuçlara varılmıştır (3, 23, 24).

Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin, hastanın yatışından, itibaren hasta ve ailesinin yaşadığı kritik durumu değerlendirmesi, bakım vermenin yanı sıra aile üyeleri ile etkin ve yeterli iletişim kurarak, duygusal ihtiyaçlarının belirlenmesi, yaşadıkları bu stres karşısında ailenin stresle baş etmesine destek olması gerekmektedir (3, 5,19, 23, 25, 26). Yapılan bazı çalışmalarda, hemşirelerin, hasta yakınları ile iletişim ve işbirliğinde yetersiz olduğu veya bu konuya yeterince önem vermediği sonucuna varılmıştır (23, 27, 28).

Hemşireler ve sağlık çalışanları kavramsal olarak hasta ve ailesini bütüncül olarak ele alması hastalık süreci açısından önem taşımaktadır. Literatürde birey ve aile üyelerinin gereksinimlerinin ve bu süreçte yaşadıkları duyguların

yeterince ele alınmadığını belirten çalışmalar bulunmaktadır (3,17,29). Oysa YBÜ’ de hasta ile birlikte ailenin de bu sürece dahil edilerek bilgilendirici, destekleyici hemşirelik yaklaşımlarında bulunulmalıdır (8,15).

Yapılan bir çalışmada aile üyelerinin stres ve kaygılarının nedenleri arasında, tedavi ve çevre ekipmanları ile bilgi edinememe ve hastanın durumunun belirsizliğinden kaynaklandığı belirtilmektedir. Hasta yakınları, hastasının klinik durumu hakkında bilgi ve güvence almak istemektedir (27, 30, 31).

Kritik hastalık nedeniyle hastası YBÜ’ ne yatan aile üyeleri bu durumu kriz olarak algılamakta ve yakınına kaybetme korkusu yaşamaktadır (19,32)

Yapılan bazı araştırma sonuçlarına göre hasta yakınlarının gereksinimleri şu şekilde belirtilmiştir; umut olduğunu hissetme, hastanın hastalığındaki ilerlemelerle ilgili gerçekleri bilme, soruların dürüst ve anlaşılır bir şekilde cevaplanması ve açıklama yapılması, en az günde bir kez hasta hakkında bilgi alma. Bu ihtiyaçlar sonucunda, hasta yakınlarının veya aile üyelerinin temelde üç gereksinimi bulunmaktadır. Bilgi eksikliğinin giderilmesi, duygusal ve psikolojik desteğin sağlanması ve kişisel ihtiyaçların karşılanmasıdır (7, 18, 33, 34, 35).

Gaeni ve ark.’nın (2015) yaptığı araştırma bulgularına göre hastanın yoğun bakıma yatmasından sonra aile üyelerine bilgi verilmeden önce, hasta yakını ile hasta arasında ne tür bir ilişki olduğu hakkında hemşirenin veri toplaması gerektiği şeklinde çıktılar bulunmaktadır. Hemşireler, yoğun bakıma yatan hastayı değerlendirirken hastanın ailesinden de veri toplamaya başlamalıdır. Hasta ailesine doğru ve eksiksiz bilgi aktarılması, güven verici ortam oluşturulması, hasta yakınının anlayacağı şekilde bilgi aktarılması kaygı ve endişelerini azaltmaktadır (7).

Hasta yakınları ile yapılan görüşmelerin kalitesi, ihtiyaçlarının belirlenmesi ve sürece dâhil edilmesi hasta yakınlarının memnuniyetini arttırmak

oluşabilecek psikososyal sorunların önüne geçebileceği düşünülmektedir (18). Shorofi'nin (2016) yaptığı bir çalışmada, hasta yakınlarının “hastane personelinin hastaya değer verdiğini hissetme” gereksiniminin ilk olarak gösterildiğini belirtmiştir (6).

Hasta yakınlarının ihtiyaçlarının karşılanmaması, hastasını yoğun bakımda kaybetme, hastanın yatış süresinin uzaması, hasta yakınlarında stres, anksiyete, depresyon, post travmatik stres bozukluğu gibi ruhsal sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (15,18, 22).

Baykal ve Tütüncü'nün (2017) yaptığı çalışmada hasta yakınlarının yoğun bakım ortamını ürkütücü bulduğu, içerideki her şeyin çok yabancı olduğu, dışarda beklerken çaresizlik hissettiği, ziyaretin kısıtlı olduğu, bilgi verilirken açık ve tıbbi terim kullanılmaması gerektiği gibi düşünceleri olduğu sonucuna ulaşılmıştır(36).

Literatürde yoğun bakımda hastası olan bireylerin ruhsal durum değerlendirmesini ve stresle başa çıkma tarzlarını ele alan sınırlı sayıda çalışmaya ulaşılmıştır .

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde ise böyle bir çalışmaya rastlanmamış ancak yoğun bakımda hastası olan bireylerin anksiyete düzeyleri ile ilgili bir çalışmaya ulaşılmıştır.

Bu çalışmada, hasta yakınlarının ruhsal durumlarının ve stresle başa çıkma biçimlerinin belirlenmesi ile birlikte ruhsal durumlarının değerlendirilmesi hedeflenmiştir.

1.2 Araştırmanın Amacı

Yoğun Bakım Üniteleri' nde yatan hasta yakınlarının ruhsal sağlık durumlarının ve stresle başa çıkma tarzlarının belirlenmesidir.

1.3 Araştırma Soruları

1. YBÜ de yatan hasta yakınlarının ruhsal sağlık durumları nasıldır?
2. YBÜ de yatan hasta yakınlarının stresle başa çıkma tarzları nasıldır?
3. YBÜ de yatan hasta yakınlarının tanıtıcı özellikleri ruhsal sağlık durumlarını etkiler mi?
4. YBÜ de yatan hasta yakınlarının tanıtıcı özellikleri stresle başa çıkma tarzlarını etkiler mi?
5. YBÜ de yatan hasta yakınlarının SBÇTÖ alt ölçek puanları ile GSA 12 puanları arasında ilişki var mı?

Bölüm 2

GENEL BİLGİLER

2.1 Yoğun Bakım Üniteleri

Yoğun Bakım Üniteleri (YBÜ), hastanelerin, yaşamı tehdit eden bir hastalığın varlığı veya böyle bir riskin olduğu, acil bir olay veya akut bir hastalık ile teknolojik özel ekipmanlardan oluşan multidisipliner yaklaşım ile kritik bakım ve tedavi uygulanan, sürekli izlem gerektiren özel birimleridir (3,11, 18, 35, 37).

YBÜ, bireysel gereksinimlerini karşılayamayan, fiziksel durumu ağır olan ve yaşamı destekleyici tedaviye ihtiyacı olan hastaların takip edildiği, kişiye özgü tedavilerin düzenlendiği, karmaşık cihazların bulunduğu ciddi farkındalık ve dikkat gerektiren 24 saat yaşam bulgularının gözlendiği ve hasta tedavisinin yapıldığı kliniklerdir (38, 39, 40, 41,42). Amerikan Yoğun Bakım Derneği'ne göre yoğun bakım hastaları, fizyolojik fonksiyonları dalgalanma gösteren, hayatta kalmayı sağlamak için hemşire ve doktor arasında uyumun olduğu bir tedavi ile beklenmeyen ve acil durumlarda müdahale edilebilmesi için 24 saat monitörizasyonu sağlanan hastalardır. Akut hastalık veya cerrahi bir girişim ile bir veya birden fazla fonksiyonu tehdit altında olan, sürekli izlem gerektiren, solunumsal, serebral, renal, metabolik ve kardiyovasküler nedenlerle ya da herhangi bir hastalığın terminal evresinde olan normal servise kabulü mümkün olmayan hastalardır (3, 18, 43, 44).

YBÜ' de, bir sorumlu ile birlikte, yoğun bakım deneyimi olan, tam zamanlı çalışan, acil müdahale eğitimi almış, yeterliliği ve kalitesi her geçen gün artırılması beklenen hemşirelik girişimleri sürdürülmektedir. Yoğun bakımdaki yatak kapasitesi

ve hemşire oranı işlev tipine, kabul ettiği hasta grubuna ve hastanenin yerleşim yerine göre değişiklik gösterir. Enfeksiyon bulaşmasını engellemek ve en aza indirmek için ziyaretçi yasağı ve kısıtlılığı uygulanır. Yoğun bakım hastalarının refakatçileri ve ziyaretçileri için uygun bekleme alanı düzenlenmelidir. YBÜ' de verilen hizmetler kesintisiz 7/24 yapılmaktadır(11, 42, 45).

YBÜ açık, yarı kapalı ve kapalı olmak üzere 3 gruptur;

Açık Yoğun Bakım Ünitesi: Her doktorun kendi alanında yatırdığı hastasını yatırıp çıkardığı ünitelerdir. Hastayı dışardan takip eden doktor, ünite içerisinde de takibine devam eder(46). Hasta ile ilgili, tedavi, izlem ve son kararları verir. Bu sistemdeki yoğun bakım ünitelerinde tek bir sorumlu hekim yoktur. Bu nedenle hastanın yatışı, çıkışı, tedavisinin düzenlenmesi, takip edilmesi ve enfeksiyon gelişme riski ile ilgili alınacak önlemlerin düzenlenememesi, taburculukla ilgili belirli kural ve ölçütlerin oluşturulmaması pek çok sorun ortaya çıkmasına neden olmaktadır (47).

Yarı Kapalı Yoğun Bakım Ünitesi: Bir sorumlu hemşiresi ve doktoru olan ünitelerdir. Hasta takibi hem üniteden sorumlu doktor hem de yatıran doktor tarafından yapılır. Farklı birimler tarafından da hasta yatırılabilir (47).

Kapalı Yoğun Bakım Ünitesi: Yoğun bakım ünitesinin sorumlu hekimi ve yoğun bakım ekibi sorumluluğundadır. Hastanın yatışı, çıkışı, takip ve tedavisinden yalnızca yoğun bakım ekibinin sorumlu olduğu bir sistemdir. Hastayı yatıran hekim istendiğinde veya konsültan olarak tedavisine katılabilir, hasta hakkında verilecek kararlar yalnızca yoğun bakım ekibi tarafından verilir. Bu sistem, 24 saat yoğun bakım hekiminin bulunması ve yöneticisinin yoğun bakım deneyimli olması nedeniyle en uygun sistemdir (46,47).

2.2 Yoğun Bakım Ünitesinde Hastası Olan Hasta Yakınlarının Güçlükleri ve Ruhsal Sağlık Durumları

YBÜ' de olmak hasta yakınları için stresli ve travmatik bir durumdur. Ailenin kritik hastalığa yanıtı bazı ruhsal değişikliklere neden olmaktadır (22,35). Ciddi bakım gerektiren yapısı ve özel teknolojik ihtiyaçların kullanılması YBÜ' nin farklı ve ürkütücü görünmesi ailenin yaşadığı stresi ve ruhsal durumunu olumsuz yönde etkilemektedir. YBÜ' nin fiziksel yapısı ve hasta yakınlarının yaşadığı çevresel rahatsızlık ruhsal durumlarını olumsuz yönde etkilemekte ve yaşadıkları stresi arttırabilmektedir (19, 21, 48) .

Hasta yakınlarının ihtiyaçlarının karşılanmaması, hastasını yoğun bakımda kaybetme korkusu, yatış süresinin belirsizliği ve uzaması ruhsal sorunlarla karşılaşmalarına neden olabilmektedir (15, 18, 21, 35).

Hasta yakınlarının, hastanenin diğer birimlerinden farklı olarak yakınlarını sürekli görememeleri, kısıtlı bilgi almaları ve bakıma katılamamaları, aileler için endişe, öfke gibi duygular yaşamalarına neden olabilmektedir (8, 49, 50). Hasta yakınlarının hastanın yatışından itibaren bilgi alması, ihtiyaçlarının giderilmesi hemşire ve doktorların sorumluluğundadır. Yeterli ve her gün bilgi alamama belirsiz bu süreçte hasta yakınlarında endişe ve büyük stres yaratmaktadır (31, 51,52).

Bilinmeyen veya daha önce tecrübe edilmeyen bir çevrede olmak, hastanede yatmanın ekonomik olarak aile üzerindeki olumsuz etkileri, yabancı kişilerin olması, hastanın immobilizasyonu, yatağa bağımlı olması, hasta bireye ağırlı girişimlerin yapılması, sözel iletişimde bulunamaması, bilinmeyen teknolojik cihazların kullanılması, hasta yakınlarının, hasta bireyi istedikleri zaman görememesi aile üyelerini psikolojik ve sosyal açıdan çeşitli stresörlere maruz bırakmaktadır (48,53).

Çin'de yapılan bir araştırmada, YBÜ' de yatan hasta yakınlarının ciddi anlamda olumsuz duygular yaşadığı belirtilmiştir (54).

O' Farrell ve ark.' nın yaptığı araştırmada, kalp hastası olan kişilerin eşlerinin % 66'sının derin duygusal sıkıntılar yaşadığı, bir başka çalışmada ise yoğun bakımda yatan hasta eşinin, öfke, keder, güçsüzlük, yalnızlık ve çaresizlik gibi duygular yaşadığı belirtilmiştir (55, 56, 57).

Kleiber ve diğ. (1994) yaptığı araştırmada, YBÜ' nde yatan hastaların yakınlarının ilk gündeki en önemli duygularının korku olduğu belirtilmiştir(58). Hilbert tarafından yapılan üç çalışmada ise(1993, 1994,1996) , yaşlıların ve erkeklerin anksiyete, depresyon, suçluluk, düşmanlık gibi duygular yaşadığı ortaya çıkmıştır (59, 60,61).

Mitchell ve Courtney' in yaptığı çalışmasında yaş ve cinsiyetin stres yanıtını etkilediğini belirtmiştir (62).

Özge Uzun' un yaptığı bir çalışmada ise hasta yakınlarının, hasta hakkında bilgi alma ve ruhsal destek gereksinimlerinin, kendi fiziksel gereksinimlerinden daha önemli olduğu vurgulanmaktadır (8).

2.3 Ruh Sağlığı ve Etkileyen Faktörler

Ruh sağlığı ve ruhsal hastalık kavramları kültürlerarası farklılıklar göstermektedir. Birçok teorisyen bu kavramı tanılamaya çalışmıştır. Maslow, kendini gerçekleştirmeyi psikolojik sağlık, yüksek derecede gelişme ve olgunluk olarak tanımlamaktadır (63). Maslow, sağlıklı veya kendini gerçekleştirenlerin bazı özelliklere sahip olduğunu vurgulamıştır. Uygun bir gerçeklik algısı, kendini ve başkalarını kabul etme, insan doğasını kabul etme, problem çözebilme yetkinliği, spontanlığı sürdürebilme yeteneği, bağımsız olabilme yeteneği, gizlilik ve tarafsızlık isteği, insancıl ilişki kurabilme yeteneği, demokratik bir kişilik yapısı ve güçlü etik

duygusu, hayatın güzelliğini, zenginliğini ve yararlılığını görebilme, yaratıcı davranabilme, bir dereceye kadar uyumsuzluk ve tatmin edici kişiler arası ilişki kurabilme yeteneğinin varlığıdır (63,64).

Hemşire teorisyenlerden Peplau, sağlık ile hastalığı aynı kategoride ele alır. İnsanın sağlıklı oluşu kişilik gelişimi, yaratıcılık, yapıcılık, üretkenlik, tek başına ve toplu yaşamayı sürdürebilmesi ile ilgili özellikleri taşır (65). S. Freud ruhsal sağlığı 'sevmek ve çalışmak' şeklinde özetlemiştir (66).

Townsend ruh sağlığını, kişinin kültürel normlarla ve yaşla uyumlu olan duygu, düşünce ve davranışlarla gösterilen, iç ve dış çevredeki stres kaynaklarına karşı uyumun başarılı olabilmesi olarak tanımlamıştır (63).

Ruh sağlığı, kişinin çevresi ile bir denge ve uyum içinde oluşu, bu dengenin ve uyumun durağan bir özellik taşımayıp, değişken ve esnek olabilmesidir (66).

Ruhsal hastalık tanımının da ruh sağlığının tanımı gibi kesin sınırları yoktur. Amerikan Psikiyatri Birliği (APA)' nin tanımına göre, ruhsal bozukluk, temel ruhsal işlevselliğin, psikolojik, biyolojik ve gelişimsel bir rahatsızlığı yansıtan, bireyin duyguları, bilişleri ve davranışlarındaki önemli düzeyde bozulmayla karakterize bir durumdur (63).

Townsend, ruhsal hastalığı, duygular, düşünceler ve davranışlarda görülen kültürel ve yerel değerlerle uyuşmayan, bireyin işlevselliğini bozan iç ve dış çevreden gelen stresörlere uyumsuz tepki vermek olarak tanımlamaktadır (63).

Ruh sağlığına yönelik üç farklı yaklaşım vardır. Birincisi, ruh sağlığını ölçmede ruhsal hastalık veya anksiyete belirtileri gibi olumsuz boyutları ön plana çıkarmak, ikincisi kişinin olumlu duygu durumunun (affect) olumsuz duygu durumuna göre baskın olmasıdır. Olumlu ruh hali durumu (positive mood state) öznel iyi oluş ve hayattan tatmin sağlamadır. Üçüncü yaklaşımda ise psikososyal

yeterlilikten bahsedilmektedir. Yeterli oluş, kişinin çevresiyle etkileşim kurma yeteneğine sahip olması, aynı zamanda kendi duygu ve düşüncelerini anlayabilmesidir (67).

Bireylerin ruh sağlığını etkileyen ve stres yaratan pek çok etken vardır, bu etkenleri biyolojik, sosyal ve psikolojik etkenler olarak gruplandırabiliriz.

Biyolojik etkenler: Kalıtım, beslenme yetersizlikleri ve bozuklukları, beden yapısı, fiziksel travmalardır.

Sosyal etkenler: Kişinin, içinde bulunduğu çevrenin eğitim ve yetiştirme geleneklerinin bozuk olması, bir gruba ait olamama düşüncesi, bağlanma sorunu, bir gruba fazla bağlanıp kendini kaybetme, toplumsal stresler (örneğin: savaş, işsizlik, ekonomik krizler, göç gibi), toplumda yaşanan kültürel kimlik değişiklikleri (68).

Psikolojik etkenler: Çocukluk dönemi ile ilgili engellenmeler ve stres kaynakları: Çocuğun çok fazla korunması, çocuğa özerklik ve kişilik tanınmaması, yeterli olmayan annelik ve babalık, çocuklara karşı ihmal ve reddetme, ailenin düzenli olmaması, parçalanması, aşırı ahlak değerleri ve baskıları, tutarlı olmayan disiplin şekli ve çocuğun şiddete maruz kalmasıdır (68).

Yetişkin yaşamda engellenmeler ve stres kaynakları: Gerçek ya da imgesel (hayali) kayıplar ve başarısızlıklar, çocukluktan kalma çatışmalar, aile yaşamıyla ilgili çatışmalar ve olumsuz yaşam koşullarıdır (68).

2.4 Stres ve Stresle Başa Çıkma

Stres, insanların fiziksel ya da psikolojik sağlıklarına karşı tehdit algıladıkları, temelinde insanın olayları algılaması ve deneyimleri içinde yer alan, organizmanın verdiği tepkidir (63, 69, 70). Selye' ye göre stres; kişiye yüklenen herhangi özel olmayan bir isteme karşı, vücudun tepkisidir. Bu tepkiler, kişinin olaylara ne anlam verdiği, nasıl değerlendirdiği ve yönlendirdiğiyle ilgilidir. Bu tepkilere yol açanlar

psiko-sosyal stres vericilerdir. Stresin kaynağı kişinin içinde yer alan, çatışan güdüler veya arzular şeklinde yorumlanabilir (70).

En belirgin stres kaynakları travmatik olaylardır. İnsan deneyiminin olağan yelpazesinin dışına düşen, önceden tahmin edilemeyen veya önceden kestirilemeyen olaylara travmatik olaylar denir. İnsanların stresinin artması veya azalması o olayın denetlenebilirliği ile ilgilidir (69, 70, 71). Denetlenemeyen olaylar, gerçekleşmesini önleyemediğimizi düşündürdüğü için daha çok stres yaratmaktadır. Aynı zamanda bir olayın tahmin edilebilirliği, gerçekleşme durumu ve ne zaman gerçekleşeceğini bilmemiz strese tepkimizi etkilemektedir (71). Daha önceden kestiremediğimiz olaylar, stresli olaylar olarak algılanırlar. Bireyin strese verdiği tepkiler, fizyolojik ve psikolojik tepkilerdir (70).

Fizyolojik tepkiler: Bu tepkiler otonom sinir sistemi ile olur. Algılanan stres çabuk çözümlenirse verilen tepkiler yatışır, fakat devam ederse vücut bu duruma uyum sağlamaya çalışırken farklı içsel tepkiler ortaya çıkar. Metabolizma ve kalp atış hızı artar, kan basıncı yükselir, gözbebekleri büyür, solunum hızı ve kas gerilimi artar, sindirim yavaşlar veya durur, enerjiye ihtiyaç duyulur, proteinler ve yağların şekere dönüşmesi için gerekli hormon salgılanması artar. Vücut stres verici bir olaya sürekli maruz kalırsa, çeşitli fizyolojik rahatsızlıklar ortaya çıkar ve stres yaşayan kişiler olumlu sağlık davranışlarında bulunamayabilirler (70, 72, 74, 75).

Psikolojik tepkiler: Strese verilen tepkiler kişiden kişiye değişmektedir. Bu farklılıklar yaşanılan sosyal çevre, bireyin kişilik özellikleri ve bireyin içinde bulunduğu ruhsal duruma göre değişebilmektedir. Kişi stres yaratan bir durum karşısında üstesinden gelebilecek durumda ise gülüp geçebilir, ancak aynı durum tekrar ettiğinde neşeli olma durumu değişebilir ve öfke ile yanıt verebilir (63, 72, 75).

Lazarus çalışmalarında stresin algılanış biçimini iki şekilde değerlendirmiştir:

Birincil değerlendirme: Kişinin yaşadığı durumu algılaması ve kendisi için ne ifade ettiğini değerlendirmesidir (63, 72, 73, 75). Lazarus stresin birey ve çevre ile ilgili olduğunu belirtmiştir. Stresi, zarar veya kaybetme, tehdit ve zorluk şeklinde ele almıştır. Zarar, ruhsal hasarı, tehdit, ortaya çıkabilecek zararlarla ilgili beklentiyi, zorluk ise başa çıkılması gereken zorlu gereklilikler olarak tanımlanmaktadır. Stres zarara, tehdiye veya mücadeleye karşı üretildiğinde kişi tarafından ikincil bir değerlendirme yapılır (72,75).

İkincil değerlendirme: Kişi birincil değerlendirmede olayı stres verici olarak değerlendirdiyse ikincil değerlendirme, yönetme ve başa çıkma ortaya çıkar. Bu aşamada kişinin başa çıkma davranışı yeterli değilse, yaşanan olay tam olarak stres verici bir durum olarak nitelendirilir (75,76).

Bireyler stres verici bir olayla karşılaştığında bilişsel ve davranışsal çabalar geliştirirler. Savaş veya kaç tepkisi de buna örnektir. Bireyler başa çıkamayacağına inandığı tepkiden kaçır, başa çıkabileceğine inandığı tepkiyle ise savaşır veya duruma uyum sağlar (63, 70, 75, 77, 78).

Bireyin, stres yaratan bir durumla uğraştığı sürece başa çıkma denir. Stresle başa çıkma, bireyin ruh sağlığını koruması için koruyucu rol oynamaktadır. Stresle başa çıkma bir süreçtir, bireyin stres yaratan bu durumla uğraşma gücünü anlatmak için kullanılır. Stresle başa çıkma süreci iki şekilde biçim alır;

Problem odaklı/aktif başa çıkma: Bireyin, stres yaratan olay karşısında ya içinde bulunduğu durumu değiştirmesi ya da gelecekte ondan kaçınması veya etkisini ortadan kaldırmaya yönelik davranışlarda bulunması gerektiğini düşünmesidir. Birey bu süreçte, aktif rol oynar, sorunu etkisiz bir duruma getirmeye çalışarak, mantıklı kararlar vermeye çalışır. Başa çıkmak için çevresini değiştirmek ister veya kendisiyle

ilgili bir şeyleri değiştirip içe dönük alternatif kaynaklar bulmaya çalışır (70,77,78,79, 80,81). Stresle başa çıkmada problem odaklı başa çıkmayı kullanan kişilerin, stres yaratan durum sonrasında depresyona girme düzeylerinin daha düşük olduğu görülmüştür (70,78, 82).

Duygu odaklı/pasif başa çıkma: Bireyin, kendisi için stres yaratan olay karşısında, içinde bulunduğu durum değişmese bile duygularını hafifletmeye çalışmasıdır (70,83). Bir başka deyişle, stres yaratan uyarıcının etkisini azaltmak yerine durumun gerçekliğini kabul etmek ve duygularını paylaşarak başkalarından duygusal destek sağlamaya çalışmaktır (70, 77, 84). Olumsuz duygularla başa çıkmada iki önemli yol vardır; bilişsel stratejiler ve davranışsal stratejiler. Davranışsal stratejiler; stres yaratan durumdan kurtulmak için spor yapma, dostlardan duygusal destek alma, madde kullanma ve öfkeyi dışa vurma gibi stratejileri kapsar. Bilişsel stratejiler, problemle ilgili düşünceleri geçici bir süre bir kenara bırakmayı ve durumun kişi için anlamını değiştirerek tehdidi azaltmaya çalışırken aynı zamanda yeniden değerlendirmesini de sağlar (63,85).

Stres ve başa çıkma karşılıklı ve etkileşimlidir. Birey ve çevresi dinamik, çift taraflı ve karşılıklı bir etkileşim içindedir(86). Bu etkileşim birey için bir uyum süreci olarak yorumlanabilir. Bu açıdan bakıldığında, başa çıkma biçimleri, bireyin tekrardan uyum sağlayabilmesine katkıda bulunup bulunmamasına göre etkili ve etkisiz olarak iki türde incelenebilir. Etkisiz kabul edilen yöntemler aynı zamanda doğru olmayan ve sağlıksız yöntemlerdir. Olumsuz ve işlevsel olmayan düşünceler üretme, inkar etme davranışı ve gerçeklerden kaçış gibi etkili olmayan yöntemler bunlara örnektir (87). Başa çıkma tarzları, ortaya çıkan sonuç kısa ve uzun vadeli, durumsal, psikolojik, fiziksel, olumlu veya olumsuz olabilir (83). Bireyin kullandığı

başa çıkma biçimi sürekli olarak etkisiz sonuçlar ortaya çıkarıyorsa, başa çıkma çabası azalır, birey demoralize olur ve ardından depresif tablo ortaya çıkar (86).

Yapılan bir çalışmada, uzun süreli çevresel strese maruz kalan bireylerin en çok duygu odaklı başa çıkma stratejilerini kullandığı görülmüştür (88). Bireyin hastalık durumunun uzaması ailenin uzun süreli strese maruz kalmasına neden olur. Bu durumda hem hasta hem de hasta yakınları için kronik stres söz konusudur (89). Kronik stres, yalnızca bir kişiyi değil bireyin içinde bulunduğu ailenin tümünü etkiler ve bununla birlikte aile üyelerinin başa çıkma tarzları da birbirini olumlu veya olumsuz etkilemektedir (90,91).

2.5 Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Yakınlarına Bakım Vermede Yoğun Bakım Hemşiresinin ve KLP Hemşiresinin Rolü

Yoğun bakım hemşiresi, yaşamı tehdit altında ve durumu karmaşık olan hastaların tanılarını yapan, ileri ve yoğun tedavi girişimi uygulayan, hasta ve yakınları ile tedavi edici iletişim kurabilen aynı zamanda koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici rolleri de olan hemşirelerdir (11, 91). Yoğun bakım hemşireleri bütün bu rollerini yerine getirirken zorlanabilmektedirler (92). Bu noktada alanında özelleşmiş eğitim ve bilgiye sahip olan hemşirelere ihtiyaç duyulmaktadır. KLP hemşiresi, genel hastaneye başvuran hastaların ve ailelerin problemlerini, psikososyal tepkilerini tanımlayan, yardım eden, yeni duruma uyumlarını kolaylaştıran, psikososyal bakımı doğrudan veya dolaylı olarak sağlayan ve stresle başa çıkmalarına yardım eden ve araştırmalar yapan hemşirelerdir. Konsültasyon: bir hastalığa uygulanacak tedavi ve koyulacak tanı hakkında sorumlu hekimin başka bir uzmandan görüş alması anlamına gelmektedir (93). Konsültasyon ve Liyezon Psikiyatrisi: kliniklerde ve genel hastanelerde psikiyatri hizmetlerinin sunulmasıdır. Liyezon (liaison); işbirliği, bağlantı anlamına gelen, kökeni Fransızca olan bir

kelimedir. Hastanelerde farklı uzmanlık alanları arasında sürekli, düzenli, etkin iletişimi ve işbirliğini ifade etmektedir. KLP hemşiresi, hem hasta hem aile hem de hemşireler ile çalışmaktadır. Hemşirelerin eğitimi ve desteğini sağlarken aynı zamanda hasta ve yakınları ile de görüşmeler yaparak aile eğitimi ve desteğini de sağlamaktadır (92,94,95,96,97,98).

İlk olarak 1960'lı yıllarda hemşirelik konsültasyonları başlamıştır. O dönemde KLP hemşireleri sadece hemşire hasta ilişkileri üzerinde daha çok çalışmış, ancak zamanla psikolojik müdahaleleri de ele alması ve duygusal durumlar karşısında, hemşire, hasta ve yakınları ile de çalışması gerektiği ve doğrudan müdahalenin gerekli olduğu düşünülmüştür (95). Nelson ve Schilke KLP hemşiresinin, hemşirelere, formal ve informal yollarla eğitim vererek danışmanlık yaptığını ve rol model olduğunu, hasta ve ailelerine özelleşmiş bakım verdiğini belirtmiştir. Robinson ve ark.'ları ise uyumu sağlamadaki rolünün önemini vurgulamıştır. ABD'de Duke Üniversitesinde, ilk kez 1963 yılında, psikiyatride Özelleşmiş Klinik Hemşire (ClinicalNurseSpecialist) olarak çalışan Johnson tarafından uygulanmıştır. Psikiyatri hemşireliği becerilerinin genel hastanede hastaların bakımını iyileştirmek için kullanma gerekliliğini tartışan Peplau (1964), hemşire-hasta ilişkisinde özellikle iletişim becerilerinin önemini vurgulamıştır. "Liyezon psikiyatrisi hemşireliği" başlıklı ilk makale 1968'de yayınlanmıştır. "Liyezon hemşireliği: Hasta bakımına psikolojik yaklaşım" adlı ilk kitap 1974'de Lisa Robinson tarafından yayınlanmıştır. Maryland Üniversitesi 1972'de liyezon psikiyatrisi hemşireliğinde ilk lisansüstü program başlatılmıştır. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireleri'nin rollerini tanımlamayan ilk yıllık bilimsel toplantı 1987 yılında, Chicago'da yapılmıştır (99).

Avrupa ülkelerinde ve Türkiye’de bu alana ilgi 1990 sonrası artmıştır. 1990’lı yıllarda Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) KLP hemşireliğini ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin özelleşmiş bir alanı olarak kabul etmiştir. KLP hemşiresi, hasta, aile ve hemşire arasında iletişime katkıda bulunarak stres yönetim planı geliştirmelerine yardım etmektedir (95, 99,100,101).

KLP hemşiresi, psikiyatri dışı hastanelerde hasta ve ailesine doğrudan ya da indirek müdahalelerle psikososyal bakım verilmesini sağlar. Psikososyal bakım, ‘kendi kendine yardım için kişiye yardım etme’ yi tanımlamaktadır. Etkili psikososyal bakım hasta ve ailesinin gereksinimleri üzerinde yoğunlaşır (102,103,104).

KLP hemşiresi psikoterapi eğitimi alarak özel uygulamalar yapmaktadır. Bakımın tıbbi ve psikiyatrik boyutunu birleştirir, etkinliğini değerlendirir ve etkinliğini azaltan, sistemin etkinliğine engel olan nedenleri ortaya çıkarmaya ve değiştirmeye çalışır. Yoğun bakım ve genel hastanedeki diğer sağlık ekipleri ile işbirliği yaparak hasta/hasta ailesine yönelik eğitim ihtiyacını değerlendirir, gerekli psikososyal eğitimi planlar, aktif katılımı teşvik eder, eğitimi uygular ve değerlendirir. Hasta ve ailelerinin ruh sağlığını, problemlerle başa çıkma yollarını geliştirmelerinde yardım eder. Hemşire ve hasta arasında iletişim sorunlarının çözümlenmesinde yardımcı olur, kişiler arası etkili iletişimi ve tedavi edici ilişkiyi sağlayacak etkinlikler planlar. Hemşirelerin yaşadığı iş stresi ve sorunları hakkında duygularını ifade etmesine ve problemlerini çözmelerinde yardımcı olur, destek grupları oluşturur ve sürdürür. Hemşirelerin mesleki ve kişisel benlik saygılarını artırmak için gerekli tedavi edici çalışmaları planlar. Hemşirelerin eğitime katılımı, gelişmeleri takip edebilmeleri ve bunları uygulamaya aktarmaları, gerektiğinde araştırma yapmaları için destekler, teşvik eder ve danışmanlık yapar (95,99).

KLP hemşiresinin uygulama alanı, stresle başa çıkmada, uyum, sağlık ve hastalık arasındaki biyolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel faktörlerin birbirleri ile ilişkisini temel alır (105).

Türkiye’de genel klinikteki hastalara psikiyatri hizmeti 1969 yılında başlamıştır. İlk Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Birimi İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı’nda 1989 yılında kurulmuş ve kuruluşundan itibaren bir uzman KLP hemşiresi yer almıştır. Yükseköğretim Kurulu 1997 yılında Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi’nin Psikiyatri Anabilim Dalı içinde Bilim Dalı olmasını onaylamıştır.

Sharrock ve Happell (2001) konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliği rollerini üç ana bölümde tanımlamışlardır. Vaka konsültasyonu, direkt veya indirekt olarak istenen konsültasyonlar, hastaların sorunlarının tanılanması, yönetim konsültasyonu, hastanenin sorunlarına yardımcı olmak için istenen konsültasyonlar, hastaların psikososyal problemlerinin önlenmesine, tanınmasına ve genel kliniklerde çalışanların eğitimine odaklanması şeklindedir. Kocaman (2005) konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşiresinin, genel hastane ortamındaki hastaların psikososyal gereksinimlerini karşılayarak ve çalışanların stresle başa çıkmalarına yardım ederek önemli bir boşluğu doldurduğunu, konsültasyon liyezon psikiyatrisinin multidisipliner yapısı içinde vazgeçilmez bir eleman olduğunu belirtmiştir (99).

KLP hemşiresinin hizmetleri ile ilgili yapılan bazı çalışmalarda, hasta ve ailesi için psikiyatrik belirtilerin azaldığı, tedavi uyumunun arttığı, ailenin duygusal durumu ve sorunlarıyla etkin baş etmelerinin arttığı ve psikiyatrik komorbiditeyle ilgili tıbbi komplikasyonların azaldığı belirtilmiştir (95).

Bölüm 3

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Araştırma çalışmanın yapıldığı hastanenin Yoğun Bakım Üniteleri'nde yatan hastaların yakınlarının ruhsal sağlık durumlarının ve stresle başa çıkma tarzlarının belirlenmesi amacıyla Kesitsel Tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, 31 Mart- 30 Eylül 2018 tarihlerinde, bir genel hastanenin Yoğun Bakım Ünitelerinde yapılmıştır. Araştırma kapsamına Nöroloji Yoğun Bakım, Cerrahi Yoğun Bakım ve Koroner Yoğun Bakım Ünitelerinde yatan hastaların yakınları alınmıştır. Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesi hastanenin 1. katında, nöroloji servisine gitmeden koridorun kuzey yönünde yer almaktadır. 1 izole olmak üzere, toplamda 6 yataklı serviste, 1 sorumlu hemşire ile toplamda 14 hemşire çalışmaktadır. Her hekim kendi hastasını yatırıp çıkarmakta ve takibini kendisi yapmaktadır. Yarı kapalı yoğun bakım sistemi ile benzerlik göstermesinin yanı sıra bekleme salonu bulunmamaktadır. Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi hastanenin 2. katında, koridorun doğu yönünde, ameliyathaneye 1 dk lık mesafede yer almaktadır. 1 izole olmak üzere toplamda 10 yatak kapasitelidir. 1 sorumlu hemşire ile birlikte 21 hemşire çalışmaktadır. Her hastayı kendi hekimi yatırmakta ve anestezi uzmanı takip edip çıkarmaktadır. Yarı kapalı yoğun bakım sistemi ile benzerlik göstermekte, bekleme salonu bulunmamaktadır. Koroner Yoğun Bakım Ünitesi hastanenin 4. katında, kuzey yönünde yer almaktadır. 1 sorumlu hemşire ile birlikte toplamda 11

hemşire çalışmaktadır. 10 yatak kapasitelidir. Her hekim kendi hastasını yatırıp çıkarmakta, açık yoğun bakım sistemi ile benzerlik göstermekte, bekleme salonu bulunmamaktadır.

3.3 Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evreni, bir genel hastanenin Yoğun Bakım Üniteleri'nde yatan hasta yakınları oluşturmaktadır. Araştırmanın örnekleme, veri toplama aşamasında ulaşılabilen, hastası 24 saatini dolduran, araştırmaya gönüllü olarak katılan, 18 yaş üstü 77 hasta yakınıdır.

3.4 Araştırmanın Değişkenleri

3.4.1 Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri hasta yakınlarının tanımlayıcı özellikleridir.

3.4.2 Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri hasta yakınlarının GSA 12'den ve SBÇTÖ'nden aldıkları puanlardır.

3.5 Verilerin Toplanması

3.5.1 Veri Toplama Araçları

Araştırmada, verilerin toplanmasında hastaların ve yakınlarının sosyo-demografik özelliklerini tanımlayan, araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak geliştirilen 'Hasta ve Yakını Tanıtıcı Özellikler Formu, Ruhsal durumunu belirlemek için Genel Sağlık Anketi (GSA12), Stresle başa çıkma biçimlerini belirlemek için de Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) kullanılmıştır.

Veriler her ünitenin ziyaret saatlerinde toplanmıştır. Formlar araştırmacı tarafından hasta yakınlarına bilgi verilerek kabul edenlere verilmiş ve doldurması

beklenmiştir. Bazı hasta yakınları ziyaret saati olmasından dolayı formu doldurmak istemediklerini belirttiler.

Hasta ve Yakını Tanıtıcı Özellikler Formu: Araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak geliştirilen, hasta ve yakınlarına ait tanıtıcı bilgileri toplamak amacıyla oluşturulan, hastaya ait 6, hasta yakınına ait 10 olmak üzere toplam 16 sorudan oluşmaktadır. Hasta yakınlarının cevapladığı yaş, cinsiyet, hastanın yoğun bakıma yatış şekli, yatış süresi, hastanın gelir durumu, hastanın sosyal güvencesinin varlığı ve hasta yakınının daha önce yoğun bakım deneyiminin olup olmadığını sorgulayan sorulardan oluşmaktadır.

Genel Sağlık Anketi (GSA12): Ruhsal hastalık riskini inceleyen toplumsal çalışmalarda ilk aşama tarama testi olarak kullanılan bir ölçektir. 12 soruluk genel sağlık anketi kısa olduğu, vakaları ayırmada yüksek duyarlılık ve özgüllüğe sahip olduğu ve çeşitli sosyo-kültürel ortamlarda kullanılabileceği için yaygın olarak tercih edilmektedir. Anket David Goldberg tarafından toplumda sık rastlanan, akut ruhsal rahatsızlıkları yakalamak amacıyla geliştirilmiştir. Kılıç (1996) tarafından Türkçe'ye çevrilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek iç tutarlılık katsayısı bu çalışma için Cronbach Alpha=0.872'dir (106). Her bir soru son bir kaç haftadaki belirtileri sorgular ve dörder seçeneklidir. Anket sorularına verilen yanıtlardan a ve b seçeneklerine "0", c ve d seçenekleri için "1" puan verilmekte ve katılımcılar 0-12 arasında puan alabilmektedir. Araştırmada "2 ve üzerinde" puan alanlar, GSA-12 sonucuna göre ruhsal sorunlar açısından riskli grup olarak kabul edilmiştir. Her soru, hiçbir zaman, her zamanki kadar, her zamankinden sık, çok sık olmak üzere 4 seçenekten oluşmaktadır. Mevcut çalışmada 0-0-1-1 GSA tipi puanlama kullanılmıştır. Ankette alınan puan arttıkça ruhsal sağlığın kötüleştiği ve psikiyatrik rahatsızlık olasılığının arttığı kabul edilmektedir¹⁸. GSA tipi

puanlamayla elde edilmiş değerler risk gruplarını gösterir. 12 madde üzerinden alınan puanlar düşük, orta ve yüksek olarak gruplandırılmaktadır. Bu ölçekte 2'den az puan alanlar düşük, 2-3 arası puan alanlar orta , 4 ve daha fazla puan alanlar ise yüksek puanlı olarak gruplanmaktadır (106).

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBCTÖ): Folkman ve Lazarus (1980) tarafından geliştirilen 'Ways of Coping Inventory'den, Nesrin H. Şahin ve Ayşegül Durak tarafından 1995 yılında geçerlilik ve güvenilirliği yapılarak uyarlanmıştır. Bu ölçeğin probleme yönelik/aktif baş etme yolları ile duyguya yönelik/pasif baş etme yolları olarak isimlendirilebilecek iki boyutu vardır. Bu iki boyut "kendine güvenli", "iyimser", "çaresiz", "boyun eğici yaklaşımlar", ve "sosyal desteğe başvurma" adı verilen 5 faktörde yansımaktadır. Ölçeğin alt boyutlarının güvenilirlik katsayıları sırasıyla .80, .68, .73,.70, ve .47'dir (84).

Toplam 30 maddeden oluşan, 0- 3 arası puanlanan bu ölçekte, sosyal desteğe başvurma faktörünün hesaplanmasında 1 ve 9. madde ters puanlanarak hesaplanmaktadır. Her faktöre ait puanlar ayrı ayrı hesaplanmaktadır. Her faktöre ait sorulardan elde edilen puanlar toplanmakta ve o faktöre ait toplam, soru sayısına bölünerek faktöre ait ortalama puan elde edilmektedir.

Her alt ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 3'tür. Toplam puan ise hesaplanmamaktadır. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nin Cronbach alpha değeri 0,728'dir (84).

3.6 Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırma kapsamına alınan bireylerden elde edilen verilerin istatistiksel olarak analiz edilmesinde Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 25.0 veri analizi paket programı kullanılmıştır.

İstatistiksel analizlere geçilmeden önce hasta yakınlarının GSA 12 ve SBÇTÖ' ne verdikleri yanıtların güvenilirlik değerleri için Cronbach alfa testi uygulanmış olup, GSA 12'nin Cronbach alfa değeri 0,872'dir. Araştırmaya katılan hastaların ve hasta yakınlarının sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımının belirlenmesinde frekans analizi kullanılmıştır. Hasta yakınlarının GSA ve SBÇTÖ puanlarının belirlenmesi için tanımlayıcı istatistikler gösterilmiştir.

Hastaların ve hasta yakınlarının sosyo-demografik özelliklerine göre GSA 12 ve SBÇTÖ puanlarının karşılaştırılmasında ölçek puanları normal dağılıma uyum göstermediğinden dolayı parametrik olmayan hipotez testleri kullanılmıştır. Ölçek puanlarının normal dağılıma uyum gösterip göstermeme durumu Shapiro-Wilk testiyle incelenmiştir. Buna göre Hastaların ve hasta yakınlarının sosyo-demografik özelliklerine göre Genel Sağlık Anketi ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasında; bağımsız değişkeninin kategori sayısının iki olması halinde Mann-Whitney U testi, üç ve üzeri olması halinde ise Kruskal-Wallis H testi uygulanmıştır. Genel Sağlık Anketi ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği puanları arasındaki korelasyonlar Spearman korelasyon analizi ile saptanmıştır.

3.7 Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma sonuçları, yalnızca Dr Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi'nde bulunan NRYBÜ, CRYBÜ ve KYBÜ' nde 31 Mart-30 Eylül 2018 tarihlerinde yatan, 24 saatini dolduran, 77 hasta yakınına genellenebilir.

3.8 Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için DAÜ Bilimsel Araştırma Yayın Etik Kurulundan ve KKTC Sağlık Bakanlığı'ndan yazılı izin alınmıştır. Araştırmanın verilerinin toplanmasında kullanılacak olan SBTÇÖ için Durak' dan ve GSA 12 için

Kılıç' dan izin alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden sağlık hasta yakınlarından (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu) ile yazılı onam alınmıştır.

Bölüm 4

BULGULAR

Tablo 1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=77)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	28	36,36
Erkek	49	63,64
Yaş Grubu		
64 yaş ve altı	31	40,26
65-79 yaş arası	24	31,17
80 yaş ve üzeri	22	28,57
Sosyal Güvence		
Var	54	70,13
Yok	23	29,87
Düzenli Gelir		
Var	52	67,53
Yok	25	32,47
Yatış Süresi		
2 gün ve altı	21	27,27
3-5 gün arası	29	37,66
6 gün ve üzeri	27	35,06

Tablo 1’de hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan hastaların, %63,64’ünün erkek, %40,26’sının 64 yaş ve altı, %70,13’ünün sosyal güvencesi olan, %67,53’ünün düzenli geliri olan hastalar olduğu ve 2-6 gün arasında hastanede yatmakta olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 2. Hasta Yakınlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=77)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	49	63,64
Erkek	28	36,36
Yaş Grubu		
29 yaş ve altı	22	28,57
30-39 yaş üzeri	25	32,47
40 yaş ve üstü	30	38,96
Eğitim Durumu		
İlköğretim	11	14,29
Lise	29	37,66
Üniversite ve üstü	37	48,05
Hasta ile Yakınlık derecesi		
I. derece akraba	61	79,22
II. derece akraba	9	11,69
Akraba olmayan	7	9,09
Hasta İle Birlikte Yaşama Durumu		
Evet	30	38,96
Hayır	47	61,04
Hasta İle Görüşme Sıklığı		
Her gün	45	58,44
Haftada 1-2 kez	24	31,17
Daha seyrek	8	10,39
Daha Önce Bir Yakınının YB Yatma Durumu		
Evet	40	51,95
Hayır	37	48,05
Ziyaret Saatlerini Yeterli Bulma		
Evet	24	31,17
Hayır	53	68,83
Hasta İle İlgili Her Gün Bilgi Alma		
Evet	47	61,04
Hayır	30	38,96
Hasta İle İlgili Yeterli Bilgi Aldığını Düşünme		
Evet	34	44,16
Hayır	43	55,84
Hasta İle İlgili Bilgi Alınan Kişi		
Hemşire	17	22,08
Doktor	58	75,32
Diğer	2	2,60

Tablo 2’de hasta yakınlarının sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı verilmiştir.

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının %63,64’ünün kadın, %38,96’sının 40 yaş ve üstü yaş grubuna mensup olduğu, %48,05’inin üniversite ve üstü mezunu olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan hasta yakınlarının %79,22’sinin hasta ile I. Derece akraba, %38,96’sının hasta ile birlikte yaşadığı, %58,44’ünün hasta ile her gün görüştüğü belirlenmiştir. Hasta yakınlarının %51,95’inin daha önce bir yakınının yoğun bakımda yattığı, %68,83’ünün ziyaret saatlerini yeterli bulmadığı, %61,04’ünün hastanın durumu ile ilgili her gün bilgi aldığı, %55,84’ünün hasta ile ilgili yeterli bilgi aldığını düşünmediği, %75,32’sinin bilgiyi doktorlardan aldığı saptanmıştır.

Tablo 3. Hasta Yakınlarının GSA 12 ve Stresle Başa Çıkma Tarzları(SBÇTÖ) Ölçeği Puanları (n=77)

	n	\bar{x}	S	Min	Max
Genel Sağlık Anketi	77	6,35	3,70	0,00	12,00
Kendine Güvenli Yaklaşım	77	2,18	0,42	1,00	3,00
Çaresiz Yaklaşım	77	1,09	0,46	0,13	2,13
Boyun Eğici Yaklaşım	77	0,93	0,49	0,17	2,67
İyimser Yaklaşım	77	1,96	0,40	1,00	3,00
Sosyal Destek Arama	77	1,98	0,47	1,00	3,00

Tablo 3’te hasta yakınlarının GSA 12 ve SBÇTÖ puanları verilmiştir.

Tablo 3 incelendiğinde, araştırmaya dâhil edilen hasta yakınlarının GSA 12’den ortalama $6,35\pm 3,70$, SBÇTÖ alt boyutları olan, Kendine Güvenli Yaklaşım’dan ortalama $2,18\pm 0,42$, Çaresiz Yaklaşım’dan ortalama $1,09\pm 0,46$, Boyun Eğici Yaklaşım’dan ortalama $0,93\pm 0,49$, İyimser Yaklaşım’dan ortalama $1,96\pm 0,40$, ve Sosyal Destek Aramadan ortalama $1,98\pm 0,47$ puan aldıkları görülmüştür.

Tablo 4. Hastaların Cinsiyetine Göre Hasta Yakınlarının GSA 12 ve SBÇTÖ Puanları (n=77)

	Cinsiyet	N	\bar{x}	S	M	SO	Z	P
Genel Sağlık Anketi	Kadın	28	7,32	3,71	8,00	44,82	-1,733	0,083
	Erkek	49	5,80	3,61	6,00	35,67		
Kendine Güvenli Yaklaşım	Kadın	28	2,13	0,39	2,14	37,39	-0,481	0,631
	Erkek	49	2,21	0,44	2,14	39,92		
Çaresiz Yaklaşım	Kadın	28	1,23	0,49	1,19	45,07	-1,810	0,070
	Erkek	49	1,02	0,43	1,00	35,53		
Boyun Eğici Yaklaşım	Kadın	28	1,11	0,49	1,00	48,09	-2,717	0,007*
	Erkek	49	0,82	0,47	0,83	33,81		
İyimser Yaklaşım	Kadın	28	1,85	0,39	1,90	33,55	-1,654	0,098
	Erkek	49	2,02	0,40	2,00	42,11		
Sosyal Destek Arama	Kadın	28	1,98	0,44	2,00	39,75	-0,225	0,822
	Erkek	49	1,98	0,49	2,00	38,57		

*p<0,05

Tablo 4'te hastaların cinsiyetine göre hasta yakınlarının GSA 12 ve SBÇTÖ puanları Mann Whitney U testi kullanılarak karşılaştırılmış ve sonuçları verilmiştir.

Tablo 4'de, hastaların cinsiyetlerine göre hasta yakınlarının GSA 12'den aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p>0,05).

Hastaların cinsiyetlerine göre hasta yakınlarının SBÇTÖ alt boyutu olan Boyun Eğici Yaklaşımdan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p<0,05). Kadın hastaların hasta yakınlarının Boyun Eğici Yaklaşım puanları, erkek hastaların hasta yakınlarının puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Hastaların cinsiyetlerine göre yakınlarının SBÇTÖ alt boyutları olan Kendine Güvenli Yaklaşım, Çaresiz Yaklaşım, İyimser Yaklaşım Ve Sosyal Destek Alma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p>0,05). Hasta cinsiyetlerine bakılmaksızın hasta yakınlarının Kendine

Güvenli Yaklaşım, Çaresiz Yaklaşım, İyimser Yaklaşım Ve Sosyal Destek Arama alt ölçeklerden aldıkları puanlar benzerdir.

Tablo 5. Hastaların Yaşlarına Göre Hasta Yakınlarının GSA 12 ve SBÇTÖ Puanları (n=77)

	Yaş Grubu	n	\bar{x}	S	M	SO	X^2	P
Genel	65 yaş altı	31	6,35	3,47	6,00	38,79	0,343	0,843
	Sağlık 65-79 yaş arası	24	6,04	4,04	5,50	37,31		
	Anketi 80 yaş ve üzeri	22	6,68	3,77	7,00	41,14		
Kendine	65 yaş altı	31	2,22	0,46	2,14	40,76	0,339	0,844
	Güvenli 65-79 yaş arası	24	2,14	0,37	2,14	37,46		
	Yaklaşım 80 yaş ve üzeri	22	2,18	0,43	2,14	38,20		
Çaresiz	65 yaş altı	31	1,08	0,44	1,00	36,68	2,346	0,310
	Yaklaşım 65-79 yaş arası	24	1,01	0,43	1,00	36,38		
	80 yaş ve üzeri	22	1,20	0,51	1,25	45,14		
Boyun	65 yaş altı	31	0,92	0,54	0,83	37,13	0,531	0,767
	Eğici 65-79 yaş arası	24	0,90	0,43	0,83	39,00		
	Yaklaşım 80 yaş ve üzeri	22	0,95	0,51	1,00	41,64		
İyimser	65 yaş altı	31	1,97	0,30	2,00	39,00	0,000	1,000
	Yaklaşım 65-79 yaş arası	24	1,94	0,30	2,00	38,94		
	80 yaş ve üzeri	22	1,96	0,59	2,00	39,07		
Sosyal	65 yaş altı	31	2,00	0,49	2,00	40,37	0,609	0,737
	Destek 65-79 yaş arası	24	1,94	0,51	2,00	36,08		
	Arama 80 yaş ve üzeri	22	2,01	0,42	2,00	40,25		

Tablo 5'te hastaların yaşlarına göre hasta yakınlarının GSA 12 ve SBÇTÖ puanları Kruskal Wallis testi kullanılarak karşılaştırılmış ve sonuçları verilmiştir.

Tablo 5'de, hastaların yaşlarına göre hasta yakınlarının GSA 12 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Hastaların yaşlarına göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği alt boyutları olan Kendine Güvenli Yaklaşım, Çaresiz Yaklaşım, Boyun Eğici Yaklaşım, İyimser Yaklaşım ve Sosyal

Destek Arama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$). Hastaların yaş gruplarına bakılmaksızın hasta yakınlarının SBÇTÖ'nden aldıkları puanlar benzerlik göstermektedir.

Tablo 6. Hastaların Sosyal Güvence Durumuna Göre Hasta Yakınlarının GSA 12 ve SBTÇÖ Puanları (n=77)

Sosyal Güvence		n	\bar{x}	S	M	SO	Z	P
Genel Sağlık Anketi	Var	54	5,43	3,45	5,00	33,34	-3,413	0,001*
	Yok	23	8,52	3,40	10,00	52,28		
Kendine Güvenli Yaklaşım	Var	54	2,20	0,42	2,14	39,48	-0,292	0,770
	Yok	23	2,14	0,44	2,14	37,87		
Çaresiz Yaklaşım	Var	54	1,04	0,47	1,00	36,83	-1,309	0,190
	Yok	23	1,21	0,42	1,13	44,09		
Boyun Eğici Yaklaşım	Var	54	0,87	0,51	0,83	36,10	-1,756	0,079
	Yok	23	1,05	0,45	0,83	45,80		
İyimser Yaklaşım	Var	54	1,95	0,42	2,00	38,93	-0,046	0,964
	Yok	23	1,97	0,36	2,00	39,17		
Sosyal Destek Arama	Var	54	1,99	0,52	2,00	38,87	-0,079	0,937
	Yok	23	1,97	0,33	2,00	39,30		

* $p<0,05$

Tablo 6'da hastaların sosyal güvence durumuna göre hasta yakınlarının GSA 12 ve SBÇTÖ puanları verilmiştir.

Mann Whitney U testi kullanılarak karşılaştırılan hastaların sosyal güvence durumlarına göre hasta yakınlarının GSA 12'den aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$). Sosyal güvencesi olmayan hastaların yakınlarının GSA 12 puanları, Sosyal Güvencesi olan hastaların yakınlarının puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya dâhil edilen hastaların yakınlarının SBTÇÖ alt boyutları olan Kendine Güvenli Yaklaşım, Çaresiz Yaklaşım, Boyun Eğici Yaklaşım, İyimser Yaklaşım Ve Sosyal Destek Arama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0,05$). Sosyal Güvencesi olan ve Sosyal Güvencesi olmayan hastaların yakınlarının Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeklerinden aldıkları puanlar benzerdir.

Tablo 7. Hastaların Düzenli Gelir Durumuna Göre Hasta Yakınlarının GSA 12 ve SBÇTÖ Puanları (n=77)

	Düzenli Gelir	n	\bar{x}	S	M	SO	Z	P
Genel Sağlık Anketi	Var	52	5,44	3,57	5,00	33,54	-3,101	0,002*
	Yok	25	8,24	3,28	10,00	50,36		
Kendine Güvenli Yaklaşım	Var	52	2,18	0,42	2,14	38,50	-0,285	0,775
	Yok	25	2,18	0,44	2,14	40,04		
Çaresiz Yaklaşım	Var	52	1,05	0,48	1,00	36,89	-1,198	0,231
	Yok	25	1,19	0,40	1,13	43,38		
Boyun Eğici Yaklaşım	Var	52	0,84	0,48	0,83	35,13	-2,204	0,028*
	Yok	25	1,10	0,49	0,83	47,04		
İyimser Yaklaşım	Var	52	1,94	0,46	2,00	38,32	-0,396	0,692
	Yok	25	1,99	0,24	2,00	40,42		
Sosyal Destek Arama	Var	52	1,96	0,51	2,00	37,61	-0,799	0,424
	Yok	25	2,03	0,40	2,00	41,90		

* $p<0,05$

Tablo 7’de hastaların düzenli gelir durumuna göre hasta yakınlarının GSA 12 ve SBÇTÖ puanlarının karşılaştırılmasına ait Mann Whitney U testi sonuçları verilmiştir.

Hastaların düzenli gelir durumlarına göre hasta yakınlarının GSA 12’den aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p<0,05$). Düzenli Geliri olmayan hastaların yakınlarının GSA 12 puanları, düzenli geliri olan

hastaların yakınlarının puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların yakınlarının SBÇTÖ alt boyutu olan Boyun Eğici Yaklaşımdan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,05$). Düzenli geliri olmayan hastaların yakınlarının Boyun Eğici Yaklaşım puanları, Düzenli Geliri bulunan hastaların yakınlarının puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek hesaplanmıştır. Katılımcıların hastalarının Düzenli Gelir durumlarına göre SBÇTÖ Ölçeği alt boyutları olan Kendine Güvenli Yaklaşım, Çaresiz Yaklaşım, İyimser Yaklaşım Ve Sosyal Destek Arama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Düzenli Geliri olan ve düzenli geliri olmayan hastaların yakınlarının söz konusu SBÇTÖ'nden aldıkları puanlar benzerdir.

Tablo 8. Hastaların Yatış Sürelerine Göre Hasta Yakınlarının GSA 12 ve SBÇTÖ Puanları (n=77)

	Yatış süresi	N	\bar{x}	s	M	SO	X^2	P	Fark
Genel	2 gün ve altı	21	6,00	3,75	6,00	36,55	0,659	0,719	
Sağlık	3-5 gün arası	29	6,79	3,52	8,00	41,52			
Anketi	6 gün ve üzeri	27	6,15	3,93	7,00	38,20			
Kendine	2 gün ve altı	21	1,98	0,40	2,00	28,64	9,098	0,011*	1-2
Güvenli	3-5 gün arası	29	2,16	0,32	2,14	38,10			1-3
Yaklaşım	6 gün ve üzeri	27	2,37	0,46	2,43	48,02			
Çaresiz	2 gün ve altı	21	1,01	0,43	1,00	34,60	2,551	0,279	
Yaklaşım	3-5 gün arası	29	1,19	0,42	1,25	44,07			
	gün ve üzeri	27	1,06	0,52	1,00	36,98			
Boyun	2 gün ve altı	21	0,81	0,37	0,83	34,81	1,207	0,547	
Eğici	3-5 gün arası	29	0,99	0,52	0,83	41,78			
Yaklaşım	6 gün ve üzeri	27	0,95	0,54	0,83	39,28			
İyimser	2 gün ve altı	21	1,83	0,32	2,00	32,24	4,532	0,104	
Yaklaşım	3-5 gün arası	29	1,94	0,37	2,00	37,79			
	6 gün ve üzeri	27	2,07	0,46	2,00	45,56			
Sosyal	2 gün ve altı	21	1,95	0,50	2,00	38,69	0,476	0,788	
Destek	3-5 gün arası	29	2,03	0,45	2,00	41,07			
Arama	6 gün ve üzeri	27	1,95	0,49	2,00	37,02			

*p<0,05

Tablo 8’de hastaların yatış sürelerine göre hasta yakınlarının GSA 12 ve SBÇTÖ puanlarının karşılaştırılması Kruskal Wallis testi kullanılarak verilmiştir.

Hastaların yatış sürelerine göre yakınlarının GSA 12’den aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (p>0,05).

Araştırmaya katılan hastaların yatış sürelerine göre yakınlarının SBÇTÖ alt boyutu olan Kendine Güvenli Yaklaşımdan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur (p<0,05). Hastası 6 gün ve üzerinde hastanede yatan hasta yakınlarının ölçek puanları, hastası 5 gün ve daha az

süre ile hastanede yatmakta olan yakınlarının puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Hasta yakınlarının SBÇTÖ alt boyutları olan Çaresiz Yaklaşım, Boyun Eğici Yaklaşım, İyimser Yaklaşım ve Sosyal destek alma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 9. Hasta Yakınlarının Cinsiyetlerine Göre GSA 12 ve SBÇTÖ Puanları (n=77)

	Cinsiyet	N	\bar{x}	s	M	SO	Z	P
Genel Sağlık Anketi	Kadın	49	7,02	3,56	8,00	43,13	-2,153	0,031*
	Erkek	28	5,18	3,70	5,00	31,77		
Kendine Güvenli Yaklaşım	Kadın	49	2,10	0,45	2,14	34,33	-2,447	0,014*
	Erkek	28	2,33	0,33	2,29	47,18		
Çaresiz Yaklaşım	Kadın	49	1,15	0,46	1,25	42,72	-1,943	0,052
	Erkek	28	1,00	0,44	0,94	32,48		
Boyun Eğici Yaklaşım	Kadın	49	0,94	0,50	0,83	40,33	-0,694	0,488
	Erkek	28	0,90	0,50	0,83	36,68		
İyimser Yaklaşım	Kadın	49	1,91	0,44	2,00	36,09	-1,545	0,122
	Erkek	28	2,05	0,31	2,00	44,09		
Sosyal Destek Arama	Kadın	49	1,97	0,49	2,00	38,21	-0,413	0,679
	Erkek	28	2,01	0,45	2,00	40,38		

* $p<0,05$

Tablo 9’da hasta yakınlarının cinsiyetlerine göre GSA 12 ve SBÇTÖ puanları Mann Whitney U testi kullanılarak karşılaştırılmış ve sonuçları verilmiştir.

Hasta yakınlarının cinsiyetlerine göre GSA 12’den aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Kadın hasta yakınlarının GSA 12 puan ortalaması, erkek hasta yakınlarının puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir.

Katılımcı hasta yakınlarının cinsiyetlerine göre SBÇTÖ alt boyutu olan Kendine Güvenli Yaklaşımdan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı

fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Erkek hasta yakınlarının Kendine Güvenli Yaklaşım puanları, kadın hasta yakınlarının puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Hasta yakınlarının cinsiyetlerine göre Çaresiz Yaklaşım, Boyun Eğici Yaklaşım, İyimser Yaklaşım ve Sosyal Destek Arama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Hasta yakınlarının cinsiyetlerine bakılmaksızın Çaresiz Yaklaşım, Boyun Eğici Yaklaşım, İyimser Yaklaşım Ve Sosyal Destek Arama puanları benzerdir.

Tablo 10. Hasta Yakınlarının Yaş Gruplarına Göre GSA 12 ve SBÇTÖ Puanları (n=77)

	Yaş Grubu	N	\bar{x}	s	M	SO	X^2	p	Fark
Genel	30 yaş altı	22	5,68	3,88	5,00	34,98	5,589	0,061	
	30-39 yaş üzeri	25	5,48	3,74	5,00	33,56			
	40 yaş ve üstü	30	7,57	3,29	8,00	46,48			
Kendine Güvenli Yaklaşım	30 yaş altı	22	2,04	0,37	2,07	31,25	3,898	0,142	
	30-39 yaş üzeri	25	2,21	0,48	2,14	40,90			
	40 yaş ve üstü	30	2,27	0,40	2,21	43,10			
Çaresiz Yaklaşım	30 yaş altı	22	1,08	0,46	1,00	36,93	4,139	0,126	
	30-39 yaş üzeri	25	0,99	0,46	1,00	33,36			
	40 yaş ve üstü	30	1,20	0,45	1,25	45,22			
Boyun Eğici Yaklaşım	30 yaş altı	22	0,80	0,37	0,83	34,02	6,551	0,038*	1-3
	30-39 yaş üzeri	25	0,80	0,37	0,83	33,66			2-3
	40 yaş ve üstü	30	1,12	0,60	1,08	47,10			
İyimser Yaklaşım	30 yaş altı	22	1,86	0,38	2,00	35,00	1,067	0,586	
	30-39 yaş üzeri	25	1,98	0,33	2,00	40,00			
	40 yaş ve üstü	30	2,01	0,46	2,00	41,10			
Sosyal Destek Arama	30 yaş altı	22	1,99	0,43	2,00	39,16	0,665	0,717	
	30-39 yaş üzeri	25	1,90	0,51	2,00	36,28			
	40 yaş ve üstü	30	2,05	0,48	2,00	41,15			

* $p<0,05$

Tablo 10'da hasta yakınlarının yaş gruplarına göre GSA 12 ve SBÇTÖ puanları Kruskal Wallis testi kullanılarak karşılaştırılmıştır.

Hasta yakınlarının yaş gruplarına göre Genel Sağlık Anketinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p < 0,05$).

Araştırmaya dahil edilen hasta yakınlarının yaş gruplarına göre SBÇTÖ alt boyutu olan Boyun Eğici Yaklaşım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). 40 yaş ve üzerinde olan hasta yakınlarının Boyun Eğici Yaklaşım Puanları, 39 yaş ve altında olan hasta yakınlarının puanlarından daha yüksek bulunmuştur ve yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir. Katılımcıların SBÇTÖ alt boyutları olan Kendine Güvenli Yaklaşım, Çaresiz Yaklaşım, İyimser Yaklaşım ve Sosyal Destek Arama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p > 0,05$). Yaş gruplarına göre hasta yakınlarının Kendine Güvenli Yaklaşım, Çaresiz Yaklaşım, İyimser Yaklaşım ve Sosyal Destek Arama puanları benzerdir.

Tablo 11. Hasta Yakınlarının Eğitim Durumlarına GSA 12 ve SBÇTÖ Puanları (n=77)

	Eğitim Durumu	N	\bar{x}	s	M	SO	X^2	P
Genel	İlköğretim	11	8,09	3,53	8,00	49,95	3,116	0,211
	Sağlık	29	5,97	3,99	6,00	36,79		
	Anketi	37	6,14	3,46	6,00	37,47		
Kendine	İlköğretim	11	2,30	0,43	2,29	44,50	1,396	0,498
	Güvenli	29	2,21	0,37	2,14	40,48		
	Yaklaşım	37	2,13	0,46	2,14	36,20		
Çaresiz	İlköğretim	11	1,19	0,19	1,25	47,64	1,963	0,375
	Yaklaşım	29	1,00	0,43	1,13	37,03		
	Üniversite ve üstü	37	1,14	0,53	1,00	37,97		
Boyun	İlköğretim	11	1,21	0,51	1,00	51,82	5,554	0,062
	Eğici	29	0,93	0,43	0,83	40,34		
	Yaklaşım	37	0,84	0,52	0,67	34,14		
İyimser	İlköğretim	11	1,98	0,37	2,00	41,18	1,197	0,550
	Yaklaşım	29	2,04	0,35	2,00	41,78		
	Üniversite ve üstü	37	1,89	0,44	2,00	36,18		
Sosyal	İlköğretim	11	2,09	0,39	2,00	43,50	0,759	0,684
	Destek	29	2,00	0,47	2,00	39,71		
	Arama	37	1,94	0,50	2,00	37,11		

Tablo 11’de hasta yakınlarının eğitim durumlarına göre GSA 12 ve SBÇTÖ puanları Kruskal Wallis testi kullanılarak karşılaştırılmıştır.

Tablo 11 de, hasta yakınlarının eğitim durumlarına göre GSA 12 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Hasta yakınlarının eğitim durumlarına göre SBÇTÖ alt boyutları olan Kendine Güvenli Yaklaşım, Çaresiz Yaklaşım, Boyun Eğici Yaklaşım, İyimser Yaklaşım ve Sosyal Destek Arama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$). İlköğretim,

lise ve üniversite ve üstü mezunu olan hasta yakınlarının SBÇTÖ' nden aldıkları puanlar benzerdir.

Tablo 12. Hasta Yakınlarının Hastayla Yakınlık Derecelerine Göre GSA 12 SBÇTÖ Puanları (n=77)

	Yakınlık Derecesi	N	\bar{x}	S	M	SO	X^2	P	Fark
Genel Sağlık Anketi	I. derece akraba	61	6,85	3,70	7,00	42,10	6,325	0,042*	1-2
	II. derece akraba	9	3,78	2,64	5,00	23,22			
	Akraba olmayan	7	5,29	3,68	5,00	32,29			
Kendine Güvenli Yaklaşım	I. derece akraba	61	2,15	0,43	2,14	37,57	1,271	0,530	
	II. derece akraba	9	2,27	0,36	2,14	43,28			
	Akraba olmayan	7	2,37	0,44	2,29	45,93			
Çaresiz Yaklaşım	I. derece akraba	61	1,16	0,48	1,25	42,55	7,472	0,024*	1-2
	II. derece akraba	9	0,83	0,29	0,88	25,67			1-3
	Akraba olmayan	7	0,86	0,25	0,75	25,21			
Boyun Eğici Yaklaşım	I. derece akraba	61	0,97	0,49	0,83	41,57	4,052	0,132	
	II. derece akraba	9	0,67	0,26	0,67	27,61			
	Akraba olmayan	7	0,86	0,68	0,67	31,21			
İyimser Yaklaşım	I. derece akraba	61	1,93	0,42	2,00	37,11	2,227	0,328	
	II. derece akraba	9	2,09	0,39	2,00	45,22			
	Akraba olmayan	7	2,06	0,15	2,00	47,43			
Sosyal Destek Arama	I. derece akraba	61	2,00	0,46	2,00	40,30	1,827	0,401	
	II. derece akraba	9	1,81	0,51	1,50	29,67			
	Akraba olmayan	7	2,04	0,55	2,00	39,64			

*p<0,05

Tablo 12’de hasta yakınlarının hastayla yakınlık derecelerine göre GSA 12 ve SBÇTÖ puanlarının karşılaştırılmasına ait Kruskal Wallis testi sonuçları verilmiştir.

Hasta yakınlarının hastayla yakınlık derecelerine göre GSA 12’den aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,05). Hasta ile yakınlık derecesi I. Derece akraba olan hasta yakınlarının GSA 12 puan ortalaması,

hasta ile yakınlık derecesi II. Derece akraba ve akraba olmayanların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir.

Katılımcı hasta yakınlarının hasta ile yakınlık derecelerine göre SBÇTÖ alt boyutu olan Çaresiz yaklaşımdan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Hasta ile yakınlık derecesi I. Derece akraba olan hasta yakınlarının Çaresiz Yaklaşım puanları, hasta ile yakınlık derecesi II. Derece akraba ve akraba olmayanların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Hasta yakını katılımcıların hasta ile yakınlık derecelerine göre SBÇTÖ alt boyutları olan Kendine Güvenli Yaklaşım, Boyun Eğici Yaklaşım, İyimser Yaklaşım Ve Sosyal Destek Arama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$). Hasta yakınlarının hasta ile yakınlık derecelerine bakılmaksızın Kendine Güvenli Yaklaşım, Boyun Eğici Yaklaşım, İyimser Yaklaşım ve Sosyal Destek Arama puanları benzerdir.

Tablo 13. Hasta Yakınlarının Hastayla Birlikte Yaşama Durumlarına Göre GSA 12 ve SBÇTÖ Puanları (n=77)

		Hasta ile		n	\bar{x}	S	M	SO	Z	P
		Birlikte Yaşama								
Genel Sağlık Anketi	Evet			30	7,57	3,78	8,50	46,70	-2,422	0,015*
	Hayır			47	5,57	3,46	5,00	34,09		
Kendine Güvenli Yaklaşım	Evet			30	2,15	0,43	2,14	37,93	-0,337	0,736
	Hayır			47	2,20	0,42	2,14	39,68		
Çaresiz Yaklaşım	Evet			30	1,24	0,39	1,25	46,98	-2,516	0,012*
	Hayır			47	1,00	0,48	1,00	33,90		
Boyun Eğici Yaklaşım	Evet			30	1,02	0,52	0,92	43,45	-1,406	0,160
	Hayır			47	0,87	0,47	0,83	36,16		
İyimser Yaklaşım	Evet			30	1,93	0,31	2,00	37,22	-0,572	0,567
	Hayır			47	1,97	0,45	2,00	40,14		
Sosyal Destek Arama	Evet			30	1,95	0,41	2,00	37,73	-0,402	0,687
	Hayır			47	2,01	0,51	2,00	39,81		

*p<0,05

Tablo 13'te hasta yakınlarının hastayla beraber yaşama durumlarına göre GSA 12 ve SBÇTÖ puanlarının karşılaştırılması için uygulanan Mann Whitney U testi sonuçları verilmiştir.

Hasta yakınlarının hastayla beraber yaşama durumlarına göre GSA 12 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (p<0,05). Hasta ile birlikte yaşayan hasta yakınlarının puanları, hasta ile birlikte yaşamayan hasta yakınlarının puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Hasta yakınlarının, hasta ile beraber yaşama durumlarına göre SBÇTÖ alt boyutu olan Çaresiz Yaklaşımdan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0,05). Hasta ile birlikte yaşayan hasta yakınlarının Çaresiz Yaklaşım puanları, hasta ile birlikte yaşamayan hasta yakınlarının puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Hasta

yakını katılımcıların hasta ile birlikte yaşama durumlarına göre SBÇTÖ alt boyutları olan Kendine Güvenli Yaklaşım, Boyun Eğici Yaklaşım, İyimser Yaklaşım ve Sosyal Destek Arama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$). Hasta yakınlarının hasta ile birlikte yaşama durumlarına bakılmaksızın bu ölçeklerden benzer puanlar aldıkları görülmüştür.

Tablo 14. Hasta Yakınlarının Hastayla Görüşme Sıklığına Göre GSA 12 ve SBÇTÖ Puanları (n=77)

Hasta İle Görüşme Sıklığı		N	\bar{x}	S	M	SO	χ^2	P
Genel	Her gün	45	6,98	3,74	8,00	43,08	3,625	0,163
Sağlık	Haftada 1-2 kez	24	5,46	3,51	4,50	33,27		
Anketi	Daha seyrek	8	5,50	3,74	4,50	33,25		
Kendine	Her gün	45	2,24	0,44	2,14	41,50	1,387	0,500
Güvenli	Haftada 1-2 kez	24	2,11	0,33	2,14	35,71		
Yaklaşım	Daha seyrek	8	2,07	0,55	2,07	34,81		
Çaresiz	Her gün	45	1,10	0,50	1,25	39,91	5,091	0,078
Yaklaşım	Haftada 1-2 kez	24	0,99	0,37	1,00	32,69		
	Daha seyrek	8	1,38	0,38	1,31	52,81		
Boyun	Her gün	45	0,94	0,54	0,83	38,79	1,295	0,523
Eğici	Haftada 1-2 kez	24	0,85	0,41	0,83	36,73		
Yaklaşım	Daha seyrek	8	1,06	0,44	1,08	47,00		
İyimser	Her gün	45	1,95	0,35	2,00	37,16	1,031	0,597
Yaklaşım	Haftada 1-2 kez	24	1,96	0,42	2,00	40,46		
	Daha seyrek	8	2,03	0,61	2,10	45,00		
Sosyal	Her gün	45	1,92	0,44	2,00	35,82	2,249	0,325
Destek	Haftada 1-2 kez	24	2,07	0,45	2,00	43,31		
Arama	Daha seyrek	8	2,09	0,67	2,13	43,94		

Tablo 14'te hasta yakınlarının hastayla görüşme sıklığına göre GSA 12 ve SBÇTÖ puanları Kruskal Wallis testi kullanılarak karşılaştırılmıştır.

Hasta yakınlarının hasta ile görüşme sıklıklarına göre GSA 12 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Hasta İle Görüşme Sıklığı her gün, haftada 1-2 kez ve daha seyrek olan hasta yakınlarının Genel Sağlık Anketi puanları benzerdir.

Hasta yakını katılımcıların hasta ile görüşme sıklıklarına göre SBÇTÖ alt boyutlar olan Kendine Güvenli Yaklaşım, Çaresiz Yaklaşım, Boyun Eğici Yaklaşım, İyimser Yaklaşım ve Sosyal Destek Arama Puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Hasta ile görüşme sıklığı her gün, haftada 1-2 kez ve daha seyrek olan hasta yakınlarının SBÇTÖ olan Kendine Güvenli Yaklaşım, Çaresiz Yaklaşım, Boyun Eğici Yaklaşım, İyimser Yaklaşım ve Sosyal Destek Arama puanları benzerdir.

Tablo 15. Hasta Yakınlarının Daha Önce Bir Yakınının Yoğunda Bakımda Yatma Durumuna Göre GSA 12 ve SBÇTÖ Puanları (n=77)

		Daha önce bir yakınının		n	\bar{x}	s	M	SO	Z	p
YB yatma durumu										
Genel Sağlık Anketi	Evet	40	5,83	3,86	6,00	36,03	-1,218	0,223		
	Hayır	37	6,92	3,48	7,00	42,22				
Kendine Güvenli Yaklaşım	Evet	40	2,15	0,43	2,14	37,61	-0,571	0,568		
	Hayır	37	2,22	0,42	2,14	40,50				
Çaresiz Yaklaşım	Evet	40	1,09	0,47	1,06	39,20	-0,082	0,935		
	Hayır	37	1,10	0,45	1,00	38,78				
Boyun Eğici Yaklaşım	Evet	40	0,86	0,39	0,83	37,16	-0,755	0,450		
	Hayır	37	1,00	0,59	0,83	40,99				
İyimser Yaklaşım	Evet	40	1,89	0,45	2,00	34,61	-1,833	0,067		
	Hayır	37	2,04	0,33	2,00	43,74				
Sosyal Destek Arama	Evet	40	1,89	0,46	1,88	34,65	-1,798	0,072		
	Hayır	37	2,08	0,47	2,00	43,70				

Tablo 15'te hasta yakınlarının daha önce bir yakınının yoğununda bakımda yatma durumuna göre GSA 12 ve SBÇTÖ puanları Mann Whitney U testi kullanılarak karşılaştırılmıştır.

Hasta yakınlarının daha önce bir yakınının yoğun bakımda yatma durumuna göre GSA 12 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Daha önce yoğun bakımda yatan biri olan ve olmayan hasta yakınlarının GSA 12 puanları benzerdir.

Hasta yakını katılımcıların daha önce bir yakınının yoğun bakımda yatma durumuna göre SBÇTÖ alt boyutlar olan Kendine Güvenli Yaklaşım, Çaresiz Yaklaşım, Boyun Eğici Yaklaşım, İyimser Yaklaşım ve Sosyal Destek Arama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. ($p>0,05$). Daha önce yoğun bakımda yatan biri olan ve olmayan hasta yakınlarının SBÇTÖ olan Kendine Güvenli Yaklaşım, Çaresiz Yaklaşım, Boyun Eğici Yaklaşım, İyimser Yaklaşım Ve Sosyal Destek Arama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir.

Tablo 16. Hasta Yakınlarının Ziyaret Saatlerini Yeterli Bulma Durumuna Göre GSA 12 ve SBÇTÖ Puanları (n=77)

		Ziyaret Saatlerini						Z	p
Yeterli Bulma		n	\bar{x}	s	M	SO			
Genel Sağlık Anketi	Evet	24	5,00	3,04	5,00	30,50	-2,252	0,024*	
	Hayır	53	6,96	3,83	8,00	42,85			
Kendine Güvenli Yaklaşım	Evet	24	2,26	0,42	2,36	43,77	-1,271	0,204	
	Hayır	53	2,15	0,42	2,14	36,84			
Çaresiz Yaklaşım	Evet	24	0,98	0,45	0,94	32,98	-1,598	0,110	
	Hayır	53	1,15	0,46	1,13	41,73			
Boyun Eğici Yaklaşım	Evet	24	0,88	0,61	0,83	34,81	-1,114	0,265	
	Hayır	53	0,95	0,44	0,83	40,90			
İyimser Yaklaşım	Evet	24	1,88	0,43	1,80	33,50	-1,487	0,137	
	Hayır	53	2,00	0,38	2,00	41,49			
Sosyal Destek Arama	Evet	24	1,97	0,52	1,88	38,21	-0,212	0,832	
	Hayır	53	1,99	0,45	2,00	39,36			

*p<0,05

Tablo 16’da hasta yakınlarının ziyaret saatlerini yeterli bulma durumuna göre GSA 12 ve SBÇTÖ puanları Mann Whitney U testi kullanılarak karşılaştırılmıştır.

Hasta yakınlarının ziyaret saatlerini yeterli bulma durumlarına göre GSA 12 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır (p<0,05). Ziyaret saatlerini yeterli bulmayan hasta yakınlarının GSA 12 puanları, ziyaret saatlerini yeterli bulan hasta yakınlarının puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Hasta yakınlarının ziyaret saatlerini yeterli bulma durumlarına göre SBÇTÖ alt boyutu olan Kendine Güvenli Yaklaşım, Çaresiz Yaklaşım, Boyun Eğici Yaklaşım, İyimser Yaklaşım ve Sosyal Destek Arama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p>0,05). Hasta ziyaret saatlerini yeterli bulan ve yeterli bulmayan hasta yakınlarının bu ölçeklerden benzer puanlar aldıkları görülmüştür.

Tablo 17. Hasta Yakınlarının Hasta İle İlgili Her Gün Bilgi Alma Durumuna Göre GSA 12 ve SBÇTÖ Puanları (n=77)

		Hasta İle İlgili						
		n	\bar{x}	s	M	SO	Z	p
		Her Gün Bilgi Alma						
Genel Sağlık Anketi	Evet	47	5,72	3,61	6,00	35,23	-1,856	0,063
	Hayır	30	7,33	3,68	8,00	44,90		
Kendine Güvenli Yaklaşım	Evet	47	2,23	0,43	2,14	40,98	-0,980	0,327
	Hayır	30	2,11	0,41	2,14	35,90		
Çaresiz Yaklaşım	Evet	47	1,09	0,50	1,00	37,84	-0,572	0,567
	Hayır	30	1,10	0,39	1,13	40,82		
Boyun Eğici Yaklaşım	Evet	47	0,84	0,55	0,67	33,48	-2,733	0,006*
	Hayır	30	1,07	0,36	1,00	47,65		
İyimser Yaklaşım	Evet	47	1,94	0,45	2,00	37,91	-0,546	0,585
	Hayır	30	1,99	0,32	2,00	40,70		
Sosyal Destek Arama	Evet	47	2,03	0,52	2,00	40,66	-0,826	0,409
	Hayır	30	1,92	0,38	2,00	36,40		

*p<0,05

Tablo 17 hasta yakınlarının hasta ile ilgili her gün bilgi alma durumuna göre GSA 12 ve SBÇTÖ puanları Mann Whitney U testi kullanılarak karşılaştırılmıştır.

Hasta yakınlarının hasta ile ilgili her gün bilgi alma durumlarına göre Genel Sağlık Anketi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur. (p<0,05). Araştırma kapsamına alınan hasta yakınlarının Hasta İle İlgili Her Gün Bilgi Alma durumlarına göre SBÇTÖ alt boyutu olan Boyun Eğici Yaklaşım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (p<0,05). Hasta ile ilgili her gün bilgi almayan yakınların Boyun Eğici Yaklaşım puanları, hasta ile ilgili her gün bilgi alan yakınların puanlarından daha yüksek bulunmuştur ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir. Katılımcı hasta yakınlarının Hasta İle İlgili Her Gün Bilgi Alma durumlarına göre SBÇTÖ alt

boyutları olan Kendine Güvenli Yaklaşım, Çaresiz Yaklaşım, İyimser Yaklaşım Ve Sosyal Destek Arama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 18. Hasta Yakınlarının Hastayla İlgili Yeterli Bilgi Aldığını Düşünme Durumuna Göre GSA 12 ve SBÇTÖ Puanları (n=77)

		Yeterli Bilgi		n	\bar{x}	s	M	SO	Z	p
		Aldığını Düşünme								
Genel Sağlık Anketi	Evet			34	5,68	3,44	5,00	34,87	-1,447	0,148
	Hayır			43	6,88	3,85	8,00	42,27		
Kendine Güvenli Yaklaşım	Evet			34	2,17	0,46	2,14	37,74	-0,445	0,656
	Hayır			43	2,20	0,39	2,14	40,00		
Çaresiz Yaklaşım	Evet			34	0,98	0,43	0,88	32,76	-2,187	0,029*
	Hayır			43	1,18	0,46	1,13	43,93		
Boyun Eğici Yaklaşım	Evet			34	0,72	0,44	0,67	28,41	-3,723	0,000*
	Hayır			43	1,09	0,48	1,00	47,37		
İyimser Yaklaşım	Evet			34	1,94	0,43	2,00	37,69	-0,468	0,640
	Hayır			43	1,97	0,38	2,00	40,03		
Sosyal Destek Arama	Evet			34	1,99	0,56	2,00	38,75	-0,088	0,930
	Hayır			43	1,98	0,39	2,00	39,20		

* $p<0,05$

Tablo 18’de hasta yakınlarının Hastayla İlgili Yeterli Bilgi Aldığını Düşünme durumuna göre GSA 12 ve SBÇTÖ puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin Mann Whitney U testi sonuçları gösterilmiştir.

Hasta yakınlarının Hastayla İlgili Yeterli Bilgi Aldığını Düşünme durumuna göre GSA 12 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Bu araştırmaya dahil edilen hasta yakınlarının Hastayla İlgili Yeterli Bilgi Aldığını Düşünme durumuna göre SBÇTÖ alt boyutları olan Çaresiz Yaklaşım ve

Boyun Eğici Yaklaşım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Hastasıyla ilgili yeterli bilgi aldığını düşünmeyen katılımcıların Çaresiz Yaklaşım ve Boyun Eğici Yaklaşım puanları, hastasıyla ilgili yeterli bilgi aldığını düşünen katılımcıların puanlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Katılımcı hasta yakınlarının SBCTÖ alt boyutları olan Kendine Güvenli Yaklaşım, İyimser Yaklaşım ve Sosyal Destek Arama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir ($p>0,05$). Hastası ile ilgili yeterli bilgi aldığını düşünen ve düşünmeyen hasta yakınlarının Kendine Güvenli Yaklaşım, İyimser Yaklaşım ve Sosyal Destek Arama puanları benzerdir.

Tablo 19. Hasta Yakınlarının Hasta İle İlgili Bilgi Alınan Kişilere Göre GSA 12 ve SBÇTÖ Puanları (n=77)

		Hasta İle İlgili Bilgi Alınan Kişi		n	\bar{x}	s	M	SO	Z	p	Fark
Genel	Hemşire			17	4,59	3,12	4,00	28,00	6,918	0,031*	1-2
Sağlık	Doktor			58	6,97	3,70	8,00	42,79			2-3
Anketi	Diğer			2	3,50	3,54	3,50	22,50			
Kendine	Hemşire			17	2,34	0,40	2,43	46,38	3,732	0,155	
Güvenli	Doktor			58	2,15	0,43	2,14	37,52			
Yaklaşım	Diğer			2	1,93	0,10	1,93	19,25			
Çaresiz	Hemşire			17	0,99	0,54	1,00	34,44	1,800	0,407	
Yaklaşım	Doktor			58	1,13	0,44	1,13	40,79			
	Diğer			2	0,88	0,18	0,88	25,75			
Boyun	Hemşire			17	0,85	0,56	0,67	33,62	2,611	0,271	
Eğici	Doktor			58	0,96	0,48	0,83	41,14			
Yaklaşım	Diğer			2	0,58	0,35	0,58	22,75			
İyimser	Hemşire			17	1,99	0,38	2,00	40,15	0,212	0,899	
Yaklaşım	Doktor			58	1,95	0,42	2,00	38,88			
	Diğer			2	1,90	0,14	1,90	32,75			
Sosyal	Hemşire			17	1,93	0,46	2,00	37,12	2,819	0,244	
Destek	Doktor			58	2,02	0,48	2,00	40,40			
Arama	Diğer			2	1,50	0,00	1,50	14,50			

*p<0,05

Tablo 19’da hasta yakınlarının hasta ile ilgili bilgi alınan kişilere göre GSA 12 ve SBÇTÖ puanları Kruskal Wallis testi kullanılarak karşılaştırılmıştır.

Hasta yakınlarının Hasta İle İlgili Bilgi Alınan Kişilere göre, GSA 12 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklıdır (p<0,05). Hastası ile ilgili bilgiyi doktordan alan hasta yakınlarının GSA 12 puanları, Hastası İle İlgili Bilgiyi hemşire ve diğerlerinden alan hasta yakınlarının puanlarından daha yüksek

hesaplanmıştır ve bilgi alınan kişilerden kaynaklanan puan farkı istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir.

Katılımcı hasta yakınlarının Hasta İle İlgili Bilgi Alınan Kişilere göre SBÇTÖ alt boyutları olan Kendine Güvenli Yaklaşım, Çaresiz Yaklaşım, Boyun Eğici Yaklaşım, İyimser Yaklaşım Ve Sosyal Destek Arama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Hastası ile ilgili bilgiyi doktor, hemşire veya diğerlerinden alan hasta yakınlarının SBÇTÖ aldıkları puanlar benzerdir.

Tablo 20. Hasta Yakınlarının GSA 12 ve SBÇTÖ Puanları Arasındaki Korelasyonlar (n=77)

		Genel Sağlık Anketi	Kendine güvenli yaklaşım	Çaresiz yaklaşım	Boyun eğici yaklaşım	İyimser Yaklaşım	Sosyal destek arama
Genel Sağlık Anketi	R	1					
	P	.					
Kendine Güvenli Yaklaşım	R	-0,246	1				
	P	0,031*	.				
Çaresiz Yaklaşım	R	0,460	-0,074	1			
	P	0,000*	0,525	.			
Boyun Eğici Yaklaşım	R	0,438	-0,012	0,633	1		
	P	0,000*	0,918	0,000*	.		
İyimser Yaklaşım	R	-0,313	0,535	-0,121	0,017	1	
	P	0,006*	0,000*	0,295	0,883	.	
Sosyal Destek Arama	R	0,002	0,162	0,347	0,120	0,264	1
	P	0,985	0,160	0,002*	0,298	0,020*	.

* $p<0,05$

Tablo 20’de hasta yakınlarının GSA 12 ve SBÇTÖ puanları arasındaki korelasyonlar verilmiştir.

Tablo 20 incelendiğinde, araştırma kapsamına alınan hasta yakınlarının GSA 12 puanları ile, SBÇTÖ alt boyutları olan Kendine Güvenli Yaklaşım ve İyimser Yaklaşım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde, güçlü ve negatif yönlü korelasyon olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre hasta yakınlarının GSA 12 puanları arttıkça, Kendine Güvenli Yaklaşım ve İyimser Yaklaşım puanlarında azalma görülmektedir.

Katılımcı hasta yakınlarının GSA 12 ile, SBÇTÖ alt boyutları olan Çaresiz yaklaşım, Boyun Eğici Yaklaşım ve Sosyal Destek Arama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde, güçlü ve pozitif yönlü korelasyon olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Katılımcı hasta yakınlarının GSA 12 puanları arttıkça, SBÇTÖ alt boyutları olan Çaresiz Yaklaşım, Boyun Eğici Yaklaşım ve Sosyal Destek Arama puanlarında da artış görülmektedir.

Bölüm 5

TARTIŞMA

Bu bölümde yoğun bakımda yatan hastaların yakınlarının ruhsal durumları ve stresle başa çıkma tarzlarının değerlendirilmesi, yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgular ilgili literatür çerçevesinde tartışılmıştır. Yoğun bakım hastaları ile bu konuda yapılan çalışmaya rastlanmamıştır. Tartışmalarda başka hastalığı olan aile yakınları ile yapılan çalışmalar da kullanılmıştır.

Araştırmaya dâhil edilen hasta yakınlarının GSA 12'den ortalama $6,35 \pm 3,70$ puan aldığı görülmüş olup ruh sağlığı riskli denilebilecek düzeydedir (106). Adineh ve ark.'nın (2016) yoğun bakım ünitesinde hastası olan ailelerle yaptıkları çalışmada ailelerin GSA 12 puanını 9. 28 olarak belirlemişlerdir (107). Hudson ve ark.'nın (2006) ise palyatif bakım alan hastaların aileleri ile yaptıkları çalışmada GSA 12 ortalama puanlarını 2.8 olarak belirlemişlerdir (108). Uzun ve ark.'nın (2002) yaptıkları çalışmada yoğun bakımda hastası olan aile yakınlarının, yakınına bir şey olacağına ilişkin kaygı yaşadıklarını belirtmişlerdir. Yoğun bakımda bulunma hastalar için olduğu kadar aile üyeleri içinde oldukça stresli ve kaygılı bir durum olarak kabul edilmektedir (8,109). Yoğun bakım ünitesinde bulunmanın aile üyeleri tarafından yaşamı tehdit edecek ciddi bir durum olarak algılanması, kayıp yaşama korkusu yanı sıra ziyaret kısıtlılığı, bilgi edinme gibi gereksinimlerin etkisi olabileceği gibi kültürel olarak birbirine bağlı ve güçlü ilişkileri olan aile yapısının etkisi ile de açıklanabilir.

Araştırmaya dâhil olan kadın hasta yakınlarının GSA 12 puan ortalaması, erkek hasta yakınlarının puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.05$). Yapılan bir başka çalışmada da benzer sonuçlara ulaşılmış, kadın olmanın ruh sağlığı yönünden risk oluşturduğu sonucuna ulaşılmıştır (110,111,112). Yapılan başka çalışmalarda da kadınların ruhsal yönden risk grubunda olduğu sonucuna ulaşılmış özellikle anksiyete ve depresyon belirtilerini kadınların daha çok gösterdiği yönde araştırma sonuçlarına rastlanmıştır (113,114). Bir aile üyesi hastalandığında aile üyeleri kendi gereksinimlerini göz ardı ederek yakınının gereksinimlerini karşılamaya odaklanmaktadır (115). Türk aile yapısında aile üyelerinden biri hastalandığında, gerekli desteği ve bakımı özellikle kadınlar üstlenmekte ve diğer aile üyeleri kadına destek olmaktadır. Çalışma sonucu kadın olmanın yarattığı riskin yanı sıra, kadının birden fazla rol üstlenmek zorunda kalması ile birlikte kültürel değerlerle de açıklanabilir (116).

Sosyal güvencesi olmayan hastaların yakınlarının GSA 12 puanları, sosyal güvencesi olan hastaların yakınlarının puanlarından daha yüksek olduğu görülmüştür. Bazı araştırmalarda ekonomik durumun düşük olmasının ruh sağlığı yönünden risk oluşturduğu sonucuna ulaşılmıştır (117,118,119). Aynı zamanda düzenli geliri olmayan hasta yakınlarının GSA 12 puanının daha yüksek olduğu görülmüştür. Hastanın hastanede yatışı ve sürecin uzaması, ailenin diğer üyelerinin tüm ekonomik sorumluluğu almak zorunda kalmasına neden olmaktadır. Işıkhan'ın (2004) yaptığı araştırmada da maddi sorunların ruhsal sağlık durumlarını olumsuz etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Bu bağlamda hem aile yakınlarından birinin hastanede yatması hem de ekonomik sorunlar yaşama ruhsal sağlık durumunun olumsuz etkilenmesi ve ruhsal hastalık açısından risk oluşturduğu düşünülmektedir (116).

Kadın hastaların hasta yakınlarının SBÇTÖ' nin alt boyutu olan Boyun Eğici Yaklaşım puanları erkek hasta yakınlarından daha yüksek çıkmıştır. BEY duyguya yönelik başa çıkma stratejisidir. Aileden birinin hastaneye yatması kriz olarak nitelendirilmektedir (19,21,23,117). Tıbbi krizler, bireylerin işlevselliğini bozmakta, kontrol ve stabilite duygularını tehdit etmektedir (117). Özellikle kadının evde olmayışı, diğer aile üyelerinin rol değişiklikleri algıladıkları stres yükünün artmasına neden olabilmekte ve etkin baş etmelerini olumsuz yönde etkilemektedir (116,117,118).

Sosyal güvencesi olmayan hastaların yakınlarının GSA 12 puanları, sosyal güvencesi olan hastaların yakınlarının puanlarından daha yüksek olduğu görülmüştür. Aynı zamanda düzenli geliri olmayan hasta yakınlarının GSA 12 puanları yüksek çıkmıştır. SBÇTÖ alt boyutu olan Boyun Eğici Yaklaşımdan aldıkları puanlar, düzenli geliri olan hasta yakınlarından daha yüksektir. Hastanın yoğun bakımda yatması, durumunun belirsizliği ve yatış süresinin uzaması kaygıya neden olabilmektedir. Ekonomik sorumluluğun varlığı ve sosyal güvencenin olmaması hasta yakınlarının ruhsal sağlık durumunu doğrudan etkilediği düşünülmektedir. Şahin ve Durak (1995) ve Carver ve ark.'nın (1989) yaptığı çalışmada İçinde bulunulan durumu olumsuz ve değiştirilmez olarak algılayanların daha çok duygu odaklı/ pasif yöntemlere başvurdukları görülmüştür (84,106,116, 118).

Araştırmaya katılan hastaların yatış sürelerine göre yakınlarının SBÇTÖ alt boyutu olan Kendine Güvenli Yaklaşımdan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bu yaklaşım problem odaklı/aktif başa çıkma yöntemidir. Hastası 6 gün ve üzerinde hastanede yatan hasta yakınlarının ölçek puanları, hastası 5 gün ve daha az süre ile hastanede yatmakta olan

yakınların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. İlgili literatür taramasında başka bir çalışmada ise, hastanın hastanede iki ile yedi gün arasında kalmış olması hasta yakınlarının hemşireleri tanınması ve onlarla iletişim kurabilmesi için yeterli bir süre olarak değerlendirilmiştir (120). McCarron (1995) yaptığı çalışmada, hasta yakınlarının hastanede kaldığı süre arttıkça ruhsal sağlık riskinin arttığı görülmüştür (121).

Erkek hasta yakınlarının SBCTÖ alt boyutu olan Kendine Güvenli Yaklaşımdan aldıkları puanların, kadın hasta yakınlarının puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kaya ve ark.'nın (2007) yaptığı çalışmada erkeklerin kadınlara göre stresle başa çıkmada daha etkin olduğu görülmektedir (81). Demirtaş'ın (2013) çalışmasında da erkeklerin Kendine Güvenli Yaklaşım puanları yüksek bulunmuş, Subaşı'ın (2010) çalışmasında ise erkeklerin baş etme puanlarının kadınlardan yüksek olduğu görülmüştür (122,123). Çalışmanın bu sonucu ilgili literatürle paralel olmakla birlikte, bu tür bir grup ile yapılan ilk araştırma niteliği taşıdığı için başka çalışmalarla tekrar değerlendirilmesi düşünülmektedir. Yurt dışında ve Türkiye'de yapılan çalışmalarda kadınların daha fazla ruhsal hastalık risk belirtisi gösterdiği görülmüştür (87,116,118).

Bu araştırmaya dâhil edilen 40 yaş ve üzerinde olan hasta yakınlarının Boyun Eğici Yaklaşım Puanları, 39 yaş ve altında olan hasta yakınlarının puanlarından daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bireylerin hastanede yatması ve özellikle YBÜ' de olması, hasta yakınlarının deneyimledikleri stres veren yaşam olaylarındandır. Temizel ve Dağ'ın (2014) yaptığı çalışmada, bireylerin yaşının ve stres yaratıcı olayların sayısı arttıkça depresif belirtilerin de arttığı ve pasif/duygu odaklı baş etme stratejilerini kullandığı sonucuna ulaşılmıştır (124). Literatürdeki başka çalışmalarda

da yaşın artmasıyla ruhsal hastalık görülme riskinin arttığı görülmektedir (111,125,126,127).

Hasta ile birlikte yaşayan ve 1. Derece akraba olan hasta yakınlarının GSA 12 puanları, hasta ile birlikte yaşamayan hasta yakınlarının puanlarından daha yüksek bulunmuştur. Hasta ile birlikte yaşayan ve 1. Derece akraba olan hasta yakınlarının SBT alt boyutu olan çaresiz Yaklaşım puanları, hasta ile birlikte yaşamayan, 2. Derece akraba ve akraba olmayanlardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonuç Işıkhan'ın (2004) de yaptığı araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Hasta ile yakınlık derecesi ve bağ kurma göz önünde bulundurulduğunda, hastaneye ve özellikle YB' ne yatmanın hastanın yakın çevresini ve diğer aile üyelerini olumsuz etkileyebileceği düşünülmektedir (116). Bu çalışmanın sonucu literatürde bulunan benzer çalışmalar ile paralellik göstermektedir. Her ne kadar kültürel değişiklikler stres algısı ve durumsal tepkilerin farklı olmasına neden olsa da Pounds ve ark.nın (2007) yaptığı çalışmada, Çinli ailelerin hastalarından ayrıldığında ve bakım veremediğinde için zgn hissettikleri bulunmuştur (128). Pryzby 'ın (2005) yaptığı çalışmada ailenin yakılarında birinin akut bir hastalık veya travma nedeniyle YB' ne yatması aile bütünlüğünü bozduğu bulunmuştur (129) . YB' nin farklı ortamlar olması, çevresel faktörlerin olumsuz etkilemesi, teknolojik araçların aileye yabancı gelmesi, ailenin yakınına istediği zaman dokunamaması ve kaybetme korkusu stres düzeyini ve anksiyeteyi arttırmaktadır. Bu durumda bireyler stresle başa çıkma yollarını aramakta zorlanmaktadır (27,32,129). Bireyin hem tıbbi kriz yaşaması hem de bilinmeyen ve kontrol dışı durumlarla karşılaşması çaresizlik duygusu yaşamalarına neden olabilmektedir. Buna bağlı olarak etkisiz, pasif/ duygu odaklı başa çıkma yaklaşımlarını daha fazla kullandıkları düşünülmektedir (87).

Araştırmaya göre ziyaret saatlerini yeterli bulmayan hasta yakınlarının GSA 12 puanı yüksek çıkmıştır. Yapılan diğer araştırmalarda da olduğu gibi ziyaret saatlerinin ve hastasını istediği zaman görememenin hasta yakınları üzerinde olumsuz ruhsal duruma neden olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ziyaret saatleri ve süresi ile ilgili literatürde geniş bir araştırmaya yer verilmiş olduğu görülmüştür. Bu araştırma sonuçları, Türkiye’ de ve yurt dışında yapılan diğer araştırmalarla benzerlik göstermektedir. Bazı çalışmalarda ailenin hastasının yanında vakit geçirmesi, dokunması ve bakıma katılması hem hastayı hem de yakını ruhsal açıdan rahatlattığı belirtilmektedir (15,17,130). Literatürde, sınırlı ziyaret saatlerinin hem aileler hem de hastalar için temel kaygı nedeni olduğu belirtilmektedir. Ünver ve Öztürk’ün (1998) yaptığı çalışmada, hasta yakınlarının, hastayı sık aralıklarla ve istedikleri zaman ziyaret etmek istedikleri, eğer hastanın durumu çok ciddiye ailelerin hastayı daha sık görmek istediği ve ailelerin ziyaret esnasında hastalarının bakımına yardımcı olmak istedikleri belirtilmektedir (131). Özyıldız ve Bayraktar’ın (2006) çalışmasında ise hasta yakınlarının, hastalarını istediği zaman ziyaret etmek istedikleri sonucuna ulaşılmış, ziyaret sıklığının ve süresinin arttırılmasına gereksinim duydukları belirtilmiştir (132). Yapılan diğer çalışmalarda ise, yoğun bakım ünitesinde yapılan hasta ziyaretinin, hem hasta hem de hasta yakını için olumlu etkileri olduğu bulunmuş; aynı zamanda ziyaretlerin sınırlı olması gerektiği belirtilmiştir (133,134,135). Hastanın ve yakınının sevdiği kişi ile birlikte zaman geçirmesi, onlara umut vermekte ve bu süreci daha güçlü atlatmalarına yardım etmektedir (136).

Hasta ile ilgili her gün bilgi almayan hasta yakınlarının Boyun Eğici Yaklaşım puanları, yüksek bulunmuştur. Hastasıyla ilgili yeterli bilgi aldığını düşünmeyen katılımcıların Çaresiz Yaklaşım ve Boyun Eğici Yaklaşım puanları,

hastasıyla ilgili yeterli bilgi aldığını düşünen hasta yakınlarının puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Yapılan başka çalışmaların da araştırmamanın bu bulgusunu desteklediği görülmektedir. Bireylerin, kriz durumlarında algısı değişiklik gösterir, bu nedenle bilginin açık ve anlaşılır olması gerekmektedir. Hemşirelerin, hasta yakınları ile etkili iletişim kurarak, tutarlı ve anlaşılır bir dil kullanması hasta yakınlarının stresini ve ruhsal belirti düzeylerini azaltmaktadır (116). Uzun ve ark.'nın (2002) yaptığı çalışma sonucunda ailelerin öncelikli gereksinimlerinin bilgilendirme ve güven olduğu bulunmuştur. Hasta hakkında bilgi alma sağlık çalışanlarına olan güveni arttırmaktadır (8). Yalamaoğlu' nun (2012) yaptığı çalışmada hasta yakınlarının sağlık çalışanlarından bilgi almasının memnuniyet artışı ve anksiyeteyi azalttığı görülmüştür (18). Baykal ve Tütüncü (2017)'nün yaptığı çalışmada, hasta yakınlarının, hastaları hakkında yeterli bilgiyi alamadıkları ve tıbbi terim kullanılmasından rahatsız oldukları bulunmuş. Hasta yakınlarından, bu şekilde bilgi vermek yerine basit ve anlaşılır şekilde konuşmanın önemli olduğu şeklinde cevaplar alınmıştır (36). Hem yeterli ve her gün bilgi alamama hem de durumsal kriz yaşama hasta yakınlarının stresini arttırmaktadır. Kinrade ve ark.'nın yaptığı çalışmada, aile üyelerinin yoğun bakım personelinden en çok bilgi, güven ve destek bekledikleri ve bu sayede duruma uyum sağlayabilecekleri ile ilgili sonuçlara ulaşılmıştır. Literatürde bulunan diğer araştırmalar bu çalışma sonucunu destekler niteliktedir (139, 140).

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının %75,32'sinin bilgiyi doktorlardan aldığı saptanmıştır. Yalamaoğlu' nun (2012), yaptığı çalışmada da hasta yakınlarının bilgiyi doktorlardan aldığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışma literatürdeki diğer araştırma sonuçlarıyla benzerdir. Ancak yapılan başka çalışmalarda, aynı

zamanda hemşireler ile iletişimde memnuniyet düzeyinin doktorlardan daha yüksek olduğu belirtilmektedir (141,142).

Araştırma kapsamına alınan hasta yakınlarının GSA 12 puanları ile, SBÇTÖ alt boyutları olan Kendine Güvenli Yaklaşım ve İyimser Yaklaşım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde, güçlü ve negatif yönlü korelasyon olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre hasta yakınlarının GSA 12 puanları arttıkça, Kendine Güvenli Yaklaşım ve İyimser Yaklaşım puanlarında azalma görülmektedir (84, 106). Buna göre GSA 12 puanı arttıkça, ruhsal hastalık riski artmakta, Kendine Güvenli Yaklaşım ve İyimser Yaklaşım puanları azalmaktadır. Temizel ve Dağ'ın (2014) çalışmasında depresif belirti düzeyi arttıkça Kendine Güvenli Yaklaşım ve İyimser Yaklaşım puanlarının azaldığı saptanmıştır (124). Ayrıca ilgili diğer literatürde anksiyete düzeyi arttıkça duygu odaklı/pasif başa çıkma yöntemlerinin arttığı, yani Çaresiz Yaklaşım düzeyi arttıkça ve İyimser ve Kendine Güvenli Yaklaşım düzeyi azaldıkça kaygı düzeyinin arttığı görülmektedir (143,144).

Hasta yakınlarının GSA 12 puanları ile, SBÇTÖ alt boyutları olan Çaresiz yaklaşım, Boyun Eğici Yaklaşım ve Sosyal Destek Arama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde, güçlü ve pozitif yönlü korelasyon olduğu sonucuna ulaşılmıştır. ($p<0,05$). Katılımcı hasta yakınlarının GSA 12 puanları arttıkça, SBÇTÖ alt boyutları olan Çaresiz Yaklaşım, Boyun Eğici Yaklaşım ve Sosyal Destek Arama puanlarında da artış görülmektedir. Buna göre ruhsal hastalık riski arttıkça duygu odaklı/ pasif başa çıkma biçimleri hasta yakınları tarafından daha fazla kullanılmaktadır (84,106).

Bölüm 6

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

Bu bölümde Yoğun Bakımda Yatan Hastaların Yakınlarının Ruhsal Sağlık Durumlarının ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının sonuçları yer almaktadır.

- Hasta yakınlarının %63.64'ünün kadın, %38.96' sının 40yaş ve üstü olduğu,
- Eğitim durumlarına göre %48.05'nin üniversite ve üzerinde olduğu,
- Hasta ile yakınlık derecesinin %79.22'sinin 1. Derece akraba olduğu, %61,04'nün hasta ile birlikte yaşadığı,
- %51,95'nin daha önce bir yakınının yoğun bakımda yattığı,
- %68.83'nün ziyaret saatlerini yeterli bulmadığı,
- %61.04'nün hasta ile ilgili günlük bilgi aldığı, %55.84'nün yeterli bilgi aldığını düşünmediği,
- %75.32'sinin doktordan bilgi aldığı,
- Katılımcı hasta yakınlarının GSA 12 puanları yükseldikçe, Kendine Güvenli Yaklaşım ve İyimser Yaklaşım puanları azalmakta ve negatif yönde etki gösterdiği,
- Katılımcı hasta yakınlarının GSA 12 puanları yükseldikçe, Boyun Eğici Yaklaşım ve Sosyal Destek Arama puanlarının pozitif yönde artış gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır.

6.2 Öneriler

- Hasta yakınlarının ruhsal yönden riskli grupta olması nedeniyle hemşireler tarafından hasta yakınlarına kendilerini ve duygularını ifade edebilmeleri için fırsat verilmesi, bununla ilgili hemşirelere ve hasta yakınlarına eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Ziyaret saati uygulamalarının tekrar gözden geçirilmesi ve bu konuda hemşirelerin aktif rol almaları için ilgili kurumdan destek alması,
- Hemşireler tarafından hasta yakınlarının stresle başa çıkma biçimlerinin belirlenmesi ve etkili baş etme yöntemlerine yönelik eğitimler düzenlenmesi, bu konuda uzman hemşireler tarafından desteklenmesi,
- Hasta yakınlarının hastaları ile ilgili bilgiyi sadece doktorlardan aldığı sonucuna ulaşıldığı görülmüştür. Hemşirelerin de hasta yakınlarına bilgi verebilmesi için yönetim tarafından desteklenmeleri,
- Bu araştırmanın daha geniş ve kapsamlı bir grup üzerinde yapılması ve bu konuda çalışmaların devamı önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- [1] Hatipoğlu, S. (2002), *Cerrahi Yoğun Bakım Hemşireliği İlkeleri*, Gülhane Tıp Dergisi, 44(4), 475-479.
- [2] zyıldız, A. (2006), *Yoğun Bakımda Yatan Hastaların Yakınlarının Gereksinimleri*, H.., Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.6, Ankara.
- [3] Aktaş, Y., Arabacı, BA. (2016), *Yoğun Bakımda Hasta ve Ailesiyle İletifim*, İzmir Katip elebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, 1(3), 39-43.
- [4] Hintistan, S., Nural, N., ztrk, H. (2009), *Yoğun Bakım nitesinde Yatan hastaların Deneyimleri*, Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 13(1), 40-46.
- [5] Tel, H. (2009), *Transfer anksiyetesi, yoğun bakım hastası ve ailelerin gereksinimlerinin saptanması*, Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 75-81.
- [6] Shorofi, S.A., Jamati, Y., Moghoddam, H.R., Charati, J.Y. (2016), *Psychosocial needs of families of intensive care patients: perceptions of nurses and families*, Nigerian Medical Journal, 10-17
- [7] Gaeeni, M., Farahari, M.A., Seyedfatem, N., Mohammadi, N. (2015), *Informational support to family members of intensive care unit*, Global Journal of Health Science, 7(2), 8-19.

- [8] Uzun, Ö., Özer, N., Akyıl, R.G. (2002), *Bazı Cerrahi Kliniklerde ve Cerrahi Yoğun Bakım Ünitelerinde Yatan Hastaların Ailelerinin Gereksinimleri*, Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi, (34), 39-45.
- [9] Zywko, L.P., Gazda, D. (2012), *Emotional reactions and needs of family members of ICU patients*, Anaesthesiology Intensive Therapy, 145-149.
- [10] Barış, N., Karabacak, Ü. (2013), *Yatarak tedavi gören hastaların yakınlarının hemşirenin rolünü algılamaları*, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 3(3), 131-137.
- [11] Bilgin, F. (2017), *Yoğun Bakım Ünitesinde Hastası Olan Bireylerin Anksiyete Düzeyleri*, Yüksek Lisans Tezi, YDÜ.
- [12] Malliorou, m., Gerogianni, G., Babatskou, F., Kotrotsiou, E., Zyga, S. (2014), *Family perceptions of intensive care unit nurses' roles: a Greek perspective*, Health Psychology Research, (2), 994.
- [13] Aydın, Z. (2013), *Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hasta Yakınlarında Stresle Başetme Yolları*, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- [14] Koç, F. (2013), *Yoğun Bakım Ünitelerinde Yatan Hastaların Aile Bireyleri Üzerindeki Etkilerinin İncelenmesi*, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Düzce.

- [15] Taşdemir, N., Özşaker, E. (2007), *Yoğun bakım ünitesinde ziyaret uygulaması: ziyaretin hasta, hasta ailesi ve hemşire üzerine etkisi*, C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 11(1), 27-31.
- [16] Sekmen, K., Hatipoğlu, S. (1999), *Yoğun Bakım Ünitesi Teknoloji Ortamının Hasta ve Ailesi Üzerine Etkileri*, Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi, 3(1), 22-26.
- [17] Gürkan, A. (2009), *Bütüncül Yaklaşım: yoğun bakımda hastası olan aile üyeleri*, Yoğun bakım hemşireliği dergisi, 13(1),1-5.
- [18] Yalamaoğlu, M. (2012), *Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Yakınlarının Farklı Kişilerce Bilgilendirilmesinin ve Bilgilendirme Sıklığının Aile Memnuniyeti Üzerine Etkisi*, Uzmanlık Tezi, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- [19] Özdemir, Ö. (2009), *Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hasta Yakınlarının Memnuniyet Değerlendirmesi*, Afyon Kocatepe Üniversitesi.
- [20] Tokur, M.E., Aydın, K., Çalışkan, T., Savran, Y., Cömert, B., Ergan, B. (2016), *Hasta Yakınlarında Yoğun Bakım Algısı ve Memnuniyeti*, Yoğun Bakım Dergisi, (7), 57-61.
- [21] Türedi, D. (2011), *Yoğun Bakım Hastalarının Akut Fizyolojik Durum Değişikliklerinin Hasta Yakınlarının Psikolojileri Üzerine Etkileri*, Yayınlanmış Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi.

- [22] Hickman, R.L., Douglas, S.L. (2010), *Impact of chronic critical illness, on the psychological outcomes of family members*, National Institutes of Health, 21(1), 80-91.
- [23] Bahçivan, G., Sütçüççek, H., Özan, T.(2011), *Yoğun Bakımda Yatan Hasta Yakınlarıyla İletişim*, İç Hastalıkları Dergisi, 117-122.
- [24] Kirchhoff, K.T., Faas Al.(2007), *Family support at end of life AACN*, AACN Adv Crit Care, (18), 426-435.
- [25] Leon, A.M., Knapp, S.(2008), *Involving family systems in critical care nursing challenges and opportunities*, Dimens Crit Care Nurs, (27), 255-262.
- [26] Henrich, N.J., Dodek, p., Heyland, D., Cook, D., Rocker, G., Kutsogramis, D., et.al. (2001), *Qualitative Analysis of an intensive care unit family satisfaction survey*, Crit Care Med, 1000-1005.
- [27] Chien, W.T., Chiub, Y.L., Lama, L.W., Ip, W.Y.(2006), *Effects of a needs-based education programme for family carers with a relative in an intensive care unit: a quasi-experimental study*, International Journal of Nursing Studies, 43(1), 39-50.
- [28] Curtis, J.R., White, B.D. (2008), *Practical guidance for evidence-based ICU family conferences*, Chest, (4), 134.

- [29] Torun, S., Kadioğlu, S., Öztunç, G. (2012), *Yoğun Bakımda Yatan Bilinci Açık Hastaların Ziyaret Edilme Hakkı*, Cumhuriyet Tıp Dergisi, (34), 33-40.
- [30] Davidson, J.E., Jones, C., Bienvenu, O.J.(2012), *Family response to critical illness: posti intensive care syndrome- family*, Critical Care Medicine, 40(2), 618-624.
- [31] Bijttebier, P., Vanoost, S., Delva, D., Ferdinande, P., Frans, E. (2001), *Needs of relatives, of critical carepatients: perceptions of relatives, physicians and nurses*, Intensive Care Medicine, (27), 160-165.
- [32] Farrel, M.E., Joseph, D.H., Schwartz- Barkot, D. (2005), *Visiting hours in ICU: finding the balance among patient, visitor and staff needs*, Nursing Forum, 40 (1), 18- 28.
- [33] Molter, N.C.(1979), *Needs of the relatives of critically ill patients: A descriptive study*, Heart Lung, (8), 332-339.
- [34] Leske, J.S.(1986), *Needs of relatives, of critically ill patients: follow-up*, Heart Lung, (15), 189-193.
- [35] Davidson, J.E.(2012), *Family-centered care meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness*, CriticalCareNurse,(29), 28-34.

- [36] Baykal, D., Koç Tütüncü, S. (2017), *Yoğun Bakımdaki Sağlık Çalışanlarının Hasta Yakınlarıyla Olan İletişiminin Araştırılması*, IGUSABDER, (1), 33-47.
- [37] Şahinoğlu, H. (1992), *Yoğun bakımın doğuşu, gelişmesi ve genel ilkeleri*, Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri, 875-878.
- [38] Arslan, S., Özer, N. (2010), *Yoğun Bakım Hastalarının Duyusal Girdi Sorunlarında Tamamlayıcı Tedaviler*, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, (13), 2.
- [39] Demir, F., Dramalı, A. (2002), *Yoğun bakım ünitelerinin tasarımı*, Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 6(1), 8-15.
- [40] Eisendrath, S.J., Chamberlain, J.R. Current. (2004), *Yoğun Bakım ve Tedavi: Psikiyatrik Problemler*, 2.baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi, (s.466-477).
- [41] Başak, T., Uzun, Ş., Arslan, F. (2010), *Yoğun Bakım Hemşirelerinin Etik Duyarlılıklarının İncelenmesi*. Gülhane Tıp Dergisi, (52), 76-81
- [42] Sağlık Bakanlığı, *Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları*, 03.04.2008. Ankara: <http://www.saglik.gov.tr/HM/dosya/138222/h/yogunbakimgenelgesi200853.doc>, (Erişim Tarihi: 30.5.2019)
- [43] Akpir, K.(2002), *Yoğun bakım serüveni: Dün bugün*, Türk Yoğun Bakım Dergisi,1(1),6-12.

- [44] Karadakovan, A., Eti Aslan, F. (2009), *Dâhili-cerrahi hastalıklarda bakım*, İzmir: Nobel Kitabevi.
- [45] Marco, L., Bermejeillo, I., Gara yalde, N., Sarrate, I., Margall, M.A., Asiain, M.C. (2006), *Intensive care nurses' beliefs and attitudes towards the effect of open visiting on patients, family and nurses*, *Nursing in Critical Care*, 11(1), 33- 41.
- [46] Özdemir, L. I.(2014), *Dahili Cerrahi Yoğun Bakım Kongre Kitabı: yoğun bakımda sınıflama sistemleri*, Gaziantep: 106-111
- [47] Gökmen, A.N., Günerli, A. (2011), *Yoğun bakım tarihçesi, tanımı, mimarisi ve organizasyonu*, Haydar Ş, editör, *Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri Kitabı*, Nobel Tıp Kitabevleri, 5-13.
- [48] Tunçay, G, Y., Uçar, H. (2010), *Hastaların Yoğun Bakım Ortamına İlişkin Görüşleri*, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 33–46.
- [49] Ünver, V. (2003), *Yoğun bakım ünitesinde hastası olan ailelerin gereksinimlerinin saptanması*, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*,7(2), 75-81.
- [50] Sabuncu, N., Şenturan, L., Gülseven, B. (2001), *Visiting in ICUs: the opinions of nurses and patients' relatives*, *Connect Critical Care Nursing in Europe*, (1) 87-92.

- [51] Hickey, M., Lewandowski, L. (1998), *Critical care nurses role with families: a descriptive a study*, Heart and Lung (17), 670-676.
- [52] Teno, J.M., Mor, V., Ward, N., Roy, J., Clarridge, B., Wennberg, J.E. et al. (2005), *Bereaved family member perceptions of quality of end-of-life care in U.S. regions with high and low usage of intensive care unit care*, J Am Geriatr Soc, 53(11), 1905-1911.
- [53] Prevost, S.S. (2001), *Individual and family response to the critical care experience*, Sole, M.L., Lamborn, M.L., Hartshorn, J.C. editors, Introduction to Critical Care Nursing, Philadelphia: W. B. Saunders, 9- 24.
- [54] Chui, W.Y., Chan, S.W.C. (2007), *Stress and coping of Hong Kong Chinese family members during a critical illness*, Journal of Clinical Nursing, (16), 372-381.
- [55] O'Farrell, P., Murray, J., Hotz, S. (2000), *Psychological distress among spouses of patients undergoing cardiac rehabilitation*, Heart and Lung, (29), 97–104.
- [56] Leske, J.S. (1992), *The impact of critical injury as described by a spouse: a retrospective case study*, Clinical Nursing Research, (1), 385–401.
- [57] Theobald, K. (1997), *The experience of spouses whose partners have suffered a myocardial infarction: a phenomenological study*, Journal of Advanced Nursing, (26), 595–601.

- [58] Kleiber, C., Halm, M., Titler, M., Montgomery, L.A., Johnson, S.K., Nicholson, A., Craft, M., Buckwalter, K., Megivern, K. (1994), *Emotional responses of family members during a critical care hospitalization*, *American Journal of Critical Care*, (3),70–76.
- [59] Hilbert, G.A. (1993), *Family satisfaction and affect of men and their wives after myocardial infarction*, *Heart and Lung*, (22), 200–205.
- [60] Hilbert, G.A. (1994), *Cardiac patients and spouses: family functioning and emotions*, *Clinical Nursing Research*, (3), 243–252.
- [61] Hilbert, G.A. (1996), *Cardiac couples at hospitalization and 3 months later*, *Journal of Family Nursing*, (2), 76–91.
- [62] Mitchell, M.L., Courtney, M. (2004), *Reducing family members' anxiety and uncertainty in illness around transfer from intensive care: an intervention study*, *Intensive and Critical Care Nursing*, (20), 223–231.
- [63] Townsend, M.C.(2016), *Ruhsal Sağlık ve Ruhsal Hastalık*, C.Tangül Özcan, N. Gürhan,(Ed.), *Ruh Sağlığı Ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları*, 6. Baskı (2-14), Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi
- [64] Maslow, A. (1963), *Motivation and personality (2nd ed.)*, New York: Harper&Row.

- [65] Birol, L.(2007), *Hemşirelikle İlgili Kuramlar*, Hemşirelik Süreci Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım, 8. Baskı (62-63), İzmir: Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti.
- [66] Yörükoğlu, A. (2014), *Ruh Sağlığı Nedir? Çocuk Ruh Sağlığı, Çocuğun Gelişimi Eğitimi Ve Ruhsal Sorunları*, 34. Baskı (13-20), İstanbul: Özgür Yayınları.
- [67] Weinborn, M. (1999), *A theoretical approach to the religion mental health connection: Initial exploration of a religious orienting system*, Unpublished Doctoral Thesis, Bowling Green University, USA.
- [68] TC Milli Eğitim Bakanlığı (2012), *Ruh Sağlığını Etkileyen Faktörler*, Ankara: Ruh Sağlığı ve Hastalıklarına Giriş, 6-8.
- [69] Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı (2000), *Psikiyatri Hemşireliğinde Temel Kavramlar*, 2. Baskı, İstanbul: Birmat Matbaacılık San. Tic. Ltd Şti, 25-29.
- [70] Atkinson ve Hilgard (2017), *Stres, Sağlık ve Stresle Başa Çıkma*, Psikolojiye Giriş, Genişletilmiş ve güncelleştirilmiş 14. Edisyon, 5. Baskı, Ankara: Arkadaş Yayınevi, 493-525.
- [71] Freeman, A, Dattilio, F.M. (2017), *Kriz Durumlarında Bilişsel Davranışçı Stratejiler*, İstanbul: Ofis Matbaa Yayın Kağıt San. Tic. Ltd.Şti.

- [72] Schwecke, L.H. (2007), *Stress, Anxiety, Coping and Crisis*, Psychiatric Nursing , 15th Edition, St. Louis, MO 63146, 118-121.
- [73] Ursin, H. (1978), *Activation, Coping, and Psycosomatics*, Ursin, E. Badee, & S. Levine (Eds.), *Psychobiology of Stress, A Study of Coping Men*, New York: Academic Press.
- [74] Johansson, G., Frankenhaeuser, J. (1973), *Temporal Factors in Sympatho-adrenomedullary Activity Following Acute Behavioral Activation*, *Biological Psychology*, (1), 63-73.
- [75] Townsend, M.C. (2006), *Consepts Of Evidenced Based Practice* , Psychiatric mental Health Nursing, 15th Eddition, F.A. Davis Company, Philedelphia, 6-10.
- [76] Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984), *Stress, Appraisal, and Coping*, New York: Springer.
- [77] Türküm, A.S. (1999), *Stresle Başa Çıkma Ölçeğinin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları*, *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*.
- [78] Kayır, G. (2014), *Onkoloji Hastalarının Hastalık Algısı ve Stresle Başa Çıkma Biçimleri*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- [79] Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1986), *Stress processes and depressive symptomatology*. Journal of Abnormal Psychology, (95), 107-113
- [80] Lazarus, R. S. (1991), *Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion*, American psychologist, 46(8), 819-834.
- [81] Kaya, M., Genç, M., Kaya, B., Pehlivan, E.(2007), *Tıp Fakültesi ve Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Depresif Belirti Yaygınlığı, Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Etkileyen Faktörler*, Türk Psikiyatri Dergisi, 18(2), 137-146.
- [82] Billings, A.G., Moos, R.H. (1984), *Coping, Stress and Social Resources Among Adults with Unipolar Depression*, Journal of Personality and Social Psychology, (46), 887-891.
- [83] Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984), *Stress, Appraisal, and Coping*, New York. Springer.
- [84] Şahin,H.N., Durak,A.(1995), *SBTÖ:Üniversite öğrencileri için uyarlanması*, Türk Psikoloji Dergisi, 56-73.
- [85] Lazarus, R. S. (1993), *From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks*, Annual review of psychology, 44(1), 1-22.
- [86] Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & Delongis, A. (1986), *Appraisal, coping, health status and psychological symptoms*, Journal of Personality and Social Psychology, (50), 571-579.

- [87] Baltaş, Z. (2000), *Sağlık psikolojisi*, İstanbul: Remzi Yayınları.
- [88] Magliano, L., Fadden, G., Fiorillo, A., Malangone, C., Sorrentino, D., Robinson, A., Maj, M. (1999), *Family burden and coping strategies in schizophrenia: are key relatives really different to other relatives?*, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99(1), 10-15
- [89] Aldwin, C. M., Brustrom, J. (1997), *Coping with chronic stress*, Theories of coping with chronic stress, Boston: Springer, 75-103.
- [90] O'Brien, T. B., DeLongis, A. (1997), *Coping with chronic stress*. Coping with chronic stress, Boston: Springer, 161-190.
- [91] Stephenson, C.A. (1991), *Patient/family Education: Principles of Teaching/Learning applied to Critical Care Nursing*, Dolan, T.J., Philadelphia: Critical Care Nursing, Clinical Management Through The Nursing Process, F.A. Davis Company, 31-43.
- [92] Kocaman, N. (2007), *Yoğun Bakım Ünitesinde Liyezon Hemşireliği*, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 11(1), 42-47.
- [93] http://www.tdb.org.tr/icerik_goster.php?Id=2889 (Erişim Tarihi 19.8.19)
- [94] Kocaman, N. (2005), *Genel Hastane Uygulamasında Psikososyal Bakım Ve Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği*, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. (9), 1.

- [95] Kocaman, N.(2006), *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği ve Genel Hastanede Psikososyal Bakım*, Türkiye Klinikleri J.Int. Med. Sci., 2(47), 97-107
- [96] Raines, M.L.(1989), *Psychiatric liaison nursing*, Birckhead, L.M., ed. Psychiatric Mental Health Nursing, 1st ed, Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 657-669.
- [97] Gerety, F.K. (1991), *Psychiatric consultation-liaison nursing*, Mcfarland, G.K., Thomas, M.D, eds. Psychiatric Mental Healt Nursing, Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 911- 921.
- [98] Stuart, G.W., Sundeen, S.J., (1987), *Liaison nursing: A model for nursing practice*, Stuart, G.W., Sundeen, S.J, eds. Principles and Practice of Psychiatric Nursing, St. Louis: The CV Mosby Company, 784-99.
- [99] *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşiresi*, <http://klpnurse.org/klp-hemsireligi/>.
- [100] Robinson, L.(1991), *Psychiatric consultation liaison nursing*, Judd FK, Burrows, G.D., Lipsitt, D.R., eds. Handbook of Studies on General Hospital Psychiatry, Oxford, Elsevier Science Publishers B.V, 53-62.
- [101] Morris, E.E., Morriss, R., House, A.(1994), *The role of the nurse in consultation-liaison psychiatr*, Benjamin, S., House, A., Jenkins, P. Liaison

Psychiatry, Defining Needs and Planning Services, London: The Royal College of Psychiatrists, 34-44.

[102] Gorman, L.M., Raines, M.L, Sultan, D,F.(2002), *Psychosocial Nursing for General Patient Care*, 2nd ed. USA: FA Davis Company.

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

[104] Chase,P., Gage, J., Stanley, K.M., Bonadonna, J.R.(2000), *The psychiatric consultation/liaison nurse role in case management*, Nursing Case Management, (5),73-7.

[105] Ekinci, M., Okanlı, A. (2001), *Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliği*, Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, (4), 2.

[106] Kılıç, C. (1996), *Genel Sağlık Anketi*, Türk Psikoloji Derneği .

[107] Adineh, M., Toulabi, T., Pournia, Y., Baraz, S. (2016), *The Effect of Family Presence during Pediatric Intensive Care Unit Bedside on Family General Health: a Clinical Trial Study*, Int J Pediatr, 4(5), 29.

[108] Peter, L., Hudson, R.N., Sanchia Aranda, RN., Hayman-White, K. (2005), *A Psycho-Educational Intervention for Family Caregivers of Patients Receiving*

Palliative Care: A Randomized Controlled Trial, Journal of Pain and Symptom Management, (30), 4.

[109] Van Horn, E., Tesh, A. (2000), *The Effect of critical care hospitalization on family members: Stress and responses*, Dimensions of Critical Care Nursing, 19 (4), 40- 49.

[110] Ören, B. (2018), *Yoğun Bakımda Hastası Olan Aile Üyelerinin Hemşirelerinden Beklentileri ve Etkileyen Faktörler*, HSP, 5(2), 217-226

[111] Kelleci, M., Aştı, N., Küçük, L.(2003), *Bir sağlık ocağına başvuran kadınların genel sağlık anketine göre ruhsal durumları*, C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu, (7), 2.

[112] Erengin, H., Akdemir, M., Dağlı, Ç.(2015), *Bir kent merkezinde 2 aile sağlığı merkezine başvuran kişilerin ruh sağlığı profili*, 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi.

[113] Kadioğlu, H., Ergün A, Yıldız, A.(2013), *Türk toplumu içinde bir grup erişkinin GSA-28 ile ruhsal sağlık problemlerinin taranması*, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 3(3),115- 120

[114] Kılıç, M., Uzunçakmak, T. (2016), *Aile sağlığı merkezine başvuranların ruh sağlığı düzeyi ve etkileyen faktörler*, Türk Aile Hek Derg, 20(3), 115-121.

- [115] Karagözoğlu, Ş., ÖZDEN, D., TOK YILDIZ, F. (2014), *Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Yakınlarının Gereksinimleri*, Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri, 6(2), 102-111.
- [116] Işıksan, V. (2004), *Hasta Yakınlarının Ruhsal Belirti Düzeyleri*, Toplum ve Sosyal Hizmet, (15), 1.
- [117] Freeman, A., Dattilio, F.M. (2017), *Kriz Durumlarında Bilişsel Davranışçı Stratejiler*, İstanbul: Ofis Matbaa Yayın Kağıt San. Tic. Ltd. Şti, 369-376
- [118] Verhaeghe, Sc., Defloor, T., Grypdonc, M. (2005), *Stress and coping among families of patients with traumatic brain injury: a review of the literature*, Journal of Clinical Nursing, (14), 1004–1012.
- [119] Carver, C.S., Scheler, M.F., Weintraub, J.K. (1989), *Assesing coping strategies: A theoretically based approach*, Journal of Personality and Social Psychology, 56(2), 267-283.
- [120] Pochard, F., Azoulay, E., Chevret, S., Lemaire, F., Hubert, F., Canoui, P., Grassin, M., Zittoun, R., Jean-Roger le Gall, Dhainaut, J.F., Schlemmer, B., for the French FAMIREA . (2001), *Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: Ethical hypothesis regarding decision-making capacity*, Crit Care Med, (29), 10.

- [121] McCarron, E.G. (1995) “*Supporting the Families of Cancer Patients*”,
Nursing 95, 48-51.
- [122] Demirtaş, G. (2013), *Multiple Myelomlu Hastalarda Yaşam Kalitesi Ve Stresle Başa Çıkma Tutumları*, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- [123] Subaşı, D. (2010), *Kanser Ağrısı Deneyimleyen Hastaların Yaşam Kalitesi ve Baş Etme Tutumlarının Değerlendirilmesi*, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- [124] Temizel, E.A., Dağ, İ. (2014), *Stres Veren Yaşam Olayları, Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri, Depresif Belirtiler ve Kaygı Düzeyi Arasındaki İlişkiler*, Klinik Psikiyatri, (17), 7-17.
- [125] Elkin, N., Barut, A. Y. (2017), *Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Bireylerin Genel Sağlık Anketine Göre Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi*, IGUSABDER, 221-238.
- [126] Güleç, C. Köroğlu E. (1997), *Psikiyatri Temel Kitabı*, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- [127] Tosun, AS, Akça G. (2014), *Konya kent merkezinde sosyoekonomik özellikleri farklı olan bölgelerde yaşayan bireylerin sosyal destek ve ruhsal sağlık*

durumlarını etkileyen faktörler, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 17(4), 207-215.

[128] Pounds S. K., Pang and Lorna , K. P. Suen. (2008), *Stressors in the intensive care unit: comparing the perceptions of Chinese patients and their family*, Stress and Health 25, 151-159.

[129] Pryzby, B.J. (2005), *Effects of nursing caring behaviours on family stress responses in critical care*, Intensive and Critical Care Nursing, (21), 16-23.

[130] Cullen, L., Titler, M., Drahozal, R. (2003), *Family and pet visitation in the critical care unit*, Critical Care Nurse, 23 (5), 62- 66.

[131] Ünver, V., Öztürk, C. (1998), *Yoğun bakım ünitesinde yatan hasta ailelerinin gereksinimlerinin saptanması ve ailenin bakıma katılım düzeyinin incelenmesi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

[132] Özyıldız, A., Bayraktar, N. (2006), *Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların yakınlarının gereksinimleri*, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

[133] Roland, P., Russel, J. (2001), *Visitation in critical care: processes and outcomes of a performance improvement initiative*, Journal of Nursing Care Quality, 15 (2), 18- 26.

- [134] Simpson, T. (1991), *Critical care patients' perceptions of visits*, Heart and Lung, 20(6), 681-688.
- [135] Slota, M. (2003), *Perspectives on family-centered, flexible visitation in the intensive care unit setting*, Critical Care Medicine, 31(5), 362-366.
- [136] Eriksson, T., Bergbom, I. (2007), *Visits to intensive care unit patients- frequency, duration and impact on outcome*, Nursing in Critical Care, 12(1), 20- 26.
- [137] Curtis, R., White, D.B. (2008), *Practical Guidance for Evidence-Based ICU Family Conferences*, Chest, 134(4), 835–843
- [138] Kinrade, T., Jackson, A.C., Tomnay, J.E. *The psychosocial needs of families during critical illness: comparison of nurses' and family members' perspectives*, Australian Journal Of Advanced Nursing, (27)1, 82-87
- [139] Davidson, J. (2009), *Family Centred Care. Meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness*, Critical Care Nurse, 29(3),28-34.
- [140] Damboise, C., Cardin, S. (2003), *Family Centered Critical Care. American Journal of Nursing*, 103(6), 56AA-56EE.
- [141] Myhren, H., Ekeberg, Ø., Langen, I., Stokland, O. (2004), *Emotional strain, communication, and satisfaction of family members in the intensive care unit*

compared with expectations of the medical staff: experiences from a Norwegian University Hospital, Int. Care Med, 30(9), 1791-8.

[142] Jacobowski, N.L., Girard, T.D., Mulder, J.A., Ely, E.W. (2010), *Communication In Critical Care: Family Rounds In The Intensive Care Unit, American Journal of Critical Care, 19(5), 421-430.*

[143] Kayahan, M., Sertbaş, G. (2007), *Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete-depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki, Anadolu Psiki Derg, (8) 113-120*

[144] Güneş, H. (2001), *Gender differences in distress levels, coping strategies, stress related growth and factors associated with psychological distress and perceived growth following the 1999 Marmara Earthquake, Yayılanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, Orta Doğu Teknik Üniversitesi.*

EKLER

Ek 1: Yoğun Bakımda Yatan Hastaların Yakınlarının Ruhsal Sağlık Durumlarının ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi Araştırmasının Hasta ve Yakını Tanıtıcı Özellikler Formu

A. Hastaya ait bilgiler :

1.Hastanın tanısı:

2.Cinsiyet:

3.Yaş:

4.Sosyal güvencesi var mı?

a)Var b) Yok

5.Düzenli geliri var mı?

a)Var b) Yok

6.Hasta ne kadar süredir yatıyor?

B. Hasta yakınına ait bilgiler:

1.Cinsiyet:

2.Yaş:

3.Eğitim durumunuz nedir?

a)Okuryazar değil b)İlkokul c)Ortaokul d) Lise e)Üniveriste ve üstü

3.Hasta ile yakınlık dereceniz nedir?

4.Hasta sizin ile birlikte yaşıyor muydu?

a)Evet b)Hayır

5.Hasta ile ne sıklıkta görüşürdünüz?

a)Hergün b)Haftada 1-2 kez c)Ayda bir kez d)Arasına d)Görüşmüyor

6.Daha önce başka bir yakınınız yoğun bakımda yattı mı?

a)Evet b)Hayır

7.Ziyaret saatlerinin süresinin ve sıklığının yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

a)Evet b)Hayır

8.Hastanız ile ilgili hergün bilgi alıyor musunuz ?

a)Evet b)Hayır

9.Hastanız ile ilgili yeterli bilgi aldığımızı düşünüyor musunuz?

a)Evet b)Hayır

10.Hastanız ile ilgili bilgileri kimden alıyorsunuz?

a)Hemşire b)Doktor c)Diğer çalışanlar

Ek 2: Genel Sağlık Anketi Formu

Lütfen bu açıklamayı dikkatle okuyunuz; son birkaç hafta içinde herhangi bir tıbbi şikâyetiniz olup olmadığını, genel olarak sağlığınızın nasıl olduğunu öğrenmek istiyoruz. Bütün soruları, size en uygun cevabı işaretleyerek cevaplandırınız. Geçmişteki değil, yalnız son dönemdeki ve şu andaki şikâyetlerinizi sorduğumuzu unutmayınız.

Soruların hepsini cevaplandırmanız çok önemlidir.

1. Endişeleriniz nedeni ile uykusuzluk çekiyor musunuz?

- a. Hayır hiç çekmiyorum
- b. Her zamanki kadar
- c. Her zamankinden sık
- d. Çok sık

2. Kendinizi sürekli zor altında hissediyor musunuz?

- a. Hayır hissetmiyorum
- b. Her zamanki kadar
- c. Her zamankinden sık
- d. Çok sık

3. Yaptığınız işe dikkatinizi verebiliyor musunuz?

- a. Her zamankinden iyi
- b. Her zamanki kadar
- c. Her zamankinden az
- d. Her zamankinden çok daha az

4. İşe yaradığınızı düşünüyor musunuz?

- a. Her zamankinden çok
- b. Her zamanki kadar
- c. Her zamankinden az
- d. Her zamankinden çok daha az

5. Sorunlarınızla uğraşabiliyor musunuz?

- a. Her zamankinden çok

- b. Her zamanki kadar
- c. Her zamankinden az
- d. Her zamankinden çok daha az
6. Karar vermekte güçlük çekiyor musunuz?
- a. Hayır hiç çekmiyorum
- b. Her zamanki kadar
- c. Her zamankinden sık
- d. Çok sık
7. Zorlukları halledemeyecek gibi hissediyor musunuz?
- a. Hayır hiç hissetmiyorum
- b. Her zamanki kadar
- c. Her zamankinden sık
- d. Çok sık hissediyorum
8. Değişik yönlerden baktığımızda kendinizi mutlu hissediyor musunuz?
- a. Her zamankinden çok
- b. Her zamanki kadar
- c. Her zamankinden az
- d. Her zamankinden çok daha az hissediyorum
9. Günlük işlerinizden zevk alabiliyor musunuz?
- a. Her zamankinden çok
- b. Her zamanki kadar
- c. Her zamankinden az
- d. Her zamankinden çok daha az
10. Kendinizi keyifsiz ve durgun hissediyor musunuz?
- a. Hayır hiç hissetmiyorum
- b. Her zamanki kadar
- c. Her zamankinden çok
- d. Çok sık
11. Kendinize güveninizi kaybediyor musunuz?

a. Hayır hiç kaybetmiyorum

b. Her zamanki kadar

c. Her zamankinden fazla

d. Çok fazla

12. Kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz?

a. Hayır hiç görmüyorum

b. Her zamanki kadar

c. Her zamankinden sık

d. Çok sık

Ek 3: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği(SBCTÖ) Formu

Bu ölçek, kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla uygunluk derecesini işaretleyiniz.

Bir sıkıntım olduğunda...	Sizi ne kadar tanımlıyor?			
	% 0	%30	%70	% 100
1.Kimsenin bilmesini istemem				
2. İyimser olmaya çalışırım.				
3. Bir mucize olmasını beklerim.				
4. Olayı/olayları büyütmeyip üzerinde durmamaya çalışırım.				
5.Başta gelen çekilir diye düşünürüm.				
6. Sakin kafayla düşünmeye,öfkelenmemeye çalışırım.				
7. Kendimi kapana kısılmış gibi hissederim.				
8. Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım.				
9. İçinde bulunduğum kötü durumu, kimsenin bilmesini istemem.				
10. Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum.				
11. Olanları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam.				
12. Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım.				
13. İş olacağına varır diye düşünürüm.				
14. Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım.				
15. Problemin çözümü için adak adarım.				
16. Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum				
17. Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım.				
18. Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım.				
19.Her şeyin istediğim gibi olamayacağına inanırım.				
20. Problemi/problemleri adım adım çözmeye çalışırım.				
21. Mücadeleden vazgeçerim.				
22. Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm.				

23. Hakkımı savunabileceğime inanırım.				
24. Olanlar karşısında 'kaderim buymuş' derim.				
25. Keşke 'daha güçlü olsaydım' diye düşünürüm.				
26. Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissederim				
27. 'Benim suçum ne' diye düşünürüm.				
28.' Hep benim yüzümden oldu' diye düşünürüm.				
29. Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım.				
30. Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.				

Ek 4: Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Sağlık Etik Alt Kurulu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ARAŞTIRMANIN ADI: Yoğun Bakımda Yatan Hastaların Yakınlarının Ruhsal Sağlık Durumlarının Ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi

Bu form ile “Yoğun Bakımda Yatan Hastaların Yakınlarının Ruhsal Sağlık Durumlarının Ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi” isimli çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Sizinle ilgili tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Araştırma bitiminde elde edilen sonuçlar, sizin kimliğiniz hiçbir şekilde açıklanmadan, tamamen saklı tutularak ilgili literatürde yayınlanabilecektir.

Araştırmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Araştırma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz, sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin araştırmayı bırakmakta özgürsünüz. Aynı şekilde araştırmayı yürüten araştırmacı çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmakla parasal bir yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırma, Prof Dr Gülümser Kubilay’ın sorumluluğu altında yapılmaktadır.

Araştırmanın Konusu ve Amacı:

Bu araştırmanın amacı; Lefkoşa Dr Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi’nde(LDBNDH) bulunan Nöroloji Yoğun Bakım (NRYB), Cerrahi Yoğun Bakım(CRYB) ve Koroner Yoğun Bakım(KYB) Ünite’lerinde yatan hastaların yakınlarının ruhsal sağlık durumlarının ve stresle başa çıkma tarzlarının belirlenmesi amacıyla yapılacaktır.

Araştırmanın Yöntemi:

Bu araştırma; Araştırmanın Kesitsel olarak yapılması planlanmaktadır.

Soru, Daha Fazla Bilgi ve Problemler İçin Başvurulacak Kişiler :

Gereksininiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

Adı : Demet EROL

Görevi : Hemşire

Telefon: 05338654055

Gönüllünün / Katılımcının Beyanı:

Bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı tatmin olacağım şekilde cevapladı.

Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun bana herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ayrıca araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir bilgi, soru sorma ihtiyacım olduğunda Demet Erol ile iletişim kurabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Araştırmacı, saklamam için imzalı bu belgenin bir kopyasını bana teslim etmiştir.

Gönüllü/Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme Tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Araştırmacı

Adı soyadı, unvanı: Demet EROL

Adres: Mağusa Yolu Sokak, No; 45 Ulukışla Gazi Mağusa

Tel: 05338654055

İmza:

Tarih:

Ek 5: Etik Kurul İzni

 <p>Doğu Akdeniz Üniversitesi "A Balance in Every Step" Etik Kurulu / Ethics Committee</p>	<p>Eastern Mediterranean University "For Your International Career"</p>	<p>Fx. : 99408 Gazimağusa, KIZILIR KIBRIS / Famagusta, North Cyprus, via Mersis: 33 TURKEY Tel. : (+90) 392 830 1995 Faks/Fax: (+90) 392 830 2919 Saygk@emu.edu.tr</p>
--	--	--

Sayı: ETK00-2018-0036
Konu: Etik Kurulu'na Başvurunuz Hk.

16.01.2018

Sayın Demet Erol
Hemşirelik Bölümü
Yüksek Lisans Öğrencisi

Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'nun **15.01.2018** tarih ve **2018/52-08** sayılı kararı doğrultusunda, **Yoğun Bakımda Yatan Hastaların Yakınlarının Ruhsal Sağlık Durumlarının ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi** adlı tez çalışmanızı, Prof. Dr. Gülümser Kublay'ın danışmanlığında araştırmanız, Bilimsel ve Araştırma Etiği açısından uygun bulunmuştur.

Bilginize rica ederim.



Doç. Dr. Sükrü Tüzmen
Etik Kurulu Başkanı

ŞT/sky

www.emu.edu.tr

Ek 6: Sağlık Bakanlığı İzni



KUZAY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ
SAĞLIK BAKANLIĞI
YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI DAİRESİ

Sayı : YTK.0.00-460.02-18[460.02]-E.529
Konu : Demet Erol'un Tez Çalışması Hk.

1 Mart 2018

DAĞITIM YERLERİNE

Doğu Akdeniz Üniversitesi Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü Yüksek Lisans öğrencisi Demet Erol'un "**Yoğun Bakımda Yatan Hastaların Yakınlarının Ruhsal Durumlarının ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi**" konulu tez çalışmasını ekte sunulan anket formları aracılığı ile ve tez çalışması raporlarını Bakanlığımızla paylaşmak kaydıyla, hastanenizde yapılması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini saygı ile rica ederim.

 e-imzalıdır

Dr. Nil ERGÜN ELEDAĞ
Ytkd Başhekimi

Ek : Demet Erol Anket Formları

Dağıtım:

Gereği:

Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi

Bilgi:

DAÜ Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma
Entitüsü
Sayın Demet EROL

Not: 93/2007 sayılı Elektronik İmza Yasası'nın 6.maddesi gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.

BEDREDDİN D.CAD. NO:142 99010 Lefkoşa
2283173
2284247

Bilgi için: Ayşe KARATAŞ
HEMŞİRE

Ek 7: Ölçek ve Anket Sahibinden İzin



cengizk@hacett... 21.03.2017



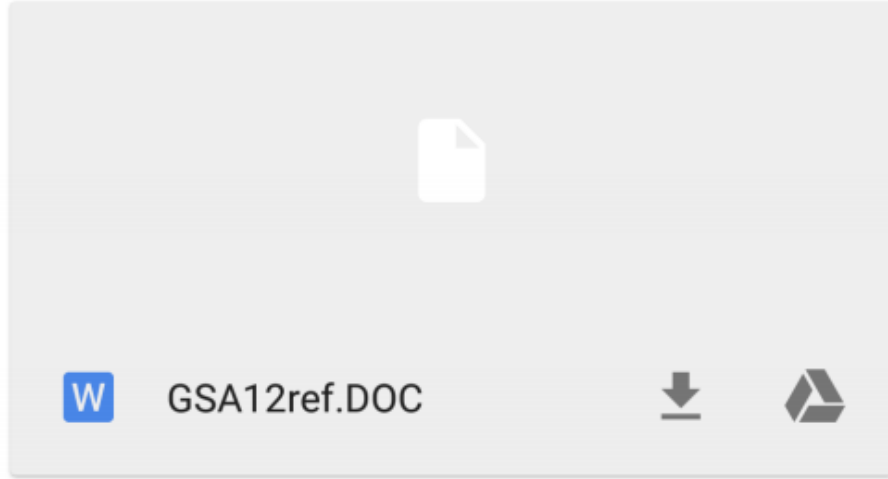
Alıcılar: ben v

Demet hanım, anket yetişkin herkese uygulanabilir.
Ekte anketin 12 ve 28 soruluk formlarını
gönderiyorum. Bir de geçerlik çalışmasını.

Kolay gelsin

C Kılıç

[Alıntılanan metni göster](#)





aysegul durak 26.07.2017

Alıcılar: ben ▾



Söz konusu ölçek ve gerekli bilgiler ekte. İyi çalışmalar....

[Alıntılanan metni göster](#)

SBÖ

Bu ölçek kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin. Herhangi bir davranış size uygun değilse %0'ın altına, çok uygun ise %100'ün altına işaret koyun.

Bir sıkıntı olduğunda...	%0	%30	%70	%100
1- Kimsenin bilmesini istemem	()	()	()	()

Streslebaşet...luation.doc