

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

KORONER YOĞUN BAKIM SONRASI HASTALARDA
ALGILANAN STRESÖRLERİN, HASTA
DENEYİMLERİNİN, DUYGU DURUMLARININ VE
UYKU KALİTESİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Günay ŞEN

İstanbul
Temmuz-2024

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

KORONER YOĞUN BAKIM SONRASI HASTALARDA
ALGILANAN STRESÖRLERİN, HASTA DENEYİMLERİNİN,
DUYGU DURUMLARININ VE UYKU KALİTESİNİN
İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Günay ŞEN

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Zülfünaz ÖZER

İstanbul
Temmuz-2024

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği
Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman Doç. Dr. Zülfünaz ÖZER

Üye Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK

Üye Doç. Dr. Berna DİNCER

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Erhan İÇENER

Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım “**Koroner Yoğun Bakım Sonrası Hastalarda Algılanan Stresörlerin, Hasta Deneyimlerinin, Duygu Durumlarının ve Uyku kalitesinin İncelenmesi**”adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

Günay ŞEN

ÖN SÖZ

Bu çalışmamda destek ve yönlendirmeleri ile çalışmamı başarılı bir şekilde yürütmemi sağlayan, çalışmamın her aşamasında büyük katkısı olan, yoğun programı olmasına rağmen ilgi ve desteğini esirgemeyen, engin bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, beni sabır ve anlayışla yönlendiren çok değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Zülfünaz ÖZER'e, yüksek lisans eğitimim süresince bilgilerinden ve tecrübelerinden faydalandığım saygıdeğer hocam Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK'e, Desteğini hiçbir zaman esirgemeyen çok değerli yöneticilerim Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Kalp ve Damar Hastanesi Başhekimisi Sayın Prof.Dr. Mehmet Emin KALKAN'a, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Kalp ve Damar Hastanesi Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü Sayın Binnur PALASKA'ya ve çok değerli çalışma arkadaşlarım Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcısı Sayın Gülden KARATARLA'ya ve Destek Hizmetler Müdür Yardımcısı Sayın Sibel ÇATAK AVCI'ya,

Araştırmanın uygulanmasına olanak sağlayan Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi kardiyoloji servisleri yöneticilerine, kardiyoloji birimleri ekip arkadaşlarıma ve araştırmaya katılan tüm hastalara,

Ailemden ayırmadığım ve desteklerini her zaman yanımda hissettiğim manevi kardeşlerim olan arkadaşlarıma,

Her zaman sabır, sevgi ve destekleriyle yanımda olduğunu hissettiğim, beni bugünlere getiren, bana ve aldığım kararlara güvenen, haklarını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim anneme ve babama, sevgili ablama, kardeşime ve ailelerine,

Çalışmamda emeği geçen herkese sonsuz teşekkür ederim.

Günay ŞEN

İstanbul, 2024

ÖZET

KORONER YOĞUN BAKIM SONRASI HASTALARDA ALGILANAN STRESÖRLERİN, HASTA DENEYİMLERİNİN, DUYGU DURUMLARININ VE UYKU KALİTESİNİN İNCELENMESİ

Günay ŞEN

Yüksek Lisans, İç Hastalıkları Hemşireliği

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Zülfünaz ÖZER

Temmuz, 2024 – 108 Sayfa

Araştırma, koroner yoğun bakım sonrası hastalarda algılanan çevresel stresörlerin, hasta deneyimlerinin, duygu durumlarının ve uyku kalitesinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı, kesitsel ve ilişkisel olacak şekilde tasarlanmış, İstanbul’da bir Şehir Hastanesi’nde kardiyoloji kliniklerinde yatan 116 hasta ile yapılmıştır. Veriler; Hasta Tanılama Formu, Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği (YBÜÇSÖ), Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği (YBDÖ), Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği ve Richards Cambel Uyku Ölçeği (RCUÖ) ile toplanmıştır. Hastaların yaş ortalaması $61,48 \pm 13,45$ yıl, %62,9’u erkek, %77,6’sı evli, %56’sı ilkokul/ortaokul, %95,7’sinin çocuğu bulunmakta, %31,9’u serbest meslekte olduğunu belirtmiştir. Hastaların %81,9’u hastaneye acil yatmış, %56,9’u 1-7 gün arası kalmış, %43,1’i daha önce yoğun bakımda yatmamış, %50,9’u yoğun bakım sürecinde bilgi almamış, %94,6’sı hastalık hakkında bilgilendirme yapılmış, %65,5’inde kronik hastalık bulunmakta, %63,2’sinin kronik hastalığı hipertansiyondur. Hastaların YBÜÇSÖ ortalaması $97,24 \pm 27,37$, Çevrenin Farkında Olma ortalaması $16,74 \pm 4,31$, Kötümser Deneyim ortalaması $14,05 \pm 2,88$, Bakımdan Memnuniyet ortalaması $13,16 \pm 2,77$, Deneyimlerin Hatırlanması ortalaması $16,53 \pm 3,4$, YBDÖ ortalaması $60,49 \pm 9,66$, Depresyon ortalaması $6,12 \pm 4,75$, Anksiyete ortalaması $7,56 \pm 4,81$, Stres ortalaması $6,57 \pm 5,23$ ve RCUÖ ortalaması $54,52 \pm 25,61$ ’dir. Bu çalışmanın sonuçları doğrultusunda hastaların çevresel stresörlerden orta düzeyde olumsuz yönde etkilenildiği, yoğun bakım deneyimlerinin orta düzeyde, depresyon ve anksiyete düzeyleri yüksek, uyku kalitesinin orta olduğu sonucuna varılmıştır. En çok görülen ilk 5 çevresel stresör

sırasıyla; uyuyamamak, sıkılmak, çok sıcak ya da çok soğuk bir odada olmak, eşinin özlemek/görememek, ağrı olarak bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, Depresyon, Hemşirelik, Stres, Uyku, Yoğun Bakım Çevresel Stresörler, Yoğun Bakımda Deneyim.



ABSTRACT

EXAMINATION OF PERCEIVED STRESSORS, PATIENT EXPERIENCES, EMOTIONAL STATES AND SLEEP QUALITY IN PATIENTS AFTER CORONARY INTENSIVE CARE

Günay ŞEN

Master, Nursing of Internal Diseases

Thesis Advisor: Assoc. Prof. Dr. Zülfünaz ÖZER

July, 2024 - 108 Pages

This study was designed as a descriptive, cross-sectional and correlational study to determine the perceived environmental stressors, patient experiences, mood and sleep quality in patients after coronary intensive care and was conducted with 116 patients hospitalized in cardiology clinics in a City Hospital in Istanbul. Data were collected by using Patient Identification Form, Intensive Care Unit Environmental Stressors Scale (ICUESS), Intensive Care Experience Scale (ICES), Depression Anxiety and Stress Scale, and Richards Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ). Mean age of the patients was 61.48 ± 13.45 years, 62.9% were male, 77.6% were married, 56% had completed elementary/secondary school, 95.7% had children, and 31.9% were self-employed. It was found that 81.9% of the patients were hospitalized urgently, 56.9% stayed between 1 and 7 days, 43.1% had not been hospitalized in intensive care before, 50.9% did not receive information during the intensive care process, 94.6% were informed about the disease, 65.5% had a chronic disease, and the chronic disease of 63.2% was hypertension. The patients had a mean score of 97.24 ± 27.37 on the ICUESS, a mean score of 16.74 ± 4.31 on Awareness of the Environment, a mean score of 14.05 ± 2.88 on Pessimistic Experience, a mean score of 13.16 ± 2.77 on Satisfaction with Care, a mean score of 16.53 ± 3.4 on Recall of Experiences, a mean score of 60.49 ± 9.66 on the ICES, a mean score of 6.12 ± 4.75 on Depression, a mean score of 7.56 ± 4.81 on Anxiety, a mean score of 6.57 ± 5.23 on Stress, and a mean score of 54.52 ± 25.61 on the RCSQ. In line with the results of this study, it was concluded that patients were moderately negatively affected by environmental stressors, they had moderate level of intensive care experience, high levels of depression and anxiety, and moderate level of sleep quality. The top five most common environmental stressors

were found to be inability to sleep, boredom, being in a room that is too hot or too cold, missing/not seeing one's spouse, and pain.

Key Words: Anxiety, Depression, Nursing, Stress, Sleep, Intensive Care Environmental Stressors, Experience in Intensive Care.



İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ	ii
ÖN SÖZ	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar LİSTESİ	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiii
KISALTMALAR	xiv
BİRİNCİ BÖLÜM	
GİRİŞ	1
İKİNCİ BÖLÜM	
GENEL BİLGİLER	3
2.1. Yoğun Bakım Kavramı	3
2.2. Yoğun Bakım Ünitelerinin Tarihçesi	3
2.3. Yoğun Bakım Ünitelerinin Basamaklandırılması ve Özellikleri	5
2.4. Kardiyovasküler Yoğun Bakımı	6
2.5. Yoğun Bakımda Çevresel Stresörler	9
2.6. Yoğun Bakımda Deneyim	10
2.7. Depresyon.....	11
2.7.1. Yoğun Bakımda Depresyon.....	13
2.8. Anksiyete	14
2.8.1. Yoğun Bakımda Anksiyete	16

2.9. Stres.....	17
2.9.1. Yoğun Bakımda Stres.....	20
2.10. Uyku.....	21
2.10.1. Yoğun Bakımda Uyku.....	23
2.11. Yoğun Bakım Hemşireliği.....	25

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

GEREÇ YÖNTEM29

3.1. Araştırmanın Tipi.....	29
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	29
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	29
3.4. Veri Toplama Araçları.....	29
3.4.1. Hasta Tanılama Formu.....	29
3.4.2. Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği (YBÜÇSÖ).....	30
3.4.3. Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği (YBDÖ).....	30
3.4.4. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DAAS-21).....	31
3.4.5. Richards Cambel Uyku Ölçeği (RCUÖ).....	31
3.5. Verilerin Toplanması.....	31
3.5. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi.....	32
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu.....	32

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR33

4.1. Hastaların Sosyo-Demografik ve Hastalıkları Özellikleri ile İlgili Bulgular.....	33
4.2. Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği, Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği, Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği ve Richards Campbell Uyku Ölçeği Bulguları.....	35

4.3. Hastaların Sosyo-Demografik ve Hastalıkları Özellikleri ile Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği, Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği ve Richards Campbell Uyku Ölçeği Ölçüm Karşılaştırma Bulguları.....	38
4.4. Yaş, Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği, Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği ve Richards Campbell Uyku Ölçeği Korelasyon Bulguları.....	49
4.5. Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği, Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği ve Richards Campbell Uyku Ölçeği Yapısal Eşitlik Modeli Bulguları	52

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA.....	56
5.1. Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Hastaların Algıladıkları Çevresel Stresör Bulgularının İncelenmesi	56
5.2. Yoğun Bakımda Tedavi Gören Hastaların Deneyimleri İle İlgili Bulguların İncelenmesi.....	59
5.3. Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Hastaların Duygu Durumlar İle İlgili Bulguların İncelenmesi	61
5.4. Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Hastaların Uyku Kalitesinin İncelenmesi	63
5.5. Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği, Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği, Depresyon Anksiyete ve Stres ve RCUÖ Bulgularının İncelenmesi.....	64

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ.....	66
KAYNAKLAR.....	68
EKLER.....	80
ÖZGEÇMİŞ.....	94

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 4.1: Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri	33
Tablo 4.2: Hastaların Hastalık Özellikleri	34
Tablo 4.3: Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği, Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği, Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği ve Richards Campbell Uyku Ölçeği Ölçüm Ortalamaları.....	35
Tablo 4.4: Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçek Maddelerinin Frekansları.....	37
Tablo 4.5: Cinsiyete Göre Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği, Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği ve Richards Campbell Uyku Ölçeği Ölçümlerin Karşılaştırılması	38
Tablo 4.6: Medeni Durumuna Göre Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği, Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği ve Richards Campbell Uyku Ölçeği Ölçümlerin Karşılaştırılması	39
Tablo 4.7: Eğitim Durumuna Göre Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği, Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği ve Richards Campbell Uyku Ölçeği Ölçümlerin Karşılaştırılması	40
Tablo 4.8: Çocuk Varlığına Göre Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği, Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği ve Richards Campbell Uyku Ölçeği Ölçümlerin Karşılaştırılması	42
Tablo 4.9: Hastaneye Yatış Durumuna Göre Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği, Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği ve Richards Campbell Uyku Ölçeği Ölçümlerin Karşılaştırılması.....	43
Tablo 4.10: Yoğun Bakımda Kalma Süresine Göre Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği, Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği ve Richards Campbell Uyku Ölçeği Ölçümlerin Karşılaştırılması.....	44

Tablo 4.11: Daha Önce Yoğun Bakımda Kalma Süresine Göre Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği, Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği ve Richards Campbell Uyku Ölçeği Ölçümlerin Karşılaştırılması	45
Tablo 4.12: Yoğun Bakım Sürecinde Bilgi Alma Durumuna Göre Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği, Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği ve Richards Campbell Uyku Ölçeği Ölçümlerin Karşılaştırılması	47
Tablo 4.13: Kronik Hastalık Durumuna Göre Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği, Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği ve Richards Campbell Uyku Ölçeği Ölçümlerin Karşılaştırılması.....	48
Tablo 4.14: Yaş, Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği, Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği ve Richards Campbell Uyku Ölçeği Korelasyon Analizi	51
Tablo 4.15: Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği, Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği ve Depresyon Direkt ve İndirekt Etkiler.....	52
Tablo 4.16: Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği, Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği ve Anksiyete Direkt ve İndirekt Etkiler.....	53
Tablo 4.17: Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği, Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği ve Stres Direkt ve İndirekt Etkiler.....	55

ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 4.1: Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği, Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği ve Depresyon Direkt ve İndirekt Etkileri Araştırma Modeli.....53
- Şekil 4.2: Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği, Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği ve Anksiyete Direkt ve İndirekt Etkileri Araştırma Modeli.....54
- Şekil 4.3: Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği, Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği ve Stres Direkt ve İndirekt Etkileri Araştırma Modeli .55

KISALTMALAR

ACTH: Hipofiz Adrenokortikotropin Hormon

AMI: Akut Miyokart İnfaktüs

BSES: Bulbar Senkronizasyon Sistemi

DAAS-21: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği

GAS: Genel Adaptasyon Senderomu

HPA: Hipotalamik-Hipofiz-Adrenal Eksen

KAH: Koroner Arter Hastalık

KVH: Kardiyovasküler Hastalık

KYBB: Kardiyovasküler Yoğun Bakım Birimi

LAS: Lokal Adaptasyon Sendromu

PSG: Polisomnografi

RAS: Retiküler Aktivasyon Sistemi

RCUÖ: Richards Cambel Uyku Ölçeği

TEKHARF: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri

YBDÖ: Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği

YBÜ: Yoğun Bakım Üniteleri

YBÜÇSÖ: Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Yoğun bakım üniteleri (YBÜ), ciddi işlev bozukluğu gösteren bir veya birden fazla organ ya da sistem nedeniyle yoğun bakım ihtiyacı olan hastaların tedavi edildiği, özel donanımlı ve ileri teknoloji cihazlar ile desteklenen, 24 saat boyunca yaşamsal göstergelerin izlenip, hastaların tedavilerinin yapıldığı kliniklerdir (Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi, 2008).

Yoğun bakım ünitesinde bulunan hastalar, çeşitli stresörlere maruz kalmaktadır. Stresörler arasında fiziksel, fizyolojik ve çevresel faktörler bulunmaktadır. Fiziksel stresörler; entübasyon tüpleri, nazogastrik tüpler, foley kateterler, ağrı, huzursuzluk, açlık ve susuzluk, mekanik ventilatör desteği, uyku problemleri, girişimsel işlemler, solunum güçlüğü ve aspirasyon gibi unsurları içerir. Fizyolojik stresörler arasında hastanın immobilize olması, kısıtlılık, sık muayene, iletişim bozuklukları, bağımlı durumda olma, aile ve yakınlardan uzak kalma, baygınlık ve bunalma hissi gibi durumları kapsar. Çevresel stresörler ise rahat olmayan hasta yatakları, uygun sıcaklıkta olmayan fiziksel ortam, sürekli ışık ve gürültü, mahremiyet eksikliği ve rahatsız edici kokular yer alır (Karadeniz ve Kanan, 2019; Şahin ve Kökçar, 2018). Bu durum, hastaların olumsuz deneyimler yaşamalarına, anksiyete, depresyon gibi ruhsal semptomlar geliştirmelerine sebep olmaktadır (Adsay ve Dedeli, 2015; Karadeniz ve Kanan, 2019).

Hasta deneyimi; hastanın hastalık sürecinde yaşadığı olaylara yüklediği anlamlar ve bu anlamlar sonucu oluşan duygular ve tepkilerdir (Alaca vd., 2011). YBÜ'deki fiziksel ve çevresel faktörlere ek olarak, sağlık çalışanlarının hastalara yönelik yaklaşımları, yoğun bakım deneyimini direkt veya dolaylı olarak pozitif ya da negatif etkileyebilir (Yılmaz ve Arslan, 2015). YBÜ'de yaşanan kötü tecrübelerin taburculuktan sonra depresyon, anksiyete, ruhsal sıkıntı, öfke, güçsüzlük, uykusuzluk, hastaların yaşamlarını olumsuz etkilenmesi ve stres gibi sonuçlara yol açtığı belirtilmektedir. Hastaların maruz kaldıkları stres sağlıklarını negatif etkileyerek iyileşme sürecini yavaşlatmakta, dolayısıyla hastanede kalış süresinin uzamasına neden olmaktadır. (Karahana vd., 2020). YBÜ'de tedavi gören hastalar, transfer sonrası genellikle ağrı, korku, kaygı, uyku sorunları ve bilişsel bozukluk gibi kötü deneyimler yaşamaktadır. Bununla birlikte, bazı hastalar güvenli bir ortamda olma ve hemşirelerin

sağladığı güven duygusu gibi pozitif deneyimleri de aktarabilmektedir (Tel ve Tel, 2009; Özşaker vd., 2013; Uslu ve Korkmaz, 2015). YBÜ deneyimleyen hastaların, rutin yaşamlarına dönme, günlük aktivitelerini yapabilme ve yoğun bakımdaki kötü deneyimlerin etkisinden kurtulabilme konusunda zorluklar yaşadıkları belirtilmektedir (Terzi ve Kaya, 2011).

Uyku, temel yaşam gereksinimlerinden biri olup, bireyi stresten ve yükümlülüklerinden uzaklaştırıp mental ve fiziksel olarak yenilenmesini sağlar. YBÜ'lerde sıkça karşılaşılan uyku bozuklukları, morbiditenin artmasına neden olan önemli sorunlar arasında bulunmaktadır (Kurt ve Enç, 2013). Yoğun bakım sonrası hastalarda en sık rastlanan sorunlardan biri düşük uyku kalitesidir. Hastaneye yatışı yapılan hastalar sıklıkla uyku kalitesinin bozulması, uykuya dalma zorluğu, uykusunun bölünmesi ve uykuda geçen sürenin azalması gibi problemler yaşamaktadır (Uslu ve Korkmaz, 2015). YBÜ hastalarının uyku döngüsünün bozulması bağışıklık sistemini etkileyebilmekte, enfeksiyonlara karşı direncini azaltabilmekte ve yara iyileşmesinde gecikmeye neden olabilmektedir (Çam ve Şahin, 2018).

Kritik dönemlerde hastalara sağlanan bakım ve rehabilitasyon aşamasında anksiyete, korku, depresyon ve hastalık riskini artıran davranışlara neden olabilecek stres faktörlerinin ve bu faktörlerin etkilerinin belirlenmesi, bakım ihtiyaçlarının değerlendirilmesi büyük önem taşır. Hastanın maruz kaldığı çevresel stres faktörlerinin hemşireler tarafından tanınması ve tedbir alınması, hastanın iyileşme sürecine olumlu katkıda bulunur (Çınar vd., 2011; Dönmez vd., 2020; Gerkuş, 2020). Hemşirelere, yoğun bakımda hastaların yaşadıkları olumsuz deneyimleri azaltmada önemli görevler düşmektedir. Bu görevler arasında; etkili iletişim kurma, empati gösterme, hastanın fiziksel ve ruhsal ihtiyaçlarını ele alma, ağrı yönetimi ve uyku ve dinlenmeyi sağlama gibi beceriler yer almaktadır. Hemşirelerin, hastalara bütüncül ve kaliteli bakım sunabilmesi için, öncelikle hastalarının yaşadığı kötü deneyimleri ve sebep olan etkenlerin belirlenmesi; bu doğrultuda bakım ihtiyaçlarının karşılanması sağlanmalıdır (Sarıgül ve Kavurmacı, 2022). Bu çalışma, koroner yoğun bakım sonrası hastalarda algılanan çevresel stresörlerin, hasta deneyimlerinin, duyu durumlarının ve uyku kalitesinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

İKİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2.1. Yoğun Bakım Kavramı

Yoğun bakım, bir ya da birden fazla organ ya da sistemde ortaya çıkan önemli işlevsel sorunlar veya yetmezliklerin yanı sıra, bu durumların altta yatan nedenlerinin izlenmesi, tanı konulması, tedavi edilmesi ve bu işlevlerin devam ettirilmesi için yapılan tüm yöntemleri kapsar. Yoğun bakım üniteleri (YBÜ), ciddi işlev bozukluğu gösteren bir veya birden fazla organ ya da sistem nedeniyle yoğun bakım ihtiyacı olan hastaların tedavi edildiği, özel donanımlı ve ileri teknolojik cihazlar ile desteklenen, 24 saat boyunca yaşamsal değerlerin izlenip hastaların tedavilerinin sağlandığı kliniklerdir (Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi, 2008). Yoğun bakım üniteleri özellikle acil servis ve cerrahi olmak üzere hastanelerin teknolojik olarak en fazla yatırım yaptığı en önemli destek birimleridir. Yoğun bakımlarda yaşam bulgularının korunması ve tedavi edilmesi ilkesi mevcuttur (Sezen ve Temiz, 2023). Yoğun bakımda asıl hedef, hastaların yaşamlarını korumaktır. Bu, hastaya bütünsel bir yaklaşım uygulamayı gerektirir ve "CARE" (bakım) kelimesiyle ifade edilir.

- Clinical (Klinik): Yoğun bakımda hastalığın tedavisi ve bakımının gerekliliği sağlanmasıdır.
- Administrative (Yönetim): Hastanın tedavisinin, bakımının ve acil durumlarda hastaya yapılacak uygulamaların organize edilmesidir.
- Research (Araştırma): Kanıta dayalı uygulamaların araştırılmasıdır.
- Education (Eğitim): Yoğun bakım ekibinin eğitimi ve hastalar ile yakınlarının yoğun bakım süreci ile ilgili bilgilendirilmesidir.

Yoğun bakım üniteleri multidisipliner bakış açısı olan birimlerdir ve içinde birçok meslek grubunu barındıran ekip ruhu ile çalışılan özel alanlardır. Bu ekip içinde uzman ve asistan hekimler, yoğun bakım bilgisine sahip hemşireler, fizyoterapistler, diyetisyenler, teknisyenler, hasta bakım personeli ve temizlik personelleri gibi birçok meslek grubunu bulunmaktadır (Enç, 2021).

2.2. Yoğun Bakım Ünitelerinin Tarihçesi

Yoğun bakım kelimesi ilk kez 19. yüzyılda akut, yaşamı tehdit eden hastalığı veya

yaralanması olan hastaların ihtiyaçlarının hastanelerde özel birimlerin kurulması ile karşılanabileceğinin anlaşılması ile gündeme gelmiştir. Modern yoğun bakım kavramı, Florence Nightingale'in 1852'de Kırım Savaşı'nda yaralanan ve ciddi cerrahi işlemler yapılan hastaları “*durumu kritik olanların hemşire istasyonuna olabildiğince yakın ve aynı koşuğa toplanmasının daha iyi bir hemşirelik bakımı sağlaması*” düşüncesiyle ayrı bir bölüme almasıyla başlamıştır (Akyol, 2017; Sezen ve Temiz, 2023; Urden vd., 2013). Florence Nightingale'den yetmiş yıl sonra Johns Hopkins Hastanesi'nde Walter Dandy ve Harvey Cushing 1927 yılında beyin cerrahisi hastalarının ameliyattan sonra sürecin yakın takibinin yapılabilmesi için üç yataklı özel bir derleme ünitesi düzenlemişlerdir. II. Dünya Savaşı'nda sırasında yoğun ameliyat sonrası gözetim ve yaralanan askerlerin acilen tedavisi için kurulan ayrı üniteler, 1950-1960'lı yıllarda yüksek riskli hastaların bakımlarında özel ünite kavramının oluşmasına neden olmuştur (Akyol, 2017). Florence Nightingale'den yaklaşık yüzyıl sonra, 1950'lerde Danimarka'da polio epidemisi sırasında Bjorn A. Ibsen tarafından manuel ventilasyon uygulamasıyla hastaların hayatta kalması sağlanmış ve bu hastalar özel bölümlerde bir araya getirilmiştir. Kritik bakım terimi, 1950'lerin sonunda Güney Kaliforniya Üniversitesi'nde, yaşamsal tehlikesi olan hastalara profesyonel bakım sağlandığı takdirde, hayatta kalma şansının önemli ölçüde artacağı bildirilerek gündeme gelmiştir. Mekanik ventilasyondaki gelişmelerin Avrupa ve Kuzey Amerika'da birçok merkezde solunum yoğun bakım ünitelerinin kurulmasına öncülük ettiği görülmüştür. Yoğun bakımın gelişim süreci, mekanik solunum desteği ile ilgili çalışmalarla paralellik göstermektedir. Destek alanındaki teknolojilerin gelişmesi sayesinde, daha önce tedavi edilemeyen birçok hastalığın sağ kalım süresini artırmış; ancak, bu teknolojinin kullanımı, bazı hastaların yaşam süresini anlamlı bir şekilde uzatırken, diğerlerinin ise yaşam olasılığını artırmış, yeni etik ve mali sorunlar ortaya çıkarmıştır. 1955 yılında uzun süreli ventilasyonun kullanımı artmış ve total paralizili hastalarda ventilasyonun faydası gösterilmiştir. İlk defibrilatörü 1956'da Paul Zoll tarafından geliştirmiş ve 1960'ların başlarına kardiyopulmoner resüsitasyon uygulamaları başlamıştır. 1960'lar ve 1970'lerdeki uzay araştırmalarından elde edilen bilgiler, yoğun bakım monitörizasyonuna aktarılmıştır. Organ destek tedavilerinin gelişimi ile birlikte kardiyopulmoner monitörizasyon ve tedavisindeki teknolojik yenilikler, durumu kritik olan hastaların patofizyolojisinin anlaşılmasını artırmıştır. Tüm bu ilerlemelerin akabinde, 1960'larda koroner bakım ünitelerinin kurulmasıyla alanla ilgili özel eğitim almış doktorlar ve hemşireler istihdam edilmiş, ayrıca alanla ilgili prosedürler

oluşturulmuştur (Akyol,2017; Oropella vd., 2018; Sezen ve Temiz, 2023; Şahinoğlu, 2011).

Türkiye'de 1950'li yıllara kadar yoğun bakım uygulamalarıyla ilgili yeterli bilgi bulunmamaktadır. 1949-1954 yıllarında, yurt dışında cerrahi ve anestezi alanında eğitim alıp yurda dönen, sayıları oldukça az olan hekimler anestezi uygulamalarında faaliyete geçmişlerdir. Türkiye'de ilk olarak anestezi doktoru Sadi Sun ve Cemalettin Öner, anestezi ve reanimasyon konuları hakkındaki çalışmalarıyla YBÜ'lerin kurulmasına öncülük etmişlerdir. Sadi Sun Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün organize ettiği Anestezi Kursunun direktörü olan Erik Husfeldt tarafından kursa davet edilmiş ve 1957-1958 yılları arasında bu kursa katılmıştır. 1953'te Haydarpaşa Numune Hastanesi'nde göreve başlayan Cemalettin Öner, 1957 yılında ileri düzeyde anestezi kursunu tamamlamış; ardından 1959'da Haydarpaşa Numune Hastanesi'nde 4 yataklı ilk reanimasyon ünitesini kurmuştur. Talebin artmasıyla birlikte, 1969 yılında 4 yataklı servis, 30 yataklı bir YBÜ'ye dönüştürülmüştür. İstanbul Tıp Fakültesi'nde 1970 yılında ilk reanimasyon ünitesi, Ege Üniversitesi bünyesinde 1978 yılında ilk solunum yoğun bakım ünitesi ve Marmara Üniversitesi'nde 1987 yılında ilk dahili yoğun bakım ünitesi açılmıştır (Akyol, 2017; Sezen ve Temiz, 2023; Şahinoğlu, 2011).

Türkiye'de Anesteziyoloji bölümü, bir uzmanlık dalı olarak 1955'te kabul edilmiş, 1956 yılında bakanlık teşkilatında Cemalettin Öner, fakültede ise Sadi Sun'a ilk uzmanlık diplomaları verilmiştir. Yoğun bakım uzmanlığı 2012 yılında kanunla bir yan dal olarak kabul edilmiştir (Akyol, 2017; Sezen ve Temiz, 2023).

2.3. Yoğun Bakım Ünitelerinin Basamaklandırılması ve Özellikleri

Sağlık Bakanlığı'nın yayımladığı “Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliği'nin 2020'de 15. maddesinde yapılan değişiklik;

“MADDE 9 – Aynı Tebliğin 15 inci maddesinin birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.”

“(1) Yoğun bakım servisleri; yatak kapasitesi, kabul ve tedavi edeceği hastaların özelliği ve klinik durumu, sahip olduğu fiziki şartlar, bulundurulması zorunlu uzmanlık dalları ve uzman tabip sayısı, tabip dışı personel sayısı ve niteliği, tıbbi araç-gereç ve donanım standartları ile bünyesinde faaliyet gösterdiği sağlık tesisinin statüsü gibi ölçütler dikkate alınarak seviyelendirilir. Bakanlık, planlama çerçevesinde yatak

sayısını ve seviye tescillerini yeniden düzenleyebilir. Erişkin yoğun bakım servisleri birinci, ikinci ve üçüncü seviye; çocuk yoğun bakım servisleri ikinci ve üçüncü seviye, yeni doğan yoğun bakım servisleri ise birinci, ikinci, üçüncü ve dördüncü seviye, olarak seviyelendirilir. Dördüncü seviye yeni doğan yoğun bakım servisleri, seviye IV A ve seviye IV B olarak ayrı tescil edilir. Çocuk yoğun bakım servisleri haricinde; Ek-1 ve Ek-3'te yer alan yatak sayısı standartlarına göre birden fazla seviyede dağıtımına uygun olan erişkin yoğun bakım ve yeni doğan yoğun bakım servisi bulunan sağlık tesislerinin tamamında; Bakanlık planlamaları doğrultusunda uygun görülen en az iki seviyede yoğun bakım servisi ya da yatağı bulunması zorunludur." şeklinde olup YBÜ'ler, hastanın klinik durumuna, personel sayısına ve teknolojik araçlara göre 1., 2. ve 3. basamak olarak sınıflandırılır.

Birinci basamak yoğun bakım birimleri; hastanın yakından izlenmesi, gerektiğinde müdahale edilmesi gereken durumlarda hizmet verir. Bu birimlerde monitörizasyonu, kardiyopulmoner resüsitasyon, kan ürünleri ve sıvı takviyesi, entübasyon gibi acil girişimler gerçekleştirilir.

İkinci basamak yoğun bakım üniteleri; bir veya multiple organ yetmezliği olan hastaların gelişmiş medikal ekipmanlar ile izlenip iyileştirildiği bölümlerdir.

Üçüncü basamak yoğun bakım üniteleri; yüksek riskli durumu olan bir veya multiple organ yetmezliği olan hastaların en son teknoloji kullanılarak tedavi edildiği bölümlerdir (Akyol, 2017).

Yoğun bakım ünitelerinin özellikleri Sağlık Bakanlığı'nın Tedavi Hizmetler Genel Müdürlüğü tarafından 2008 yılında Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi'nde yayınlanmış olup Ek 6'da sunulmuştur.

2.4. Kardiyovasküler Yoğun Bakımı

Dünyada mortalite ve morbiditenin başlıca nedenlerinden biri olan koroner arter hastalığının (KAH) yaygınlığı giderek artmaktadır (Enç, 2021; Koplay ve Erol, 2013). KAH, kardiyovasküler sistemin en yaygın hastalığıdır (karadakov, 2022; Karadakovan ve Aslan, 2020; Kasaoka, 2017). WHO'ya göre, kardiyovasküler hastalıklardan her yıl neredeyse 17,9 milyon kişi yaşamını kaybetmektedir. Bu da tüm ölüm oranlarının %30'unu oluşturmaktadır. Endüstri toplumlarında KAH, yüksek mortalite ve morbidite oranları, aktif yaş gruplarında daha fazla görülmesi, yüksek tedavi maliyetinin olması ve ciddi komplikasyonlara neden olmasıyla önemli bir halk sağlığı

problemidir (Avdal, 2022; Akdemir, 2021; Karadakovan ve Aslan, 2020; WHO, 2021). TÜİK 2022 verilerine göre ölüm nedenleri incelendiğinde, ilk sırada %35,4 ile dolaşım sistemi hastalıkları; alt gruplara ayrıldığında ise %42,3' ünün iskemik kalp hastalıkları, %23,5'inin diğer kalp hastalıkları ve %19,2'sinin serebrovasküler hastalıklardan kaynaklandığı belirlenmiştir (TÜİK, 2023). Ateroskleroz, koroner arter hastalığı, serebral vasküler hastalık ve periferik vasküler hastalığın temelinde yatan etken olarak kabul edilir. Koronavasküler hastalığın tam yelpazesi, çeşitli olaylar aracılığıyla aterosklerotik plak oluşumunu ve ilerlemesini, sonuç olarak da komplikasyonlarına yol açar. Aterosklerozun oluşumuna neden olan mekanizmalar oldukça kompleks ve çok yönlüdür. Uzun bir süre boyunca aterosklerozun, kan damarları içinde aktif olmayan lipid depolanmasıyla ilişkilendirildiği ve bu lipid birikiminin zamanla artarak damarların tıkanmasına yol açtığı düşünülmüştür. Fakat arteriyel yapıların ateroskleroz gelişimine doğrudan etkisinin anlaşılmasıyla birlikte, yeni iddialar ortaya atılmıştır. Bu iddiaların çoğu oksidatif stres, dislipidemi, hiperkoagülabilitate, endotel disfonksiyonu, inflamasyon ve enfeksiyonun bu süreçte sorumlu olduğu üzerine odaklanmaktadır. Elde edilen veriler sonucunda; aterosklerozun sadece damar duvarında biriken lipitlerden daha ziyade, aslında inflamatuvar bir hastalık olduğunu düşündürmektedir (Mallika vd., 2007; Koplay, 2013).

1990 yılından bu yana süren Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışması, Türk toplumunda kardiyovasküler hastalıklara ilişkin risk faktörlerini ve bu faktörlerin hastalıklar üzerine olan etkilerini araştırmaktadır. Bu çalışma, Türk toplumuna özgü verilerin toplanmasını sağlamış ve diğer topluluklardan farklı özelliklerin ortaya konulmasına yardımcı olmuştur. TEK HARF çalışması sonuçlarına göre, Türk erişkinlerinde kardiyovasküler hastalık ölüm oranlarının ve koroner olay insidansının beklenenden yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu oranlar Avrupa ülkelerine kıyasla daha fazladır. İnsidans ve ölüm oranları kadınlarda daha belirgin olmak üzere hem kadın hem erkeklerde çevre ülkelere göre daha fazla görülmektedir (TEKHARF, 2017). Kardiyovasküler hastalıklarla mücadele ederken risk altındaki bireylerin belirlenmesi ile hastalık riskini önceden tahmin etme ve risk altındaki kişilere yönelik yaklaşım geliştirmede SCORE, SCORE2, INTERHEART, PROCAM, Framingham Risk Skoru, Reynolds ve WHO/ISH gibi çeşitli risk skorları kullanılmaktadır (Akman ve Civek, 2022).

Koroner arter hastalığı riski çoğunlukla yaş ve cinsiyet değişkenlerine bağlıdır. Hastalığa yakalanma olasılığı her on yaşta bir ikiye katlanır. Erkekleri kadınlardan daha sık etkiler ve yaklaşık yedi yıl daha erken başlar. Değiştirilebilen ve değiştirilemeyen risk faktörleri mevcuttur.

Tablo 2.1: Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri

Değiştirilebilen Risk Faktörleri	Değiştirilemeyen Risk Faktörleri
Sigara	Aile öyküsü
Aşırı alkol ve kahve tüketimi	Yaş
Hiperkalsemi	Cinsiyet
Oral kontraseptif kullanımı	İrk
Hipertansiyon	
Diyabetes mellitus	
Düşük HDL kolesterol (<35 mg/dl)	
Yüksek LDL kolesterol (>130 mg/dl)	
Total kolesterol (> 200 mg/dl)	
Trigliserid	
Obezite	
Stres	
Fiziksel inaktivite/sedanter hayat	

Kaynak: Akdemir, 2021

Yoğun bakım üniteleri hizmet sunduğu hasta profili açısından diğer birimlerden farklı ve ayrıcalıklıdır. Bu birimlerde yatan hastaların hastalık şiddeti diğer hasta gruplarından oldukça yüksektir. Klinik özellikleri bakımından yoğun bakım ünitelerinin özelleştirildiği alanlardan biri de kardiyovasküler yoğun bakım üniteleridir (Akyol, 2017).

Kardiyovasküler yoğun bakım, şiddetli kardiyovasküler hastalığı (KVH) olan hastalar için özel sistemik yönetimi ifade eder. KVH, kalp hastalıkları ve damar hastalıklarını içerir. Kalp hastalıkları arasında anjin ve miyokard enfarktüsü gibi KAH, kardiyomiyopati, miyokardit, kalp aritmisi, hipertansif kalp hastalığı ve kapak

hastalığı bulunur. Damar hastalıkları ise aort diseksiyonu, aort anevrizması, periferik arter hastalığı vb. içerir (Bowry vd., 2015; Kasaoka, 2017).

Yirminci yüzyılın ortalarındaki Kardiyovasküler Yoğun Bakım Biriminin (KYBB) gelişimi, kardiyoloji uygulamasında önemli bir ilerleme olarak kabul edilir. 1960' larda KYBB, özellikle özel eğitilmiş personel tarafından yakın izleme, kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR) ve tıbbi müdahalelerin KVH komplikasyonlarına bağlı ölümleri azaltabileceği anlaşılmıştır. Dr. Desmond G. Julian tarafından Edinburgh'ta İskoçya Kraliyet Hastanesi'nde kardiyak arrestin, miyokard infarktüsün ve kardiyak aritmilerin yakın takibi amacıyla ilk koroner yoğun bakım ünitesini kurmuştur (Kasaoka, 2017). KYBB, başlangıçta akut miyokart infarktüsün (AMI) komplikasyonlarını erken tespit ve tedavi etmek için ayrı bir birim olarak kurulmuş olup, günümüzde geniş bir yelpazede kritik KVH durumlarının izlenmesi ve tedavisi için bir ortam sağlar hale gelmiştir. KYBB, klinik kardiyolojide tanısal ve terapötik stratejilerin hızlı ilerlemesiyle evrim geçirmiştir. Klinik kardiyolojinin teknolojik gelişmeleri, invaziv hemodinamik izleme ve koroner arter girişimsel prosedürler ve cihazlar vb. KVH'larda yoğun bakımın evrimine yol açmıştır (Kasaoka, 2017). KYBB'nin temel özelliği, elektrokardiyografi ile kalp ritminin sürekli izlenebilmesidir. KVH hastalarında ilaç, kardiyoversion ve defibrilasyon gibi erken müdahalelerin, hastaların prognozunu iyileştirebileceği gösterilmiştir. Bu birimlerde yaşamı destekleyici birçok girişimler yapılabilmektedir. Ayrıca, kardiyovasküler yoğun bakımın çeşitli türlerini içeren tanısal tıbbi ekipmanların bulunabilirliği önemlidir. KYBB'de dolaşım yönetiminin yanı sıra sistemik yönetim de gereklidir. Bu nedenle, KYBB'de intra-aortik balon pompası ve perkütan kardiyopulmoner destek sistemi gibi yardımcı dolaşım cihazları yanı sıra ventilatör ve kan temizleme cihazı gibi ekipmanların bulunması gerekir (Enç, 2021; Kasaoka, 2017).

2.5. Yoğun Bakımda Çevresel Stresörler

Yoğun bakım üniteleri, özel tedavilerin gerçekleştirildiği üniteler olduğundan, hastalar fiziksel, çevresel ve psikososyal yönden çok fazla stres faktörüyle karşılaşmaktadır (Karadeniz ve Kanan, 2019). Yoğun bakım ünitelerinde karşılaşılabilecek stres faktörleri şu şekilde bildirilmiştir:

Fiziksel: Entübasyon tüpleri, nazogastrik sonda ve foley kateterler, ağrı, huzursuzluk, açlık ve susuzluk, mekanik ventilatör desteği, uykusuzluk, girişimsel prosedürler, solunum sorunları, aspirasyon vb.

Fizyolojik: İmmobilize olma, kısıtlılık, sık muayene, iletişim zorlukları, bağımlı durumda olma, ailesinden ayrı olma, bayılma, bunalım hissi.

Çevresel: Rahatsız edici hasta yatakları, uygun olmayan sıcaklıkta fiziksel çevre, sürekli ışık ve gürültü, mahremiyet eksikliği, hoş olmayan kokular (Şahin ve Kökçar, 2018).

Bu stres faktörleri, hastalarda fiziksel ve duygusal adaptasyon zorluklarına, anksiyete, depresyon, oryantasyon bozuklukları, deliryum gibi psikolojik semptomlara sebep olduğu bildirilmektedir (Karadeniz ve Kanan, 2019). YBÜ'nde hastaların yaşadığı stres ve stresin sonucunda yaşanan rahatsızlıklar hastaların sağlığına negatif etki etmekte, bu negatif etkilerin sonucunda iyileşme süreci uzamakta ve taburculuk süreci olumsuz etkilenmektedir (Çapanoğlu, 2020). Hastaların yoğun bakıma ilişkin olumsuz deneyimler yaşamasına neden olmaktadır (Adsay ve Dedeli, 2015).

2.6. Yoğun Bakımda Deneyim

Hasta deneyimi, hastalık sürecinde hastanın yaşadığı olayları nasıl anlamlandırıldığına bağlı olarak gelişen duygular ve tepkilerdir (Alaca vd., 2011; Özbal,2020; Zaybak ve Güneş, 2010). Hastalık deneyiminin bireyler arasında farklılık göstermesini birçok etken belirlemekte ve bu faktörler kişinin tepkilerinde önemli rol oynamaktadır. Hastaların verdikleri tepkiler, kişisel özelliklerine, hastalığın özelliklerine, çevresel özelliklere ve ruhsal-toplumsal desteğine bağlı olarak şekillenmektedir. Hastalığın şiddeti, zamanı, etkilenen doku ve organlar, hastanın hastalığa atfettiği önem ve hastalıkla ilgili sahip olduğu bilgi düzeyi, tepkilerin ortaya çıkmasında önemli rol oynamaktadır (Karadağ, 2013; Özbal, 2020). YBÜ'deki çevresel ve fiziksel faktörlerle birlikte, sağlık personelinin hastaya karşı sergiledikleri davranış ve tutumlar da yoğun bakım deneyimini doğrudan veya dolaylı olarak olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Özbal, 2020; Yılmaz ve Arslan, 2015).

Olumsuz deneyimde hastaların maruz kaldığı stres bireylerin sağlığını negatif etkileyerek iyileşme sürecini yavaşlatmakta, dolayısıyla hastanede kalış süresinin uzamasına neden olmaktadır. YBÜ' de karşılaşılan kötü deneyimlerin; taburculuktan sonra depresyon, anksiyete, ruhsal sıkıntı, öfke, güçsüzlük, uykusuzluk, hastaların

yaşamlarını olumsuz etkilenmesi ve stres gibi sonuçlara yol açtığı belirtilmektedir (Karahan vd., 2020). Tel ve Tel (2009), Özşaker ve arkadaşları (2013) ile Uslu ve Korkmaz (2015)'e göre, YBÜ'de tedavi gören hastalar, transfer sonrası genellikle ağrı, korku, kaygı, uyku sorunları ve bilişsel bozukluk gibi kötü deneyimler yaşamaktadır. Bununla birlikte, bazı hastalar güvenli bir ortamda olma ve hemşirelerin sağladığı güven duygusu gibi pozitif deneyimleri de aktarabilmektedir (Tel ve Tel, 2009; Özşaker vd., 2013; Uslu ve Korkmaz, 2015). YBÜ deneyimleyen hastaların, rutin yaşamlarına dönme, günlük aktivitelerini yapabilme ve yoğun bakımdaki kötü deneyimlerin etkisinden kurtulabilme konusunda zorluklar yaşadıkları belirtilmektedir (Terzi ve Kaya, 2011).

2.7. Depresyon

Depresyon sözcüğü bir tür havayı, borsadaki bir çöküşü, yerdeki bir çukuru ve ruh halimizi tanımlamak için kullanmak gibi birçok kullanım alanı vardır. Latince “bastırmak” anlamına gelen “deprimere” kelimesinden gelmektedir. Bu terim Yunan hekim Hipokrat tarafından “melankoli” ismiyle ilk kez hastalık olarak tanımlamıştır. Dünyada 350 milyon kişinin depresyonda olabileceği tahmin edilmektedir (Anber vd., 2021; Çelik ve Hocaoğlu, 2016). Depresyon; kendisini isteksiz, zevk alamama, karamsarlık, umutsuzluk ve çaresizlik gibi duygularla gösteren bir durumdur ve genellikle yitirilen bir şeye karşı tepki olarak ortaya çıkar. Depresyonun bir hastalık olarak tanımlanabilmesi için belirtilerin ağır, kısıtlayıcı, mesleki ve sosyal işlevselliği bozarak günlük yaşamı olumsuz etkilemesi gerekmektedir (Şahinoğlu, 2011).

Depresyonun fiziksel bulguları yaygın olup, bitkinlik, enerji düşüklüğü, fiziksel ağrı ve acı hissetmeye yol açar. Bazı insanlara kendini aşırı yorgun hissettirir, uykuya dalmada zorluk veya çok sık uyanma görülürken; bazıları gün boyu uyuyup, yiyecekleri tatsız bulur ve iştahta ve cinsel istekte azalma görülür. Bazı insanlar kol ve bacaklarının ağırlaşmış gibi hisseder, düşünce ve hareketleri yavaşlamıştır. Bazıları ise tam tersi yerinde duramazlar, yüzleri ve mimikleri oldukça hareketli ve sürekli ellerini ovuştururlar. Sosyal izolasyon yaygındır; yalnızlık ve sessizliği tercih ederler. Dış görüşlerini ihmal ederler, hatta üzgün ve umutsuz olduklarında özkıyım düşüncesi yaygındır (Kring vd., 2015).

Duygusal belirtiler; depresyondaki çoğu kişi üzgün, keyifsiz, mutsuz, boş ve aşağılanmış olarak tanımlarlar. Mizah duygularını kaybetmiş ve herhangi bir şeyden

zevk alamadıklarını bildirirler. Depresyondaki bazı kişiler endişe, öfke veya tedirginlik yaşadıkları bilinmektedir. Ağlama nöbetlerine girebilirler (Comer, 2015; Şahinoğlu, 2011).

Motivasyonel belirtiler; depresyondaki kişiler genellikle olağan aktivitelerini sürdürme isteklerini kaybederler. Çoğu kişi motivasyon eksikliği, girişim eksikliği ve anlık hareket eksikliği bildirmektedirler. İşe gitmek, arkadaşlarla konuşmak, yemek yemek veya cinsel ilişkiye girmek için kendilerini zorlamaları gerekebilir. Bu durum “irade felci” olarak tanımlanmıştır. Birçok depresyon hastası intihar düşüncesi vardır. Şiddetli depresyon geçiren hastaların %6 ila %15’inin intihar ettiği tahmin edilmektedir (Comer, 2015; Şahinoğlu, 2011).

Davranışsal belirtiler; depresyonda olan kişiler genellikle daha az aktiftirler ve verimsizdirler. Uzun süre yataklarında vakit geçirebilirler. Depresyonda olan kişiler daha yavaş hareket edebilir ve daha yavaş konuşabilir. Göz temasından kaçınırlar. Sorulara cevap süresi uzamıştır (Comer, 2015; Şahinoğlu, 2011).

Bilişsel belirtiler; depresyonda olan kişiler kendileri hakkında son derece olumsuz düşüncelere sahiptirler. Kendilerini yetersiz, istenmeyen, aşağılık ve kötü olarak görürler. Neredeyse her türlü talihsiz olayı hatta kendisiyle ilgisi olmayan olayları dahi kendilerine yüklerler. Başarıları için kendilerine değer biçmezler. Bir başka özellikleri de karamsal olmalarıdır. Hiçbir şeyin asla düzelmeyeceğine ve hayatlarının herhangi bir yönünü değiştiremeyeceklerini hissederler. En kötüsünü bekledikleri için erteleme eğilimindedirler. Umutsuzluk ve çaresizlik hissi, intihar düşüncesine karşı özellikle savunmasız hale getirir (Comer, 2015; Şahinoğlu, 2011).

Fiziksel belirtiler; depresyonda olan kişiler sık sık baş ağrısı, hazımsızlık, kabızlık, baş dönmesi ve genel ağrı gibi fiziksel rahatsızlıklar yaşarlar. Aslında, birçok depresyon öncelikle tıbbi sorunlar olarak yanlış teşhis edilir. İştah ve uyku düzeninde bozukluklar ise özellikle yaygındır. Çoğu depresyon geçiren kişi daha önce olduğundan daha az yemek yer, daha az uyur ve daha yorgun hisseder. Ancak bazıları aşırı yemek yer ve uyur (Comer, 2015; Şahinoğlu, 2011).

Depresif bozukluk, yaygın olarak görülen zihinsel bir bozukluktur. Uzun süreli bir depresif ruh hali veya normalde keyif alınan aktivitelerden zevk almama veya ilgi kaybı ile karakterizedir. Kadınların depresyona yakalanma ihtimali erkeklere göre daha yüksektir (erkeklerde %4, kadınlarda %6). Dünya genelinde yaklaşık 280 milyon

kişi depresyonla m¼cadele etmektedir ve bu oran n¼fusun yaklaşık %3,8'ine denk gelmektedir. Hamile kadınların ve yeni doğum yapmış kadınların %10' undan fazlası depresyonla karşı karşıya kalmaktadır. Her yıl 700.000'den fazla kişi intihar sonucu yaşamını yitirmektedir. İntihar, 15-29 yaş arası gençler arasında d¼rd¼nc¼ sırada en yaygın ¼l¼m nedenidir (WHO, 2023).

Organik hastalığın ¼aęrıřtıran yorgunluk, iştahsızlık, unutkanlık gibi depresyon belirtileri, depresyon tanısı d¼ř¼n¼lmezse gereksiz tetkik ve muayene yapılarak zaman kaybına neden olabilir. Ayrıca ağrı gibi belirtiler depresif hastalarda abartılabilir ve ağrısı olan hastalar agresif tavır ve davranış sergileyebilir. Depresyonu olmayan hastalarda yanlış konulan depresyon tanısı; gereksiz depresyon tedavisi ve ila¼ alınmasına neden olunabilir. Hastaların g¼sterdięi klinik g¼r¼n¼m tanı koymada ¼nemlidir. Genellikle depresif kişilerde ilgi ve istek azalması, tıbbi girişimlerde kayıtsızlık, umursamazlık, yetersizlik ve suçluluk duyguları, ¼l¼m isteği, keder ve h¼z¼n olması ¼nemli belirtilerdir. Hastalığın boyutu ne d¼zeyde olursa olsun tek başına kişinin ruhsal dengesini bozar ve farklı bedensel ve ruhsal tepkilere yol a¼arlar (şahinoğlu, 2011). Maj¼r depresyon, azalan rol işlevselliği ve yaşam kalitesi, tıbbi morbidite ve mortaliteyle bağlantılı, yaygın olarak ortaya ¼ıkan, ciddi, tekrarlayan bir hastalıktır. Maj¼r depresyon, azalmış rol işlevselliği ve yaşam kalitesi ile ilişkilendirilen yaygın, ciddi ve tekrarlayan bir hastalıktır (Kessler ve Bromet, 2013).

Depresyona neden olan hastalıklar arasında; hipoparatiroidizm, hipotiroidizm, hiperparatiroidizm, hipertiroidizm, Addison hastalığı, Cushing sendromu, diabetes mellitus, premenstrual sendrom, niyasin, B12, folat, epilepsi, Parkinson hastalığı, selebrovask¼ler hastalıklar, serebral neoplazmalar, multipl skleroz, santral sinir sistemi enfeksiyonları, kalp t¼m¼rleri, konjestif kalp hastalığı, hipertansif ensefalopati, hepatit, HIV, influenza, hipokalemi, hiponatremi, hipernatremi, asit-baz problemleri, renal yetersizlik (En¼, 2021; şahinoğlu, 2011).

2.7.1. Yoğun Bakımda Depresyon

şiddeti ve ağırlığı ne d¼zeyde olursa olsun hastalıklar kişinin ruhsal dengesini bozar ve farklı bedensel ve ruhsal tepkilere neden olur. Yoğun bakım unitelerinde yatan hastaların depresyonu değişik derecede olmak ¼zere primer hastalığın belirtilerini, tanının konmasını, gidişatını ve tedavisini etkiler. Depresyonun somatik belirtileri, organik hastalıkları d¼ř¼nd¼ren klinik bir tablonun ortaya ¼ıkmasına neden olabilir.

İntihar riski, hastaların seyrini ve iyileşme sürecini olumsuz etkileyebilir. Depresyon, hastalarda engellenmiş bir iyileşme risk faktörü olarak kabul edilir. Stabil koroner hastalığı olanlarda advers kardiyak olayların gelişmesine neden olabilmektedir. Organik hastalığa katlanmayı zorlaştırabilir, hastalıkla savaşıma hırsını azaltabilir, tedaviye uyumu zorlaştırabilir, hastanın hekim ve yardımcı sağlık personeline olumsuz bir tavır sergilemesine neden olabilir. Hatta intihar düşüncesi olan hastalar, durumları iyileşirken intihar girişiminde bulunabilir ve bunu başarabilirler (Enç, 2021; Krampe vd., 2021; Şahinoğlu, 2011).

2.8. Anksiyete

Anksiyete bozuklukları, duygu durum bozuklukları ile birlikte toplumda oldukça yaygın bir şekilde bulunmakta ve önemli bir işgücü kaybına neden olmaktadır. Avrupada yapılan ESEMED (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) çalışmasından aktarıldığına göre, hem bozuklukların yaygınlığını ve işgücü kaybı ile getirdiği yükü göstermiş, hem de bu hastaların yeterli bakımı alamadığını ortaya koymuştur (Öztürk ve Uluşahin, 2011). Anksiyete bozuklukları, Amerika Birleşik Devletleri'nde %21,3 ve dünya çapında %11,6 olduğu bildirilmektedir. Bu bozukluklar yüksek toplumsal maliyetler, psikososyal işlevsellik ve yaşam kalitesinde önemli düşüşlere neden olmaktadır (Carpenter vd., 2018).

Korku ve anksiyete kavramı çoğunlukla birbirine karıştırılır. Kelime anlamların bakıldığında korku; belirli bir tehlike veya gerçeklik karşısında sıkça hissedilen kaygı verici bir önsezidir. Başka bir tanıma göre ürkütücü veya istenmeyen bir durumun gerçekleşebilme olasılığıdır. Korku duysal bir reaksiyon değil; bilişsel bir süreçtir. Anksiyete ise gerginlik arz eden duysal bir durumdur (Beck ve Emery, 2019). Başka bir tanıma göre anksiyete; fizyolojik, psikolojik ve davranışsal belirtilerle ortaya çıkan gerginlik, tedirginlik ve kaygılı olma hissidir (Gorman ve Sultan, 2014). Fizyolojik semptom olarak; sıklıkla gerilim, titreme, terleme, çarpıntı görülür ve duysal bir süreçtir. Korku, tehditvari bir uyarana karşısında zihinsel bir değerlemeyi kapsarken; anksiyete, yapılan bu değerlemeye karşı oluşturulan duysal tepkiyi ifade etmektedir (Beck ve Emery, 2019). Anksiyete, kişinin beklenmedik bir felaketle karşılaşacakmış gibi hissettiği ve bu hissin nedeninin belirsiz olduğu bir sıkıntı ve endişe durumu olarak da tanımlanır. Bu durum, hafif bir endişe veya gerginlikten panik derecesindeki yoğunluğa kadar değişebilir. Yüksek düzeyde anksiyetede, kişinin benliği bu ruhsal acıyla ezilir. Kişi, bu durumun en güçlü fiziksel ağrıdan bile daha rahatsız edici

olduğunu ifade edebilir (Öztürk ve Uluşahin, 2011). Anksiyete bireyin yaşadığı sorunları çözmek için bireyi güdüler ve harekete geçmek için bireye motivasyon sağlar. Tehdit edici bir uyarana karşısında anksiyetenin ortaya çıkması normal kabul edilir ve tehdit ortadan kalktığında ya da sorun çözüldüğünde anksiyetenin varlığının da yok olması beklenir (Gürhan vd., 2020).

Anksiyete durumunda, otonom sinir sistemi aktive olur ve sempatik sinir sistemi uyarılır. Bu, impulsların deşarjını etkileyerek hiperaktif tendon refleksine neden olabilir. İç organlara giden damarlar kontrakte olurken, eksternal damarlar dilate olur. Bu durum, taşikardi, hızlı solunum, ağız kuruluğu, hiperglisemi (epinefrinin karaciğerde glikojenin aktive edilmesiyle), mide rahatsızlığı, sık idrara çıkma, titreme, şaşkınlık ve özgüven eksikliği gibi fizyolojik ve davranışsal değişikliklere yol açar (Akdemir, 2021). Anksiyete kişiden kişiye değişen belirtiler ortaya çıkarır. Fiziksel (taşikardi, göğüste sıkışma hissi, terleme, ağız kuruluğu, mide bulantısı, kusma, diyare, menstrasyon değişiklikleri, uykusuzluk ve baş ağrısı gibi), bilişsel- duyuşsal (sürekli hareket etme isteği, konsantrasyon güçlüğü, problem çözme yeteneğinde değişim gibi), duygusal (huzursuzluk, öfke, ağlama, suçluluk duygusu, endişeli hissetme gibi) ve davranışsal (donakalma, kaçma ya da saldırma gibi) belirtiler gözlenir (Gürhan vd., 2020).

Anksiyete, hafif, orta, şiddetli ve panik düzeylerde olmak üzere dört farklı seviyede gözlemlenir (Gürhan vd., 2020; Gorman ve Sultan, 2014).

Hafif düzey anksiyetede; bireyde minimal gerginlik hissi vardır ve bilişsel işlevler genellikle iyidir. Mantıklı düşünme ve dikkat yoğunluğu artar, motivasyon seviyesi yüksektir. Artmış stresörlerle baş etme yeteneği, artmış uyanıklılık/farkındalık, artan merak, tetikte olma, kendine güven, eksiksiz mantıklı düşünme belli başlı özellikleridir (Gürhan vd., 2020; Gorman ve Sultan, 2014).

Orta düzey anksiyetede; birey daha dikkatli ve gergindir. Dikkat genellikle daralmıştır ve tehdit algısı artar. Bedensel belirtiler arasında ağız kuruluğu, artmış solunum ve nabız hızı, kas gerginliği bulunur. Tereddüt ve geciktirme, düşünce dizisinin kaybı, algısal alan daralması, ses tonunda değişim, konuşmanın hızlanması, seçici dikkatsizlik, tekrarlayan soru sorma, şaka yapma, yerinde duramama, ellerin terlemesi, hızlı adımlarla yürüme gibi özellikleri barındırır (Gürhan vd., 2020; Gorman ve Sultan, 2014).

Şiddetli düzeyde anksiyetede; bireyin kavrama yeteneği daha da azalmıştır ve problem çözme becerisi zorlaşır. Bu düzeyde bulantı, titreme, baş dönmesi, uyuşukluk gibi bedensel belirtiler daha belirgindir. Yüksek düzeyde çarpıtılmış algı, küçük ya da dağınık detaya odaklanma, olaylar arasındaki ilişkiyi görememe, seçici dikkatsizlik, kontrolü kaybetme korkusu, amaçsız aktivite, zor ve uygunsuz sözel ifadeler, yaklaşan ölüm hissi, mide bulantısı, baş ağrısı, baş dönmesi, kaba motor tremorler, uyuşukluk ya da karıncalanma hissi, göz bebeklerinin büyümesi gibi özellikleri bulunmaktadır (Gürhan vd., 2020; Gorman ve Sultan, 2014).

Panik düzeyinde anksiyetede; birey çevresindeki olayları algılamakta zorlanır ve neden-sonuç ilişkilerini kuramaz. Bu durumda birey genellikle kriz yaşar ve göğüs ağrısı, nefes darlığı, kusma, idrar kaçırma, aklını yitirme korkusu, ölüm korkusu ve gerçeklikten kopma hissi, kişilik bütünlüğünün bozulma hissi, aşırı rahatsızlık gibi belirtiler gösterebilir (Gürhan vd., 2020; Gorman ve Sultan, 2014).

2.8.1. Yoğun Bakımda Anksiyete

Hastane ortamı, normal bireyler için genellikle anksiyete kaynağı oluşturmaktadır. YBÜ'lerde tedavi gören hastalarda ise belirsizlik, yaşam tehdidi, beden bütünlüğünün bozulma riski, uyku sorunları, ağırlı işlemler, yalnızlık, duyuşal yoksunluk ve yüklenme gibi faktörler nedeniyle anksiyete oranlarının %70-80 civarındadır. Özellikle mekanik ventilasyona ihtiyaç duyan hastalarda anksiyete sıklığının daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir ve bu anksiyetenin dispne (nefes darlığı) ve ağrı ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Anksiyete ile ağrı arasında paralel bir ilişki olduğu ve birbirlerini artırıcı etkilerde bulunduğu görülmüştür. Benzer şekilde, anksiyete ile solunum arasında da bir ilişki bulunmaktadır. Anksiyete nedeniyle sempatik sinir sisteminin uyarılması, bronşların daralması ve miyokardın uyarılmasına yol açar, bu da oksijen ihtiyacını artırarak genel yorgunluk, kas spazmları ve stres hormonu olarak bilinen kortizolün artmasına neden olmaktadır (Enç, 2021)

Koroner kalp hastalıklarının anksiyetenin oluşumunu kolaylaştırdığı, anksiyetesi olan hastalarda koroner damarlarda kan akışının bozularak ciddi sorunlara neden olduğu bilinmektedir. AMI ile ilişkili ve AMI öncesi var olduğu ve AMI'na neden olduğu düşünülen anksiyete yoğun bakım hastalarında sık karşılaşılan bir tablodur. Organik hastalıkların neden olduğu anksiyete gün içinde dalgalanmalar yapabilir. Önemli ayırıcı tanılardan biri de anksiyete bozukluğunun ani başlaması, hastalık ile eş zamanlı

başlaması ve hastalığın şiddetine göre artması ve azalmasıdır (Aslan ve Olgun, 2016). Yoğun bakım ünitelerinde tedavi gören hastaların anksiyete düzeylerini azaltmak için en etkili yöntem önlenmesidir. Nonfarmakolojik yöntemler, bilgilendirme, çevresel düzenleme yapılması eğitim, gevşeme, müzik terapisi gibi yöntemler önerilmektedir (Enç, 2021). Farmakolojik olarak benzodiazepinler, antidepresanlar, antihistaminikler, betablokerler ve nöroleptik ilaçlar kullanılabilir. Ancak bu ilaçların kullanımında organik hastalığa olan etkileri göz önünde bulundurulmalıdır (Aslan ve Olgun, 2016).

2.9. Stres

Latince “estrica” ve Fransızca “estrece” sözcüklerinden gelen stres terimi, ilk 17. asırda fizikçi R. Hook tarafından, bilim dünyasında, elastik bir nesne ve ona uygulanan dışsal baskı arasındaki ilişkinin açıklanmasında kullanılmıştır. T. Young ise, stresi bir madde içindeki kuvvet veya direnç olarak tanımlamıştır (Gökler ve Işıtan, 2012; Okutan ve Tengilimoğlu, 2002). Stresin babası olarak tanınan Kanadalı Fizyolog Hans Selye tarafından yapılan tanım ile insan sağlığı ile ilgili olduğu var sayılmıştır. Selye’ye göre stres; “*vücuttaki aşınma oranı*” ve “*insanın her türlü uyaran sonucunda verdiği fizyolojik yanıt*” olarak tanımlanmıştır (Akdemir, 2021; Selye, 1977; Ünsal, 2022).

Başka bir deyişle Selye stresi; vücuttaki yasamsal işlevlerinin dengesine zarar veren uyarıcılara karşı ve organizmanın iç ve dış tehlikelere karşı homeostatik dengesini koruyabilmede verdiği bir dizi tepki olarak tanımlamıştır. Selye, stresin hem yaşamı destekleyen bir güç, hem de olumsuz etkiler olabilir bir yük olabileceğini ifade etmiştir. Selye’ye göre bedendeki stres hormonlarının aracılık ettiği, “savaş ya da kaç” tepkisidir (Gökler ve Işıtan, 2012; Selye, 1977).

Stresör ise; organizmanın iç ya da dıştan gelen, organizmayı tehdit eden ve organizmada uyum reaksiyonunu başlatan uyaranlardır. Stresörler; psikolojik, fizyolojik, sosyo-kültürel, entelektüel, spiritüel-manevi gereksinimleri arasındaki dengeyi korumak için organizmada yapısal ve kimyasal değişikliklere neden olmaktadır. Kısaca karşılanmayan her gereksinim bir stres kaynağıdır (Akdemir, 2021; Gürhan, 2020; Ünsal, 2022).

Strese yanıt; organizmanın algıladığı uyarana karşı hayatta kalma ve tedbir alma çabasıdır. Selye; strese yanıtı LAS (Lokal Adaptasyon Sendromu) ve GAS (Genel Adaptasyon Sendromu) olmak üzere iki şekilde açıklamıştır. LAS; doku

yaralanmalarında organizmanın verdiği lokal yanıt, doku onarımı olarak tanımlanır. GAS; üç aşamada gerçekleşir (Akdemir, 2021; Ünsal, 2022).

1) Alarm Reaksiyonu; kısa sürelidir ve sempatik sinir sistemi devrededir. Kan basıncı artar, dokuların kanlanması artar, hiperglisemi olur, hücre metabolizması artar, koagülasyon hızı yükselir, bilişsel aktivite fazlaşır (Akdemir, 2021; Gökler ve Işıtan, 2012; Godoy vd., 2018; Selye,1977; Ünsal, 2022).

2) Direnç Evresi; Otonom sinir sistemi devrededir. Organizma kaçma ya da savaşma tepkisi verir. Zararlı uyanlara karşı başa çıkarken fizyolojik ve ruhsal zorlanma semptomları görülür. Tüm gösterilen tepkiler organizmayı ve hemostatik dengeyi korumak içindir (Akdemir, 2021; Gökler ve Işıtan, 2012; Godoy vd., 2018; Ünsal, 2022).

3) Tükenme evresi; direnç devam ettikçe adrenokortikol yanıt sonucu oluşan enerji kanalize edilebilir ya da edilemez. Bu evrede bireyde savunma zayıflamıştır. Bu durumda bitkinlik/tükenme aşaması başlamıştır. Zamanla fiziksel ve duygusal durumlar ortaya çıkmaya başlamıştır. Baş ağrısı, uyku sorunları, halsizlik, hazımsızlık, bulantı vb. durumlar ile karşılaşılabilir. Uzun dönemde kardiyak sorunlar, ülser, genel sağlığın bozulması gibi sorunlar görülebilir (Akdemir, 2021; Gökler ve Işıtan, 2012; Godoy vd., 2018; Ünsal, 2022).

Organizma stresör ile karşılaştığında önce durumu değerlendirir, sonra baş etme yolları geliştirir. Stresör ile karşılaşan bireyde adrenokortikotropin hormon (ACTH) salınımı gerçekleştirir, ardından glikokortikoid salınımı olur. Bu yanıt hayatta kalmak için zorunludur. Yapılan hayvan deneylerinde hipofizektomi ya da adrenaektomi yapılan hayvanlarda, zararlı uyan karşısında ölüm görüldüğü tespit edilmiştir. Stres durumunda yanıt ilk etapta sempatoadrenal medulladan başlar. Burada organizmanın enerji gereksinimi artar. Glikokortikoidler ve katekolaminler, serbest yağ asitlerinin mobilizasyonunu sağlayarak enerji talebini karşılarlar. Ayrıca dopamin, norepinefrin ve epinefrin salınımı artar, metabolizma hızı artışıyla birlikte bazı fizyolojik değişiklikler meydana gelir. Bu değişiklikler arasında kalp hızı, gücü ve kardiyak debinin artması bulunur. Periferik direnç artışıyla kritik organların kanlanması da artar. Buna "Sempatik Alarm Reaksiyonu" veya "Stres Reaksiyonu" olarak adlandırılır. Dolaşım ve solunum sistemlerindeki artan değişiklikler sayesinde, tüm hücrelerin enerji gereksinimleri karşılanır. Sindirim sisteminde sekresyon ve emilim

azalırken, kan şekeri yükselir ve yağlar mobilize olur, enerji korunmaya çalışılır. Ayrıca, karbonhidrat ve yağların parçalanması sonucunda hücrelere gerekli enerji sağlanırken kan yağ asitleri ve glikoz seviyeleri artar. Stresin belirti ve bulguları 4 bölümde incelenir; fizyolojik, bilişsel/kognitif, psikolojik, davranışsaldır (Akdemir, 2021; Godoy vd., 2018; Ünsal, 2022).

Fizyolojik belirtiler;

1. Kardiyovasüler: Kardiyak output yükselir, taşikardi görülür, nabız dolgunluğu ve kan basıncı artar vb.
2. Nörolojik: Baş dönme, baş ağrısı, pupil dilatasyon, odaklanma zorluğu, migren ağrılarında artış, uyku değişikliği, diş gıcırdatma vb.
3. Sindirim Sistemi: Mide bulantısı, kusma, yeme alışkanlarında değişim, diyare, konstipasyon, abdominal distansiyon, susuzluk hissi vb.
4. Kas-İskelet Sistemi: Seyirme, kas gerginliğinde artma, rijidite ve tremor
5. Endokrin ve Metabolik Sistem: Hiperglisemi, glikozüri, vücut ısısında artma, serum sodyum ve klor seviyesinde artma, serum potasyum seviyesinde azalma, kilo kaybı, idrarla nitrojen kaybının artması, kolay yorulma vb.
6. Genito-Üriner Sistem: İdrarda azalma, dansitenin artması, pollaküri, mensruasyo siklusunda düzensizlik.
7. Deri: Terlemede artma, nemli ve soğuk deri.
8. Bağışıklık Sistemi: Lenfosit, eozinofil ve bazofil miktarında, fibroblastlarda, enflomasyon maddeleri salınımında, skar doku oluşumunda ve kolejen miktarında azalma; trobosit ve fibrinojen maddelerinin yapımında artma
9. Hematopoetik Sistem: eritrositin artması, trombosit ve fibrinojen yapımı ve pıhtılaşma mekanizmasında artma (Akdemir, 2021; Gökler ve Işıtan, 2012; Ünsal, 2022).

Zihinsel bilişsel belirtiler; zihinsel karışıklık, karar vermede güçlük, cevap verme zamanında gecikme, algılama değişiklikleri/kusurları ve konsantre olmada güçlük gibi belirtiler görülebilmektedir (Akdemir, 2021; Gökler ve Işıtan, 2012; Ünsal, 2022).

Psikolojik belirtiler; irritabilite ve anksiyete, duyarlılığın artması, kolay incinme, ilgisizlik, kolay ürkme ve korkma, duygusal dengesizlik, tetikte olma, hiperksitasyon ya da depresyon, avuç içlerinin terlemesi, anksiyolitik ya da antidepresan ilaç

kullanımı, öfke, düşmanlık ve kızgınlık duyguları görülebilmektedir (Akdemir, 2021; Gökler ve Işıtan, 2012; Ünsal, 2022).

Davranışsal belirtiler; hareketlilikte aşırı artma, konuşma hızında değişiklik, istemsiz kas hareketlerinde artma, istemsiz gülme, korku refleksinde aşırılık, yürüme, dolaşma, geri çekilme, alkol, sigara ve ilaç bağımlılığında artma, cinsel yaşamda değişiklik, yazı ve konuşmada kopukluk, sosyal izolasyon vb. belirtiler görülebilmektedir (Akdemir, 2021; Gökler ve Işıtan, 2012; Ünsal, 2022).

2.9.1. Yoğun Bakımda Stres

Hayatı tehdit eden durumlar ve ciddi hastalıklar, stres faktörleri olarak algılandığında, organizmanın yaşamı için geliştirdiği adaptasyon mekanizması devreye girer. Bu süreçte, metabolik ve hormonal değişiklikler meydana gelir. Stres cevabı, akut veya geçici süreçlerde ortaya çıktığında, büyümeyi, üremeyi destekleyen ve katabolik ile immünesupresif etkileri tetikleyen bir rol oynayabilir. Ancak, stresin kronik olarak devam etmesi, vücutta çeşitli rahatsızlıklara sebep olabilir. Strese verilen cevapta gözlenen bu farklılıklar, hipotalamus-hipofiz-adrenal (HPA) aksının aktivasyonu, ötiroid hasta sendromu ve stres hiperglisemisi olarak karşımıza çıkmaktadır (Akyol, 2017). HPA eksenini, nöroendokrin ağının iç ve dış zorluklara yanıt veren ana bileşenidir (Leistner ve Menke, 2020). HPA aksı aktivasyonu ile hipotalamustan kortikotropin salgılatıcı hormon, hipofizden ACTH sekresyonu artışı olur. ACTH ile birlikte β -endorfin ve β -lipoprotein salınımı gerçekleşmektedir. ACTH adrenal korteksin zona fasciculata tabakasından hücrelerin reseptörlerine bağlanarak kortizol hormonunun sekresyonunu sağlar. Kortizol metabolik, kardiyovasküler ve antiinflamatuvar değişikliklere yol açarak hemostatik dengenin korunmasını sağlar (Akyol, 2017; Leistner ve Menke, 2020). HPA ekseninin düzgün işleyişi, zihinsel ve fiziksel sağlığın korunması için kritik öneme sahiptir. HPA eksenindeki düzensizlikler çeşitli zihinsel ve fiziksel bozukluklarla ilişkilendirilmiştir (Leistner ve Menke, 2020).

Stres hiperglisemi; yoğun bakımda hiperglisemi hastanede yattığı sürede hastalığın stresinden kaynaklanan ve stres durumu ortadan kalktıktan sonra kan şekerinin normale dönme durumu olarak adlandırılır. Stres sırasında adrenal bezden salgılanan kortizol salgısının artışı karbonhidat, lipid ve yağ metabolizmasında değişikliklere neden olur. Karaciğer glikoneogenez yoluyla ve yağ dokusunda glikoz kullanımı

inhibe ederek kan glikozunu arttırır. Kortizolün protein yıkımı sırasında ortaya çıkan alaninin glikoza dönüşümü ile hipertansiyona neden olmaktadır (Akyol, 2017).

2.10. Uyku

Uyku; organizmanın çevreyle iletişiminin belirli bir süre için kısmi olarak kesintiye uğradığı, uyarılabilir biçimde geçici ve periyodik olarak gerçekleşen bir durumdur. İnsan ömrünün yaklaşık olarak üçte birini oluşturur ve hem fiziksel hem de ruhsal sağlık için temel bir gerekliliktir (Akyol, 2017; Çelik, 2014; Enç, 2021). Uyku hakkında iki farklı bakış bulunmaktadır:

1. Uyku, fizyolojik bir tepkiden ziyade organizmanın uyumsal tepkisidir.
2. Uyku, organizma için, bedenin ve zihnin yenilenmesi, onarılması ve gelişmesi için gerekli bir dönemdir. Genel olarak kabul edilen ikinci görüştür (Akdemir, 2021).

Uyku ve uyanıklık süreci beyin sapında, omurilikte ve Retiküler Aktivasyon Sistemi (RAS) ile medulla oblongata'da yer alan Bulbar Senkronizasyon Sistemi (BSES) tarafından düzenlenir. Bu sistemler periyodik ve dönüşümlü olarak aktifleşip, inaktive olurlar. Uyarıcı yükseldiğinde RAS uyarıcıları kortekse iletir ve uyanıklık halini sağlar. Uyarıcı azaldığında BSES ile uyku hali ortaya çıkar. Birçok nörotransmitterin uyku sürecinde rol oynadığı tespit edilmiştir. Histamin, norepinefrin, dopamin, serotonin, , asetilkolin ve gamma-aminobütirik asit (GABA) gibi nörotransmitterler uyku sırasında işlev görürler. Özellikle, serotonin uykunun başlatılmasında en önemli nörotransmitterdir (Akyol, 2017; Çelik, 2014; Enç, 2021).

Uyku; birbirini periyodik olarak takip eden iki evreden meydana gelmektedir; Non-REM (Hızlı Göz Hareketlerinin Olmadığı-Non Rapid Eye Movement) ve REM (Hızlı Göz hareketlerinin olduğu-Rapid Eye Movement). NREM uykunun başında meydana gelir ve dinlendirici etkili uykudur. Delta uyku, yavaş dalga uykusu ya da rüyasız uyku gibi isimlendirmeleri de mevcuttur. Dört evreye ayrılıştır. NREM 1: Uyku ile uyanıklık arasındaki evredir. Kişi hemen uyandırılabilir. Bireyde havada uçuş ve yüksekten düşme hissi verir. 0,5-7 dakika arasında sürmekte olup tüm uykunun %5'ini oluşturur. NREM 2: Evre 1'e göre daha derin olmakla beraber kişi kolay uyandırılabilir. Beyin önemli ile önemsizi ayırt edebilir durumdadır. Nabız ve solunum yavaşlamaya, vücut ısısı düşmeye ve kas tonusu azalmaya başlar. İlk gerçek uykuya geçilen evredir. Gece boyunca toplam uykunun %45-55'ini kapsar ve 10-20 dakika

sürer. NREM 3: Evre 2'ye göre daha derin bir uyku evresidir. Kişiyi uyandırmak için daha güçlü bir uyarıcıya ihtiyaç duyulabilir. Solunum düzenlidir, kalp atışları yavaşlar, vücut ısısı düşer ve ısı kaybı artar. Kaslar tamamen gevşemiş durumdadır. Genellikle 15 ila 30 dakika sürer ve tüm gece uykusunun %3 ila %8'ini oluşturur. NREM 4: Vücudun fiziksel olarak dinlendiği, kan basıncı, nabız ve solunum sayısının normalin altına düştüğü ve uyandırılma eşiğinin yüksek olduğu evredir. Büyüme hormonu bu evrede salınır. Horlama, uykuda anlamsız konuşma, yürüme, hatırlanamayan rüyalar bu evrede gerçekleşir. Tüm gece uykusunun %10-15'i kadarını kapsar ve 15-30 dakika sürer. Fiziksel sağlık için gereklidir (Akyol, 2017; Çelik, 2014).

REM uykusu hafif bir korteks uykusudur ve uyanıklık haline en yakın süreçtir. Arka beyin uykusu, derin ve yavaş dalgaların gözlemlendiği eş zamanlı olmayan uyku türünü ifade eder. Bu uyku derinleştiğinde ve ön beyin uykusu hafiflediğinde, hızlı göz hareketleri meydana gelir. Genellikle tüm gece uykusunun %15-25'ini oluşturur ve 5-20 dakika kadar sürer. Kişi bu evreyi yaşamazsa sinirlilik, korkaklık, anksiyete, depresyon gibi durumlar ile karşılaşabilir. Organize ve canlı rüyaların görüldüğü evredir. REM uykusu hafızanın pekiştirilmesi ve gereksiz bilgilerin silinmesi için ve fizyolojik ve psikolojik iyilik hali için gereklidir. Kişi bu evrede uyandırılması zordur ya da kendiliğinden uyanır (Akdemir, 2021; Akyol, 2017; Çelik, 2014).

Her canlının kendine özgü biyolojik saati vardır. Sirkadiyen ritimler, çeşitli fizyolojik süreçlerde yaklaşık 24 saatlik bir süre boyunca kendi kendine devam eden; fizyolojik, biyokimyasal ve davranışsal dalgalanmaları ifade eder. İnsanlarda sirkadiyen sistem, fazları ana sirkadiyen kalp pili olan hipotalamusun suprakiazmatik çekirdeği tarafından kontrol edilen birçok bireysel, dokuya özgü saatten oluşur. Sirkadiyen ritmi belirleyen hormon melatonin hormonudur. Melatonin hormonu gün içinde azalır, gece artar ve ışıktan etkilenir. Sirkadiyen ritimler, biyolojik organizmaların günlük yaşam döngüsünde tekrarlayan doğal ritimlerdir. Uyku-uyanıklık döngüsü, vücut sıcaklığı değişimleri, hormon salınımı ve bazı biyolojik aktivitelerdeki değişimler sirkadiyen ritimlerin örnekleridir. İnsanlarda en belirgin sirkadiyen ritim uyku-uyanıklık döngüsüdür (Çelik, 2014; Teliş ve Wilcox, 2019).

Uyku yetişkinlerde 24 saatte bir yenilenen bir döngüdür. Normal her uyku döngüsü 80-100 dakika sürer ve ardışık olarak 4-6 kez tekrarlanır. Uykunun %20-25' i REM, %75-80'i NREM uykusundan meydana gelir (Akyol, 2017; Teliş ve Wilcox, 2019). Uyku bozukluklarının tıbbi tanısı, polisomnografi (PSG), elektroensefalogram

aktivitesine dayanan biyofizyolojik değişiklikleri ve uyku sırasında meydana gelen elektrookülografi ve elektromiyogram aktivitesinin eş zamanlı poligrafik izlenmesi ile kaydedilir (Enç, 2021).

Elektroensefalogram (EEG): Uyku boyunca beyin dalgalarının poligraf kâğıt üzerine kaydedilmesini sağlar. Beyin dalgalarının özellikleri farklı uyku evrelerini sınıflandırmada ve ayırt etmekte kullanılır (Sezen ve Temiz, 2023).

Elektrookülografi: Kornea ve retina arasındaki potansiyel farkı karşılaştırarak uyku boyuca her iki göz küresinin pozisyonunu değerlendirir. Gözlenen göz hareketleri poligraf kâğıda kaydedilir. Hızlı göz hareketleri REM uykusunda, düz alanlar genellikle NREM uykusunda kaydedilir. REM uykusunda yoğun göz hareketleri yoğun rüyaların göstergesi olabilir (Sezen ve Temiz, 2023).

Elektromiyogram: Yüz ve boyun kasları REM' den biraz önde ve REM uykusunda hipotoniktir. Ayrıca REM uykusunda kas aktivitesinde ponsların elektriksel boşalımının sonucu olarak kas aktivitesinde kısa sivrilikler görülür (Sezen ve Temiz, 2023).

Bu yöntem YBÜ dışı uyku izlenmesinin altın standardı olarak bilinmektedir. Yoğun bakım tabanlı uyku araştırmalarında da kullanılmakla birlikte; maliyetleri, metodolojik karmaşıklıkları, ileri teknik bilgi, deneyim ve klinik uzmanlık gerektirmesi nedeniyle yoğun bakımda kullanılması kısıtlıdır. Yapılan bir çalışmada; yoğun bakım ortamında uykuyu ölçmenin zorluğunu ve uykuyu ölçmek için alternatif yöntemlere duyulan ihtiyacı vurgulanmıştır (Elliott vd., 2013; Enç, 2021). Bispektral indeks anestezide sedasyon seviyesini belirlemek için EEG modellerini sürekli olarak analiz etmek için kullanılan nörofizyolojik bir ölçüdür. Yoğun bakımlarda alternatif olarak uyku analizini yapmak için son zamanlarda araştırılmıştır. Uyku derinliğinin değerlendirilmesine yardımcı olur (Enç, 2021).

2.10.1. Yoğun Bakımda Uyku

Yoğun bakım ünitesinde bulunan hastalar genellikle kötü bir uyku deneyimlerler. Bu durumun nedeni, YBÜ'deki sürekli yüksek gürültü seviyeleri, 24 saat boyunca devam eden aydınlatma ve ayrıca artan ve müdahaleci hasta bakım faaliyetleridir. Uyku eksikliği, bir kişinin fiziksel ve zihinsel sağlığını olumsuz etkiler. İyi bir sağlık için uyumanın kaçınılmaz bir gereklilik olduğu kabul edilir. Uyku, restoratif bir işleve

sahiptir ve kritik durumdaki hastalar için iyileşmeyi ve hayatta kalma şansını artırdığı düşünülür. Hastalar, YBÜ'deyken uyku kaliteleri düşüktür. Melatonin, uyku ve uyanıklık döngüsünü düzenlemek için vücutta üretilen bir hormondur. YBÜ'de gece saatlerindeki yapay ışık, vücudun doğal melatonin üretimini etkileyebilir ve bu da kritik durumdaki hastaların uyku döngüsünü etkileyebilir (Lewis vd., 2018; Little vd., 2012). Yoğun bakımda tedavi gören hastalar için yeteri uykunun iyileşme ve hayatta kalmak için önemlidir. Hastaların kişisel özellikleri, gerçekleştirilen tedavi ve bakım girişimleri, yoğun bakım ünitesinin fiziksel ve donanımsal görüntüsü, sürekli kontrolün olması gibi durumlar hastaların endişe, yalnızlık hissi, zayıflık, gelecek hakkında belirsizlik endişesi yaşamalarına ve uyku ve dinlenme periyotlarına girdiklerinde uyanamama kaygısı geliştirmelerine, uyku sürecinde ve kalitesinde azalmaya sebep olabilmektedir (Akyol, 2017). Yoğun bakım hastalarına özgü uyku endişesinin, uyku değerlendirmesinin altın standardı olan PSG ile ölçüldüğünde hafif ve kısmi uyku olduğu bilinmektedir (Ritmala-Castren vd., 2022). Yapılan PSG çalışmaları kazanılan toplam uyku süresinin nispeten normal olduğunu (6-8 saat) ortaya koymaktadır. AYBÜ hastalarının uykularının hem gündüz hem gece sirkadiyen rahatsızlıklara katıda bulunduğunu göstermektedir. Kritik hastalıktan kurtulanlar yatışlarıyla ilişkili olarak uyku yetersizliğinin en büyük stres kaynağı olduğunu bildirmekte ve bu durum biyofizyolojik raporlarda tutarlı bir şekilde desteklenmektedir (Enç, 2021; Beltrami vd., 2015). Onarıcı uyku gündüz uyuklamasını şiddetlendirebilir ve uyku uyanıklık düzenin sirkülasyonunu bozabilir ve sirkadiyen ritimde faz kaymasına neden olabilmektedir (Enç, 2021).

Yoğun bakım ünitelerinde gözlemlenen uyku bozukluklarını destekleyen kanıtların bir kısmı, normal uyku döngülerinin tipik olarak görülmemesiyle ilişkilidir. Yoğun bakım hastalarında uyku, sık uyanmalarla kesintiye uğrar ve NREM evre 3 ve 4 uyku aşamaları, özellikle REM uykusu azalır. Bu azalmalar, NREM evre 1 ve 2 uyku sürelerinin artmasına bağlı olarak ortaya çıkar. Ayrıca, uyku sirkadiyen ritmi değişir; normal bireylerde uyku genellikle geceye odaklanmışken, yoğun bakım hastalarında uyku zamanının yaklaşık yarısı gündüz gerçekleşir. Buna karşın gece uyku süresi azalır (Deutschman vd., 2015). YBÜ hastaları için uyku bozukluğunun tanı süreci; bozukluğun primer ya da sekonder olup olmadığı ayrımının yapılması ile başlar (Akyol, 2017; Enç, 2021).

Primer uyku bozuklukları;

İnsomnia: Uykuya dalma güçlüğü ve sık uyanmalar ile karakterizedir (Akyol, 2017; Enç, 2021).

Hipersomnia: Hemen hergün gündüz uyku bölümlerinin olması ya da gündüz uykusunun uzama halidir (Akyol, 2017; Enç, 2021).

Narkolepsi: Uyku ve uyanıklık durumunu düzenleyen mekanizmanın disfonksiyonudur. Gün içinde kişi aşırı uyuma isteği hisseder ve bu ataklar 1.5-2 saatte bir gelir.10-15 dk uyumak kişiyi dinlenmiş hissettirir (Akyol, 2017; Enç, 2021).

Uyku Apne Sendromu: Solunumun 10 saniye ya da daha uzun burun ya da ağızda kısa süre durması anlamına gelir. Merkezi uyku apnesi, obstrüktif uyku apnesi ve karışık tipte uyku apnesi olmak üzere üç bölümde incelenir (Akyol, 2017; Enç, 2021).

Parasomnialar: Uyanıklık, kısmi uyanıklık ve uykuya dalma sırasında meydana gelen birtakım motor aktiviteleri ile ortaya çıkan uyanma bozukluğu olarak tanımlanır. Genellikle çocukluk çağında sık rastlanır ve erişkinlik döneminde azalma görülür. REM ya da NREM evrenine özgü olabileceği gibi her iki evrede de görülebilir. En sık karşılaşılan parasomnialar; kabus bozukluğu, uyku terörü (çığlık atma, ağlama ve yoğun korku eşlik eder) ve uyur gezerliktir (Akyol, 2017; Enç, 2021).

Sekonder uyku bozukluğu, temelde başka bir sağlık durumunun, psikolojik faktörlerin veya dış etkenlerin neden olduğu uyku sorunlarıdır. Öykü, fizik muayene ya da laboratuvar testlerinden elde edilen veriler ışığında uyku bozukluğunun genel tıbbi bir durumun sonucu olarak ortaya çıktığına dair kanıtlar bulunmaktadır. Ağrı veya rahatsızlık veren tıbbi durumlar, neoplazmalar, vasküler lezyonlar, infeksiyonlar, travmatik durumlar, endokrin ve metabolik hastalıklar uyku bozukluğuna neden olabilir. Yoğun bakım ünitesinde en sık karşılaşılan uyku bozukluğu, uyku sırasında görülen solunum sorunlarıdır. Uykuda solunum bozukluğuna sahip bireylerin %90'dan fazlasında obstrüktif uyku abnesi sendromu görülmektedir. Yüksek mortalite ve morbidite nedeniyle önemli sağlık problemi olarak karşımıza çıkmaktadır (Akyol, 2017).

2.11. Yoğun Bakım Hemşireliği

Yoğun bakım hemşireliği, yaklaşık 60 yıllık bir tarihi süreci vardır. Ancak yoğun bakım hemşireliği daha eski zamanlara uzanmakta olup, kritik hastaların olduğu her yerde yoğun bakım hemşireliği uygulamaları yapıyordu. Yeni tıbbi müdahalelerin ve

teknolojinin gelişmesi, kritik hastaların izlem ve gözleminde hemşireliğin önemli olduğunun anlaşılmasını sağlamıştır (Urden vd., 2013).

Tarihsel süreçte tıp bilimi ve teknolojisindeki gelişmelerin yanında savaş ve savaş sonrası gelişen toplumsal olaylar gibi etmenler; yoğun bakımın ünitelerinin ve yoğun bakım hemşireliğinin gelişimi üzerine önemli katkılar sağlamıştır. Kırım Harbi'nde (1852), hastalara ameliyat sonrası uyanıncaya kadar ameliyathane yanındaki ayrı bir odada bakım verilmesini sağlayan Florence Nightingale, bu düşünce tarzı ile yoğun bakım hemşireliğinin de gelişmesine katkısı sağlamıştır. Tarihte YBÜ'lerin gelişmesine katkı sağlayan olaylar neticesinde, yoğun bakımın yanı sıra farklı birimlerde de (ameliyathane, poliklinik ve servis gibi) görev yapan hekimler, hastadaki önemli değişikliklerin fark edilmesi ve acil girişimlerin yapılabilmesi için hemşirelerin varlığına ihtiyaç duymuşlardır. Bu durumda yoğun bakım hemşireleri; daha önce hekimler tarafından yapılan birçok görevi ve sorumluluğu yüklenmek mecburiyetinde kalmış ve bu sayede özel hasta grubunun bakımı konusunda uzmanlaşmışlar, hekimlerin devrettiği bir kısım sorumluluklar ile ayrıcalıklı bir konuma sahip olmuşlardır. Bu şekilde hemşirelerin rol ve sorumlulukları genişlemiştir (Akyol, 2017; Enç, 2021; Oropella vd., 2018; Sezen ve Temiz, 2023; Şahinoğlu, 2011).

Yoğun bakım ünitelerinde üç ana başlık bulunmaktadır. Birincisi kritik hasta, ikincisi teknolojik donanım ve üçüncüsü bu teknolojiyi kullanabilecek ve hastanın iyileşmesine katkı sağlayan bilgi ve beceriye sahip ekip üyeleridir. Yoğun bakım hemşiresi üçüncü faktörün en önemli üyesidir (Akyol, 2017; Enç, 2021; Sezen ve Temiz, 2023).

Hemşirelik, hasta bakımında yüksek kaliteyi sağlamak ve sağlığı teşvik etmek amacıyla, tüm yaş gruplarına hizmet eden iyi eğitilmiş uygulayıcılara yönelik toplumsal ihtiyaçlar doğrultusunda gelişmiş bir meslektir. Yoğun bakım hemşireliğinin amacı; kişinin fiziksel, zihinsel, duygusal ve toplumsal dengesini optimum seviyeye getirerek, hastanın sağlayamadığı kişisel bakımı yerine getirmektir. Birey ve çevre arasındaki etkileşimi güçlendirmeye yardımcı olmayı hedeflerken, hasta ve ailesinin sahip oldukları kaynakları kullanır. Hastanın iyileşme sürecinde hasta ve ailesi ile birlikte kritik kararlar ve yükümlülükler alarak önemli bir rol üstlenir. Hastanın genel durumundaki değişiklikleri yönetmek, hedeflenen sonuçlara ulaşmak ve hastanın yaşam süresini ve kalitesini artırmak için etkili bir şekilde planlanmış bakımın önemi büyüktür. Yoğun bakım hemşiresi, karar süreçlerinde gerekçesini; ileri düzey

hemşirelik becerileri ile değişiklikleri değerlendirme yeteneği ve bilimsel verilere dayandırmaktadır (Akyol, 2017; Enç, 2021; Şahinoğlu, 2011).

Ülkemizde, yoğun bakım hemşireliği uzmanlığı resmi şekilde tanımlanmış; 1954 Hemşirelik Kanunu 2007’de değiştirilmiş, 2010 ve 2011 yıllarında çıkarılan Hemşirelik Yönetmeliği ve bu yönetmeliklerde yapılmış olan değişiklikler yoluyla yoğun bakım hemşiresinin görevleri, yetkileri ve sorumlulukları yasal olarak belirlenmiştir. Kritik düşünme, karar verme, klinik yönetim ve etik durumların çözümünde yardımcı olma yeteneği, savunucu ve ahlaki değerlere sahip olma, her türden hastaya ve ailesine uygun bakımı sağlama, sağlık ekibi ile işbirlikçi yaklaşım, hastanın isteklerine saygı duyma, bütüncül bakım uygulamada sistematik düşünebilme, hastaları ve ailelerini eğitme, değişime açıklık, krizlerle başa çıkma ve hemşirelik sürecini yönetme becerisi, hastaların psikososyal ve ruhsal ihtiyaçlarını karşılama, temel hemşirelik uygulamaları arasında izleme ve değerlendirme, bilgiyi yorumlama ve problem çözme, sonuçlara yönelik ilerlemenin değerlendirilmesi, sürdürülebilir kanıta dayalı uygulamaların geliştirilmesi, ekip faaliyetlerinin ve bakım planının koordinasyonu, hasta ve aile eğitimi becerisi geliştirmek ve hastalarına karşı koruyucu olma yoğun bakım hemşiresinin özellikleri arasındadır (Enç, 2021)

Hemşireler, yoğun bakım ünitelerinde karşılaşılan stres faktörlerini tanımlama ve bu faktörlerin yönetilmesine yönelik uygun hemşirelik önlemlerini belirleme konusunda kritik bir rol üstlenirler. Sağlık profesyonelleri olarak yoğun bakım ünitelerindeki stres faktörlerini tamamen ortadan kaldırılamasa da, hastaların bu üniteye kalış süresinin etkilerini en aza indirmeye çalışmalıdır. Bu süreçte, yoğun bakım hemşireleri hastanın iyileşme ve taburculuk sürecini hızlandırmak amacıyla bireysel bakım planları hazırlar ve uygular; hastaların iyileşme sürecini olumsuz etkileyebilecek durumları tespit ederek gerekli önlemleri alırlar. Hastaların maruz kaldığı fiziksel ve psikolojik faktörlerin belirlenmesi ve bu faktörlerin etki derecelerinin saptanması, etkin bir takip ve tedavi süreci için kritik öneme sahiptir. Bu hemşirelik stratejileri, kontrol edilebilir stres faktörlerini minimize etmeyi ve öngörülebilir stres faktörleri karşısında etkili başa çıkma stratejilerini teşvik etmeyi amaçlar (Bodur ve Aslan, 2022; Roberts vd., 2007).

Yoğun bakım ünitelerindeki korkutucu deneyimler, hastalık süreciyle veya kritik bakım ortamıyla ilgili olsun, hasta iyileşmesi ve rehabilitasyonu üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Yoğun bakımda bulunan hastaların çevrelerinden haberdar oldukları

ve özellikle savunmasız olan hastalar için güvenlik, konfor ve özsaygı duygularının iyileştirilmesi gerektiği göz önünde bulundurulmalıdır. Yoğun bakım ünitelerinde hastalara sağlanan hemşirelik hizmetleri, psikolojik iyilik halleri üzerinde olumlu etkiler yaratabilir. Hemşirelik uygulamaları, iletişimi güçlendirerek, bakımı net bir şekilde açıklayarak ve müdahaleleri anlamlı hale getirerek hastaların zaman ve mekânda daha iyi yönlendirilmesini sağlar. Ayrıca, hastalara transfer süreçlerinde güvence vermek, mümkün olduğunda hastaları kabul öncesinde kritik bakım hakkında bilgilendirmek ve kaygı azaltıcı stratejiler kullanmak gibi uygulamalar, hasta bakımını iyileştirme açısından faydalı olabilir (Roberts vd., 2007).

Hemşirelerinin, hasta bakımı, teknolojinin etkin kullanımı, hasta ile olumlu iletişim kurulması ve empati gösterilmesi, hastanın fiziksel ve manevi olarak desteklenmesi, ağrının değerlendirilmesi ve tedavi edilmesi, uygun çevresel düzenlemelerle uyku ve dinlenmenin sağlanması gibi konularda bilgi ve beceriye sahip olmaları beklenir. Hemşirelerin, hastalara bütüncül ve kaliteli bakım sunabilmesi için, öncelikle yoğun bakım hastalarının yaşadıkları olumsuz deneyimleri ve bu deneyimlere neden olan faktörleri tespit etmesi, ardından bu doğrultuda hastaların bakım gereksinimlerini karşılaması gerekmektedir. Hasta bakımının tüm yönlerinin, yoğun bakım ünitesi eğitim programlarının bir parçası olması gerekmektedir (Roberts vd., 2007; Sarıgül ve Kavurmacı, 2022).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

GEREÇ YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, koroner yoğun bakım sonrası hastalarda algılanan çevresel stresörlerin, hasta deneyimlerinin, duygu durumlarının ve uyku kalitesinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı, kesitsel ve ilişkisel olacak şekilde tasarlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Temmuz 2023- Nisan 2024 tarihleri arasında İstanbul'da bir Şehir Hastanesi'nde kardiyoloji kliniklerinde yatan 116 hastayla tamamlanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın örneklemini yapılacağı hastanede ve uygun zaman aralığında araştırma kriterlerini karşılayan sağlayan 116 hasta oluşturmuştur. Mevcut örneklem büyüklüğü (n=116) için GPower 3.1 programı ile yapılan güç analizinde %91 güçte etki büyüklüğü 0,3, hata payı ise 0,05 olarak belirlenmiştir.

Dahil edilme kriterleri

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olması,
- Hastaların 18 yaş ve üzeri olması,
- En az 24 saat koroner yoğun bakımda tedavi görmüş olması,
- Soruların tamamını yanıtlayacak bilişsel yeterlilikte olması,
- İşitme engelinin bulunmaması,
- Psikiyatrik tanı konmamış olması,

3.4. Veri Toplama Araçları

Veriler Hasta Tanılama Formu (Ek 1), Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği (Ek 2), Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği (Ek 3), Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği (Ek 4) ve Richards Cambel Uyku Ölçeği (Ek 5) ile toplanmıştır.

3.4.1. Hasta Tanılama Formu

Araştırmacılar tarafından oluşturulan formda, hastaların sosyo-demografik özellikleri ile hastalıklarına dair özelliklerini ortaya koymaya yönelik (yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, gelir düzeyi, hastalık tanısı, yoğun bakımda kalış süresi gibi) 12 soru bulunmaktadır.

3.4.2. Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği (YBÜÇSÖ)

Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği (YBÜÇSÖ), Ballard tarafından 1981’de geliştirilmiş, 1989’da Cochran ve Ganong tarafından revize edilmiştir. Ölçek, yoğun bakım servislerinde tedavi görmekte olan hastaların algıladıkları stresörleri belirlemek ve hemşirelerin bu stresörleri azaltmadaki etkinliğini değerlendirmek amacıyla oluşturulmuştur. Türkiye geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2011 yılında Çınar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. 42 maddeden oluşan ölçek, 4’lü Likert tipi derecelendirmeye sahiptir: Hiç etkilemez (1), çok az etkiler (2), sıklıkla etkiler (3) ve çok fazla etkiler (4). Her madde için verilen puan esas alınır. Ölçeğin alt boyutları ve kesme noktası bulunmamaktadır ve 42-168 arası puanlanmaktadır. Ölçekten alınan puanın yüksek olması, yoğun bakımdaki çevresel stresörlerden olumsuz yönde etkilendiğini gösterir (Ballard, 1981; Çınar ve ark., 2011). Çınar ve arkadaşları (2011) tarafından yapılmış çalışmada Cronbach Alpha katsayısı 0,94 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada Cronbach Alpha katsayısı 0,93 olarak belirlenmiştir.

3.4.3. Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği (YBDÖ)

Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği (YBDÖ) Rattray ve ark. tarafından 2004’de yoğun bakımda yatan hastaların deneyimlerini değerlendirmek için oluşturulmuş, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Demir ve arkadaşları tarafından 2009’da yapılmıştır. 19 maddeden oluşan ölçek, 5’li likert şeklinde düzenlenmiştir. YBDÖ’nün “*Çevrenin Farkında Olma*”, “*Kötümser Deneyim*”, “*Deneyimlerin Hatırlanması*”, “*Bakımdan Memnuniyet*” olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekteki maddelerden 4 tanesi ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 19, en yüksek puan 95’tir. Ölçeğin alt boyutlar puan aralığı; 1. alt boyutta 6-30, 2. ve 3. boyutta 4-20 ve 4. alt boyutta 5-25’tir. Ölçekten düşük puan alınması, hastaların bilincinin yeterince açık olmadığı ve yoğun bakım deneyimlerinin olumsuz olduğu şeklinde; yüksek puan alınması ise, hastaların farkındalığının yüksek olduğu, yaşanan olumsuz deneyimlerin düşük olduğu ve bakımla ilgili memnuniyetlerinin yüksek olduğu şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,79’dur (Demir ve ark., 2009). Bu çalışmada Cronbach Alpha katsayısı 0,73 olduğu saptanmıştır.

3.4.4. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DAAS-21)

Hastaların depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini ölçmede Lovibond ve Lovibond (1995) tarafından geliştirilmiş, Sarıçam (2018) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmış olan ölçek kullanılmıştır. Ölçek 21 maddeden ve “*depresyon (3,5,10,13,16,17 ve 21. maddeler)*”, “*anksiyete (2,4,7,9,15,19 ve 20. maddeler)*” ve “*stres (1,6,8,11,12,14 ve 18. maddeler)*” olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. “*Hiçbir zaman-Her zaman*” seçenekleri arasında değişen 4’lü likert tipi bir ölçektir. Sorulara verilen cevapların puanı arttıkça depresyon, anksiyete ve stres düzeyi artmaktadır. Bireyin depresyon alt boyutundan 5 puan ve üzeri, anksiyeteden 4 puan ve üzeri, stresten 8 puan ve üzeri alması ilgili probleme sahip olduğunu göstermektedir (Lovibond ve Lovibond, 1995; Sarıçam, 2018). Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı depresyon alt boyutu için 0,87, anksiyete alt boyutu için 0,85 ve stres alt boyutu için 0,81 olarak bulunmuştur (Sarıçam, 2018). Bu çalışmada Depresyon için 0,81, Anksiyete için 0,82 ve Stres için 0,76 olduğu saptanmıştır.

3.4.5. Richards Cambel Uyku Ölçeği (RCUÖ)

Richard-Campbell Uyku Ölçeği (RCUÖ), uyku algısını değerlendirmek için Richards (1987) tarafından geliştirilmiş, Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Özer ve Özlü (2015) tarafından yapılmıştır. RCUÖ gece uykusunun derinliği, uykuya dalma süresi, uyanma sıklığı, uyandığında uyanık kalma süresi, uykunun kalitesi ve ortamdaki gürültü düzeylerini ölçen 6 maddelik bir ölçektir. Her bir madde, görsel analog ölçek tekniği kullanılarak 0 ile 100.0 arasındaki bir çizelgede değerlendirilir. Ölçek toplam puanı 5 madde üzerinden değerlendirilmekte olup, ortamdaki gürültü düzeyini değerlendiren 6. madde toplam puan değerlendirmesi dışında bırakılmaktadır. Ankette elde edilen puan arttıkça hastaların uyku kalitesi de artmaktadır. Ölçekten alınan 0 -25 arası puan çok kötü bir uykuyu, 76-100 arası ise çok iyi bir uykuyu gösterir. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,91 olarak bulunmuştur (Özer ve Özlü, 2015). Bu çalışmada Cronbach Alpha katsayısı 0,84 olduğu saptanmıştır.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmacı tarafından, hastalara araştırma hakkında bilgi verilmesinin ardından çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara anketler yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır.

3.5. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler için SPSS 25.0 programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, medyan, sıklık, oran) yanında, değişkenlerin normal dağılıma uygunluklarında ShapiroWilk testi, normal dağılım göstermeyen değişkenlerde üç grup ve üzeri karşılaştırmalarda Kruskal Wallis testi ve farklılığa neden çıkan grubun tespitinde Dunn testi, iki grup değerlendirmelerde Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkilerin değerlendirmede Spearman's testi ve Lineer regresyon analizlerinden faydalanmış olup, sonuçlar $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlamadan önce İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan (27.01.2023 tarih ve 2023/01 sayı) onay alınmıştır. İlgili İl Sağlık Müdürlüğü'nde çalışma yapılmasına ilişkin (02.06.2023 tarih ve 217042587 sayılı) kurum izni alınmıştır. Çalışmaya katılan tüm hastalara araştırma hakkında bilgi verildikten sonra bilgilendirilmiş onam formu ile yazılı izinleri alınmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

4.1. Hastaların Sosyo-Demografik ve Hastalıkları Özellikleri ile İlgili Bulgular

Hastaların yaş ortalaması 61,48±13,45 yıl, %62,9'u erkek, %77,6'sı evli, %56'sı ilkokul/ortaokul, %95,7'sinin çocuğu bulunmakta, %31,9'u serbest meslekte olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1: Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri

		Ort±Ss	Min-Max (Median)
		N	%
Yaş (Yıl)		68.15±12.79	23-97 (69)
Cinsiyet	Kadın	43	37.1
	Erkek	73	62.9
Medeni Durum	Evli	90	77.6
	Bekar	26	22.4
Eğitim Durum	Okuryazar Değil	26	22.4
	Okuryazar	6	5.2
	İlkokul /Ortaokul	65	56.0
	Lise	10	8.6
	Üniversite/Yüksekokul	9	7.8
Çocuk Varlığı	Var	111	95.7
	Yok	5	4.3
Çocuk Sayısı	1 Çocuk	7	6.3
	2 Çocuk	28	25.2
	3 Çocuk	19	17.1
	4 Çocuk	19	17.1
	5 Çocuk	10	9.0
	6 Çocuk	18	9.0
	7 Çocuk ve üzeri	18	16.2
Meslek Grupları	Memur	6	5.2
	Ev hanımı	36	31.0
	Serbest	37	31.9
	İşçi	4	3.4
	Emekli	27	23.3
	İşsiz	6	5.2

Hastaların %81,9'u hastaneye acil yatmış, %56,9'u hastanede 1-7 gün arası kalmış, %43,1'i daha önce yoğun bakımda yatmamış, %50,9'u yoğun bakım sürecinde bilgi almamış, %94,6'sına hastalık hakkında bilgilendirme yapılmış, %65,5'inde kronik hastalık bulunmaktadır (Tablo 4.2.).

Tablo 4.2: Hastaların Hastalık Özellikleri

		N	%
Hastaneye Yatış Durumu	Planlı	21	18.1
	Acil	95	81.9
Yoğun Bakımda Kalma Süresi	24 Saat	38	32.8
	2-7 Gün	66	56.9
	8-14 Gün	10	8.6
	15 Günden Fazla	2	1.7
Daha Önce Yoğun Bakımda Yatma Süresi	Hayır	50	43.1
	1 Kez	30	25.9
	2 Kez	19	16.4
	3 Kez	5	4.3
	4 Kez ve Üzeri	12	10.2
Yoğun Bakım Sürecinde Bilgi Alma	Evet	57	49.1
	Hayır	59	50.9
Bilgilendirme Konular*	Yapılan Hastalık	53	94.6
	Yapılan Girişimler	48	85.7
	Tedavi	52	92.9
	Bakım	50	89.3
Kronik Hastalık Durumu	Evet	76	65.5
	Hayır	40	34.5
Kronik Hastalık*	Kalp Hastalıkları	25	32.9
	Hipertansiyon	48	63.2
	Diyabet	39	51.3
	Akciğer Hastalıkları	12	15.8
	Böbrek Hastalıkları	7	9.2
	Tiroit Hastalıkları	4	5.3
	Kolesterol	5	6.6
	Diğer	6	7.9

* Birden Fazla Seçenek İşaretlenmiştir

4.2. Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği, Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği, Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği ve Richards Campbell Uyku Ölçeği Bulguları

Hastaların YBÜÇSÖ ortalaması 97,24±27,37, Çevrenin Farkında Olma ortalaması 16,74±4,31, Kötümser Deneyim ortalaması 14,05±2,88, Bakımdan Memnuniyet ortalaması 13,16±2,77, Deneyimlerin Hatırlanması ortalaması 16,53±3,4, YBDÖ ortalaması 60,49±9,66, Depresyon ortalaması 6,12±4,75, Anksiyete ortalaması 7,56±4,81, Stres ortalaması 6,57±5,23 ve RCUÖ ortalaması 54,52±25,61'dir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3: Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği, Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği, Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği ve Richards Campbell Uyku Ölçeği Ölçüm Ortalamaları

		Ort±Ss	Min-Max (Median)
Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği		97.24±27.37	42-157 (97)
Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği Alt Boyutları	Çevrenin Farkında Olma	16.74±4.31	8-28 (16)
	Kötümser Deneyim	14.05±2.88	4-20 (14)
	Bakımdan Memnuniyet	13.16±2.77	4-20 (13)
	Deneyimlerin Hatırlanması	16.53±3.4	6-25 (16)
Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği		60.49±9.66	27-90 (60.5)
Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği	Depresyon	6.12±4.75	0-18 (6)
	Anksiyete	7.56±4.81	0-21 (7)
	Stres	6.57±5.23	0-21 (6)
Richards Campbell Uyku Ölçeği		54.52±25.61	3.33-100 (53.34)

Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği frekans analizine göre en çok söylenen ilk 5 çevresel stresör sırasıyla; uyuyamamak, sıkılmak, çok sıcak ya da çok soğuk bir odada olmak, eşinin özlemek/görememek, ağrı olarak bulunmuştur. En düşük 5 stresör olarak ise sırasıyla; telefon sesini duymak, hemşirelerin makinaları hastalardan daha fazla izlemeleri, doktor ve hemşireler tarafından sıkça muayene edilmeleri, hemşireler tarafından uyandırılmak, hemşirelerin yatağın etrafında sürekli bir şeyler yapmaları olarak belirlenmiştir (Tablo 4.4).



Tablo 4.4: Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçek Maddelerinin Frekansları

Stresörler	Ort±Ss	Min-Max (Median)
M1	2.22±1.21	1-4 (2)
M2	2.01±1.21	1-4 (1)
M3	1.9±1.17	1-4 (1)
M4	2.41±1.3	1-4 (2)
M5	1.76±1.13	1-4 (1)
M6	2.32±1.29	1-4 (2)
M7	1.59±0.92	1-4 (1)
M8	1.7±1.01	1-4 (1)
M9	1.84±1.12	1-4 (1)
M10	1.61±0.96	1-4 (1)
M11	2.33±1.26	1-4 (2)
M12	1.84±1.11	1-4 (1)
M13	1.77±1.05	1-4 (1)
M14	3.07±1.23	1-4 (4)
M15	2.78±1.3	1-4 (3)
M16	2.46±1.32	1-4 (2)
M17	1.71±1.03	1-4 (1)
M18	2.15±1.25	1-4 (2)
M19	2.32±1.32	1-4 (2)
M20	2.14±1.32	1-4 (1)
M21	2.43±1.37	1-4 (2)
M22	2.94±1.28	1-4 (4)
M23	2.65±1.26	1-4 (3)
M24	1.7±1.03	1-4 (1)
M25	2.19±1.27	1-4 (2)
M26	1.91±1.18	1-4 (1)
M27	2.56±1.27	1-4 (3)
M28	3.22±1.15	1-4 (4)
M29	2.91±1.28	1-4 (4)
M30	2.53±1.32	1-4 (2,5)
M31	2.44±1.28	1-4 (2)
M32	3±1.22	1-4 (4)
M33	2.03±1.27	1-4 (1)
M34	2.52±1.33	1-4 (2)
M35	2.26±1.33	1-4 (2)
M36	2.28±1.26	1-4 (2)
M37	2.76±1.27	1-4 (3)
M38	2.23±1.33	1-4 (2)
M39	3.1±1.13	1-4 (4)
M40	2.84±1.35	1-4 (4)
M41	1.77±1.12	1-4 (1)
M42	3.08±1.15	1-4 (4)

M: Ölçek Maddeleri

4.3. Hastaların Sosyo-Demografik ve Hastalıkları Özellikleri ile Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği, Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği ve Richards Campbell Uyku Ölçeği Ölçüm Karşılaştırma Bulguları

Kadınlarda Depresyon değerinin erkeklere göre daha yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,049$; $p<0,05$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.5: Cinsiyete Göre Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği, Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği ve Richards Campbell Uyku Ölçeği Ölçümlerin Karşılaştırılması

		Ort±Ss	Min-Max (Median)	p
Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği	Kadın	101.81±28.31	48-157 (99)	0.222
	Erkek	94.55±26.63	42-152 (96)	
Çevrenin Farkında Olma	Kadın	17.19±4.01	9-27 (17)	0.266
	Erkek	16.48±4.49	8-28 (16)	
Kötümser Deneyim	Kadın	14.23±2.97	5-20 (15)	0.373
	Erkek	13.95±2.84	4-20 (14)	
Bakımdan Memnuniyet	Kadın	13.53±2.75	5-20 (14)	0.122
	Erkek	12.95±2.77	4-20 (13)	
Deneyimlerin Hatırlanması	Kadın	16.51±3.24	6-23 (17)	0.811
	Erkek	16.55±3.51	9-25 (16)	
Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği	Kadın	61.47±8.97	27-85 (63)	0.122
	Erkek	59.92±10.06	27-90 (59)	
Depresyon	Kadın	7.09±4.56	0-17 (7)	0.049*
	Erkek	5.55±4.8	0-18 (5)	
Anksiyete	Kadın	8.65±4.93	0-21 (8)	0.058
	Erkek	6.92±4.65	0-21 (6)	
Stres	Kadın	7.49±4.97	0-21 (7)	0.052
	Erkek	6.03±5.34	0-21 (5)	
Richards Campbell Uyku Ölçeği	Kadın	55.54±24.54	16.67-100 (50)	0.862
	Erkek	53.92±26.36	3.33-100 (55.83)	

Mann Whitney U Testi, * $p<0,05$

Evli olanların YBÜÇSÖ ortalamasının bekâr olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,043$; $p<0,05$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.6: Medeni Durumuna Göre Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği, Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği ve Richards Campbell Uyku Ölçeği Ölçümlerin Karşılaştırılması

		Ort±Ss	Min-Max (Median)	p
Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği	Evli	94.31±25.25	42-143 (94)	0.043*
	Bekâr	107.38±32.22	45-157 (109)	
Çevrenin Farkında Olma	Evli	16.56±4.09	8-27 (16)	0.471
	Bekâr	17.38±5.04	9-28 (17)	
Kötümser Deneyim	Evli	13.87±2.83	4-20 (14)	0.250
	Bekâr	14.69±3.02	7-20 (15)	
Bakımdan Memnuniyet	Evli	13.24±2.74	4-20 (13)	0.915
	Bekâr	12.88±2.9	5-18 (13)	
Deneyimlerin Hatırlanması	Evli	16.57±3.29	9-25 (16)	0.667
	Bekâr	16.42±3.81	6-23 (17)	
Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği	Evli	60.23±9.17	27-90 (59.5)	0.204
	Bekâr	61.38±11.33	27-85 (62.5)	
Depresyon	Evli	5.84±4.69	0-18 (5.5)	0.229
	Bekâr	7.08±4.94	0-18 (6.5)	
Anksiyete	Evli	7.53±4.64	0-21 (7)	0.910
	Bekâr	7.65±5.45	0-21 (7)	
Stres	Evli	6.4±4.86	0-21 (6)	0.981
	Bekâr	7.15±6.44	0-21 (6)	
Richards Campbell Uyku Ölçeği	Evli	53.19±24.45	3.33-100 (51.25)	0.276
	Bekâr	59.15±29.31	3.83-100 (64.17)	

Mann Whitney U Testi, * $p<0,05$

Eğitim durumuna göre YBÜÇSÖ, YBDÖ, DAAS-21 ve RCU değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$)(Tablo 4.6).

Tablo 4.7: Eğitim Durumuna Göre Yoğun Bakım nitesinde evresel Stresörler leği, Yoğun Bakım Deneyim leği, Depresyon Anksiyete Stres leği ve Richards Campbell Uyku leği lmlerin Karşılaştırılması

		Ort±Ss	Min-Max (Median)	p
Yoğun Bakım nitesinde evresel Stresörler leği	Okuryazar Değil	97.58±31.12	45-156 (93)	0.946
	Okuryazar	103.67±27.16	63-136 (111.5)	
	İlkokul /Ortaokul	96.94±25.07	42-143 (98)	
	Lise	93.2±33.52	44-157 (91.5)	
	niversite/Yüksekokul	98.67±30.57	67-142 (100)	
Çevrenin Farkında Olma	Okuryazar Değil	17.31±3.46	10-23 (17)	0.703
	Okuryazar	16.17±2.86	14-21 (15)	
	İlkokul /Ortaokul	16.75±4.74	8-28 (16)	
	Lise	16.2±4.66	10-26 (15.5)	
	niversite/Yüksekokul	16±4.3	11-26 (16)	
Kötümser Deneyim	Okuryazar Değil	14.19±2.67	8-20 (14)	0.163
	Okuryazar	14.5±3.02	10-18 (15)	
	İlkokul /Ortaokul	14.32±2.93	5-20 (15)	
	Lise	12.2±3.61	4-16 (13.5)	
	niversite/Yüksekokul	13.44±1.51	12-17 (13)	

Kruskall Wallis Testi, * $p<0,05$

Tablo 4.6: Eğitim Durumuna Göre Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği, Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği ve Richards Campbell Uyku Ölçeği Ölçümlerin Karşılaştırılması- Devamı

		Ort±Ss	Min-Max (Median)	p
Bakımdan Memnuniyet	Okuryazar Değil	13.96±2.36	8-18 (14)	0.120
	Okuryazar	12.5±1.05	11-14 (12.5)	
	İlkokul /Ortaokul	13.18±2.98	5-20 (13)	
	Lise	11.7±3.43	4-18 (12)	
	Üniversite/Yüksekokul	12.78±1.64	10-15 (13)	
Deneyimlerin Hatırlanması	Okuryazar Değil	15.88±3.19	9-21 (16)	0.182
	Okuryazar	17.17±2.14	14-19 (18)	
	İlkokul /Ortaokul	16.89±3.64	6-25 (16)	
	Lise	14.6±2.88	9-19 (14)	
	Üniversite/Yüksekokul	17.56±2.65	14-22 (17)	
Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği	Okuryazar Değil	61.35±8.08	38-73 (62)	0.362
	Okuryazar	60.33±4.59	54-66 (61)	
	İlkokul /Ortaokul	61.15±10.39	27-90 (61)	
	Lise	54.7±11.22	27-68 (56)	
	Üniversite/Yüksekokul	59.78±8.36	53-80 (57)	
Depresyon	Okuryazar Değil	6.85±5.42	0-18 (5)	0.874
	Okuryazar	6.83±5.04	1-14 (6.5)	
	İlkokul /Ortaokul	6.03±4.76	0-18 (6)	
	Lise	4.7±3.83	0-11 (4)	
	Üniversite/Yüksekokul	5.78±3.73	0-12 (5)	
Anksiyete	Okuryazar Değil	8.23±5.64	1-21 (7)	0.728
	Okuryazar	8.67±0.82	8-10 (8.5)	
	İlkokul /Ortaokul	7.31±4.63	0-17 (6)	
	Lise	6.5±5.72	0-16 (4.5)	
	Üniversite/Yüksekokul	7.89±4.43	1-13 (8)	
Stres	Okuryazar Değil	7.85±5.76	0-21 (7)	0.513
	Okuryazar	7.33±5.72	2-16 (5.5)	
	İlkokul /Ortaokul	6.06±4.9	0-21 (6)	
	Lise	5.3±5.38	0-19 (4.5)	
	Üniversite/Yüksekokul	7.44±5.9	0-17 (8)	
Richards Campbell Uyku Ölçeği	Okuryazar Değil	55.61±27.93	16.67-100 (56.25)	0.353
	Okuryazar	70.42±15.96	54.17-91.67 (68.75)	
	İlkokul /Ortaokul	51.38±25.19	3.33-100 (50)	
	Lise	61±20.68	30.83-95 (60)	
	Üniversite/Yüksekokul	56.3±30.71	16.67-100 (52.5)	

Kruskall Wallis Testi, *p<0,05

Çocuk varlığına göre YBÜÇSÖ, YBDÖ, DAAS-21 ve RCUÖ değerlerinin farklılığı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.8: Çocuk Varlığına Göre Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği, Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği ve Richards Campbell Uyku Ölçeği Ölçümlerin Karşılaştırılması

		Ort±Ss	Min-Max (Median)	p
Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği	Var	97.47±27.49	42-157 (98)	0.601
	Yok	92.2±27.01	69-134 (84)	
Çevrenin Farkında Olma	Var	16.86±4.36	8-28 (16)	0.121
	Yok	14.2±1.79	12-17 (14)	
Kötümser Deneyim	Var	14.03±2.93	4-20 (14)	0.721
	Yok	14.6±1.52	13-16 (15)	
Bakımdan Memnuniyet	Var	13.16±2.81	4-20 (13)	0.853
	Yok	13.2±1.92	10-15 (14)	
Deneyimlerin Hatırlanması	Var	16.52±3.43	6-25 (16)	0.784
	Yok	16.8±2.77	13-20 (18)	
Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği	Var	60.57±9.83	27-90 (61)	0.615
	Yok	58.8±4.27	54-63 (59)	
Depresyon	Var	6.14±4.8	0-18 (6)	0.956
	Yok	5.6±3.71	0-9 (5)	
Anksiyete	Var	7.59±4.85	0-21 (7)	0.744
	Yok	6.8±3.96	3-13 (6)	
Stres	Var	6.58±5.29	0-21 (6)	0.913
	Yok	6.4±4.34	0-12 (6)	
Richards Campbell Uyku Ölçeği	Var	54.79±25.6	3.33-100 (54.17)	0.688
	Yok	48.67±27.89	10.83-75 (50.83)	

Mann Whitney U Testi,* $p<0,05$

Hastaneye yatış durumuna göre YBÜÇSÖ, YBDÖ, DAAS-21 ve RCUÖ değerlerinin farklılığı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$) (Tablo 4.8).

Tablo 4.9: Hastaneye Yatış Durumuna Göre Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği, Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği ve Richards Campbell Uyku Ölçeği Ölçümlerin Karşılaştırılması

		Ort±Ss	Min-Max (Median)	p
Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği	Planlı	97.76±28.89	44-156 (94)	0.957
	Acil	97.13±27.18	42-157 (98)	
Çevrenin Farkında Olma	Planlı	17.71±4.27	11-27 (17)	0.252
	Acil	16.53±4.32	8-28 (16)	
Kötümser Deneyim	Planlı	14.62±2.44	8-19 (14)	0.344
	Acil	13.93±2.97	4-20 (14)	
Bakımdan Memnuniyet	Planlı	12.9±2.41	8-19 (13)	0.504
	Acil	13.22±2.85	4-20 (13)	
Deneyimlerin Hatırlanması	Planlı	16.95±3.37	12-25 (17)	0.732
	Acil	16.44±3.41	6-25 (16)	
Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği	Planlı	62.19±10.07	49-90 (60)	0.733
	Acil	60.12±9.58	27-87 (61)	
Depresyon	Planlı	6.81±4.37	0-14 (7)	0.314
	Acil	5.97±4.84	0-18 (5)	
Anksiyete	Planlı	7.62±4.36	1-14 (8)	0.790
	Acil	7.55±4.92	0-21 (6)	
Stres	Planlı	6.76±4.47	0-19 (6)	0.517
	Acil	6.53±5.41	0-21 (6)	
RichardsCampbell Uyku Ölçeği	Planlı	49.13±27.6	3.33-100 (50)	0.329
	Acil	55.72±25.14	3.83-100 (54.17)	

Mann Whitney U Testi, *p <0,05

Yoğun bakım ünitesinde kalış süresine göre Çevrenin Farkında Olma değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,019$; $p<0,05$). 24 saat grubunun Çevrenin Farkında Olma değerinin, 2-7 gün ve 8-14 gün olanlara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$) (Tablo 4.9).

Tablo 4.10: Yoğun Bakımda Kalma Süresine Göre Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği, Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği ve Richards Campbell Uyku Ölçeği Ölçümlerin Karşılaştırılması

			Ort±Ss	Min-Max (Median)	p
Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği	24 Saat ^a		96.58±27.4	44-157 (97.5)	0.894
	2-7 Gün ^b		96.82±28.04	42-156 (98.5)	
	8-14 Gün ^c		99.2±23.52	70-130 (94)	
	15 Günden Fazla ^d		114±41.01	85-143 (114)	
Çevrenin Farkında Olma	24 Saat ^a		15.29±4.29	8-26 (15)	0.019* a<b a<c
	2-7 Gün ^b		17.24±3.94	10-28 (17)	
	8-14 Gün ^c		19.4±5.5	12-27 (18.5)	
	15 Günden Fazla ^d		14.5±0.71	14-15 (14.5)	
Kötümser Deneyim	24 Saat ^a		13.68±3.08	5-20 (14)	0.525
	2-7 Gün ^b		14.08±2.87	4-20 (14)	
	8-14 Gün ^c		15.3±2.06	12-19 (15)	
	15 Günden Fazla ^d		14±2.83	12-16 (14)	
Bakımdan Memnuniyet	24 Saat ^a		13.05±2.78	5-20 (14)	0.269
	2-7 Gün ^b		13.09±2.77	4-20 (12.5)	
	8-14 Gün ^c		14.5±2.42	10-19 (14.5)	
	15 Günden Fazla ^d		11±4.24	8-14 (11)	
Deneyimlerin Hatırlanması	24 Saat ^a		15.87±3.32	6-23 (16)	0.264
	2-7 Gün ^b		16.61±3.11	9-25 (16.5)	
	8-14 Gün ^c		18.7±3.77	14-25 (17.5)	
	15 Günden Fazla ^d		16±9.9	9-23 (16)	
Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği	24 Saat ^a		57.89±8.56	27-80 (58)	0.079
	2-7 Gün ^b		61.02±9.33	27-87 (61.5)	
	8-14 Gün ^c		67.9±12.21	53-90 (62.5)	
	15 Günden Fazla ^d		55.5±12.02	47-64 (55.5)	
Depresyon	24 Saat ^a		5.76±4.36	0-18 (5)	0.245
	2-7 Gün ^b		5.95±4.89	0-18 (5.5)	
	8-14 Gün ^c		8.9±4.82	0-17 (9.5)	
	15 Günden Fazla ^d		4.5±6.36	0-9 (4.5)	
Anksiyete	24 Saat ^a		6.84±4.54	0-16 (6)	0.310
	2-7 Gün ^b		7.91±5.11	0-21 (8)	
	8-14 Gün ^c		8.8±3.46	4-14 (8)	
	15 Günden Fazla ^d		3.5±3.54	1-6 (3.5)	
Stres	24 Saat ^a		6.55±5.56	0-19 (5.5)	0.920
	2-7 Gün ^b		6.48±5.12	0-21 (6)	
	8-14 Gün ^c		7.4±5.27	1-17 (6.5)	
	15 Günden Fazla ^d		5.5±6.36	1-10 (5.5)	
Richards Campbell Uyku Ölçeği	24 Saat ^a		53.33±24	10.83-100 (52.5)	0.187
	2-7 Gün ^b		55.17±26.28	3.33-100 (56.25)	
	8-14 Gün ^c		47.17±25.05	20-100 (45.83)	
	15 Günden Fazla ^d		92.5±7.07	87.5-97.5 (92.5)	

Kruskall Wallis Testi, *p<0,05

Daha önce yoğun bakımda kalma süresine göre RCUÖ değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,042$; $p<0,05$). YBÜ kalmayan grubun, 1 kez, 2 kez ve 4 kez ve üzeri gruplarının RCUÖ değerinin, 3 kez olanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$) (Tablo 4.10).

Tablo 4.11: Daha Önce Yoğun Bakımda Kalma Süresine Göre Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği, Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği ve Richards Campbell Uyku Ölçeği Ölçümlerin Karşılaştırılması

		Ort±Ss	Min-Max (Median)	p
Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği	Hayır	92.76±28.12	42-143 (91)	0.363
	1 Kez	102.03±27.66	44-157 (107.5)	
	2 Kez	95.58±30.21	51-156 (92)	
	3 Kez	112.6±26.9	79-152 (112)	
	4 Kez ve Üzeri	100.17±16.16	79-137 (99)	
Çevrenin Farkında Olma	Hayır	16.58±4.84	8-28 (15.5)	0.862
	1 Kez	16.9±3.29	10-25 (17)	
	2 Kez	17±4.91	10-27 (16)	
	3 Kez	16.8±3.11	12-20 (17)	
	4 Kez ve Üzeri	16.58±4.29	9-24 (17.5)	
Kötümser Deneyim	Hayır	14.28±2.15	8-18 (14)	0.207
	1 Kez	14.63±2.95	6-20 (15)	
	2 Kez	13.74±3.62	5-20 (14)	
	3 Kez	14.6±1.67	12-16 (15)	
	4 Kez ve Üzeri	11.92±3.78	4-16 (13.5)	
Bakımdan Memnuniyet	Hayır	12.86±2.47	8-20 (13)	0.128
	1 Kez	12.73±1.96	8-16 (13)	
	2 Kez	14.68±3.23	10-20 (14)	
	3 Kez	14.4±2.07	11-16 (15)	
	4 Kez ve Üzeri	12.58±4.27	4-18 (13.5)	
Deneyimlerin Hatırlanması	Hayır	16.3±3.19	9-24 (16)	0.490
	1 Kez	16.87±3.14	12-25 (16.5)	
	2 Kez	17.26±3.53	12-25 (18)	
	3 Kez	17.8±1.92	16-21 (17)	
	4 Kez ve Üzeri	15±4.79	6-23 (15)	
Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği	Hayır	60.02±9.25	38-87 (59)	0.540
	1 Kez	61.13±7.42	44-75 (61.5)	
	2 Kez	62.68±10.55	47-90 (62)	
	3 Kez	63.6±5.94	57-72 (64)	
	4 Kez ve Üzeri	56.08±14.74	27-72 (59)	

Kruskall Wallis Testi, * $p<0,05$

Tablo 4.10: Daha Önce Yoğun Bakımda Kalma Süresine Göre Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği, Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği ve Richards Campbell Uyku Ölçeği Ölçümlerin Karşılaştırılması-Devamı

		Ort±Ss	Min-Max (Median)	p
Depresyon	Hayır	5.5±4.18	0-14 (4.5)	0.868
	1 Kez	6.73±5.5	0-18 (5.5)	
	2 Kez	6.47±5.08	0-17 (5)	
	3 Kez	8±5.66	4-18 (6)	
	4 Kez ve Üzeri	5.83±4.43	0-13 (7)	
Anksiyete	Hayır	6.54±4.31	0-16 (6)	0.295
	1 Kez	8.4±5.36	0-21 (8)	
	2 Kez	7.89±5	0-16 (7)	
	3 Kez	10.8±6.02	5-21 (9)	
	4 Kez ve Üzeri	7.83±4.2	0-14 (7)	
Stres	Hayır	4.92±3.99	0-16 (5)	0.087
	1 Kez	7.93±6.53	0-21 (7)	
	2 Kez	7.89±4.77	1-17 (7)	
	3 Kez	8.8±7.19	2-21 (7)	
	4 Kez ve Üzeri	7±4.9	1-17 (6)	
Richards Campbell Uyku Ölçeği	Hayır	52.79±25.2	3.83-100 (50)	0.042*
	1 Kez	60.97±26.62	3.33-100 (65)	
	2 Kez	57.63±24.02	16.67-100 (56.67)	
	3 Kez	26±13.26	16.67-45 (16.67)	
	4 Kez ve Üzeri	52.57±25.15	25-99.17 (41.25)	

Kruskall Wallis Testi, *p<0,05

Yoğun bakım sürecinde bilgi alanların Kötümser Deneyim değerinin almayanlara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,004$; $p<0,01$) (Tablo 4.11).

Tablo 4.12: Yoğun Bakım Sürecinde Bilgi Alma Durumuna Göre Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği, Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği ve Richards Campbell Uyku Ölçeği Ölçümlerin Karşılaştırılması

		Ort±Ss	Min-Max (Median)	p
Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği	Evet	102.05±29.02	45-157 (100)	0.056
	Hayır	92.59±25.06	42-152 (92)	
Çevrenin Farkında Olma	Evet	17±4.78	8-28 (17)	0.544
	Hayır	16.49±3.83	9-27 (16)	
Kötümser Deneyim	Evet	14.79±2.84	6-20 (15)	0.004*
	Hayır	13.34±2.76	4-18 (14)	
Bakımdan Memnuniyet	Evet	13.39±2.68	8-20 (13)	0.587
	Hayır	12.95±2.86	4-20 (13)	
Deneyimlerin Hatırlanması	Evet	16.54±3.46	9-25 (17)	0.978
	Hayır	16.53±3.36	6-25 (16)	
Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği	Evet	61.72±9.98	38-90 (62)	0.205
	Hayır	59.31±9.27	27-87 (59)	
Depresyon	Evet	6.18±4.48	0-17 (5)	0.715
	Hayır	6.07±5.03	0-18 (6)	
Anksiyete	Evet	7.11±4.3	0-15 (6)	0.455
	Hayır	8±5.26	0-21 (8)	
Stres	Evet	6.28±4.58	0-19 (6)	0.905
	Hayır	6.85±5.82	0-21 (6)	
Richards Campbell Uyku Ölçeği	Evet	56.89±27.05	3.33-100 (54.17)	0.331
	Hayır	52.23±24.14	16.67-100 (50)	

Mann Whitney U Testi, * $p<0,05$

Kronik hastalık durumuna göre YBÜÇSÖ, YBDÖ, DAAS-21 ve RCUÖ değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 4.12).

Tablo 4.13: Kronik Hastalık Durumuna Göre Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği, Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği ve Richards Campbell Uyku Ölçeği Ölçümlerin Karşılaştırılması

		Ort±Ss	Min-Max (Median)	p
Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği	Evet	991.7±27.24	44-157 (98.5)	0.366
	Hayır	93.58±27.6	42-143 (96)	
Çevrenin Farkında Olma	Evet	16.72±4.06	9-28 (16.5)	0.861
	Hayır	16.78±4.82	8-27 (16)	
Kötümser Deneyim	Evet	13.87±2.99	4-20 (14)	0.583
	Hayır	14.4±2.67	8-20 (14)	
Bakımdan Memnuniyet	Evet	13.28±2.86	4-20 (13)	0.477
	Hayır	12.95±2.61	8-18 (13)	
Deneyimlerin Hatırlanması	Evet	16.41±3.27	6-25 (16)	0.605
	Hayır	16.78±3.66	9-25 (16.5)	
Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği	Evet	60.28±9.67	27-90 (60)	0.812
	Hayır	60.9±9.74	38-87 (61.5)	
Depresyon	Evet	6.16±4.99	0-18 (5.5)	0.861
	Hayır	6.05±4.33	0-18 (6)	
Anksiyete	Evet	7.74±4.71	0-21 (8)	0.449
	Hayır	7.23±5.04	0-21 (6)	
Stres	Evet	6.7±5.34	0-21 (6)	0.727
	Hayır	6.33±5.09	0-21 (6)	
Richards Campbell Uyku Ölçeği	Evet	55.81±25.94	3.33-100 (53.34)	0.466
	Hayır	52.08±25.1	10.83-100 (53.33)	

Mann Whitney U Testi, *p<0,05

4.4. Yaş, Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği, Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği ve Richards Campbell Uyku Ölçeği Korelasyon Bulguları

Yaş ile YBÜÇSÖ, YBDÖ, DAAS-21 ve RCUÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.13).

Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği ile Çevrenin Farkında Olma ($r=0,351$), Bakımdan Memnuniyet ($r=0,282$), Deneyimlerin Hatırlanması ($r=0,442$), YBDÖ ($r=0,437$), Depresyon ($r=0,537$), Anksiyete ($r=0,476$) ve Stres ($r=0,465$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. YBÜÇSÖ ile Kötümser Deneyim ve RCUÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.13).

Çevrenin Farkında Olma ile Depresyon ($r=0,356$), Anksiyete ($r=0,282$) ve Stres ($r=0,275$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Çevrenin Farkında Olma ile Kötümser Deneyim ve RCUÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.13).

Kötümser Deneyim ile diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.13).

Bakımdan memnuniyet ile Depresyon ($r=0,324$), Anksiyete ($r=0,319$) ve Stres ($r=0,284$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bakımdan Memnuniyet ile RCUÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.13).

Deneyimlerin hatırlanması ile Depresyon ($r=0,483$), Anksiyete ($r=0,476$) ve Stres ($r=0,398$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Deneyimlerin Hatırlanması ile RCUÖ arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=-0,193$) (Tablo 4.13).

Yoğun bakım deneyim ölçeği ile Depresyon ($r=0,390$), Anksiyete ($r=0,354$) ve Stres ($r=0,304$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. YBDÖ ile RCUÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.13).

Depresyon ile RCUÖ arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=-0,314$) (Tablo 4.13).

Anksiyete ile RCUÖ arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=-0,322$) (Tablo 4.13).

Stres ile RCUÖ arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=-0,269$) (Tablo 4.13).



Tablo 4.14: Yaş, Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği, Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği ve Richards Campbell Uyku Ölçeği Korelasyon Analizi

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Yaş	r	1.000										
	P	.										
2. Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği	R	-0.01	1									
	P	.913	.									
3. Çevrenin Farkında Olma	R	-0.007	.351*	1								
	P	.940	.000	.								
4. Kötümser Deneyim	R	.167	0.035	0.181	1.000							
	P	.074	.707	.051	.							
5. Bakımdan Memnuniyet	R	0.082	.282*	.248*	.279*	1						
	P	.382	.002	.007	.002	.						
6. Deneyimlerin Hatırlanması	R	-0.137	.442*	.454*	0.18	.375*	1					
	P	.141	.000	.000	.053	.000	.					
7. Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği	R	.037	.437*	.754*	.480*	.611*	.740*	1.000				
	P	.697	.000	.000	.000	.000	.000	.				
8. Depresyon	R	0	.537*	.356*	-0.121	.324*	.483*	.390*	1			
	P	0.826	.000	.000	.196	.000	.000	.000	.			
9. Anksiyete	R	0.11	.476*	.282*	-0.024	.319*	.476*	.354*	.691*	1.000		
	P	.241	0	.002	.797	.000	.000	.000	.000	.		
10. Stres	R	0.035	.465*	.275*	-0.131	.284*	.398*	.304*	.757*	.699*	1.000	
	P	.710	.000	0.003	.162	.002	.000	.001	.000	.000	.	
11. Richards Campbell Uyku Ölçeği	R	0.019	-0.17	-0.03	0	-0.161	-.193*	-0.105	-.314*	-.322*	-.269*	1
	P	.836	.068	.750	0.465	.085	.037	.264	.001	.000	.003	.

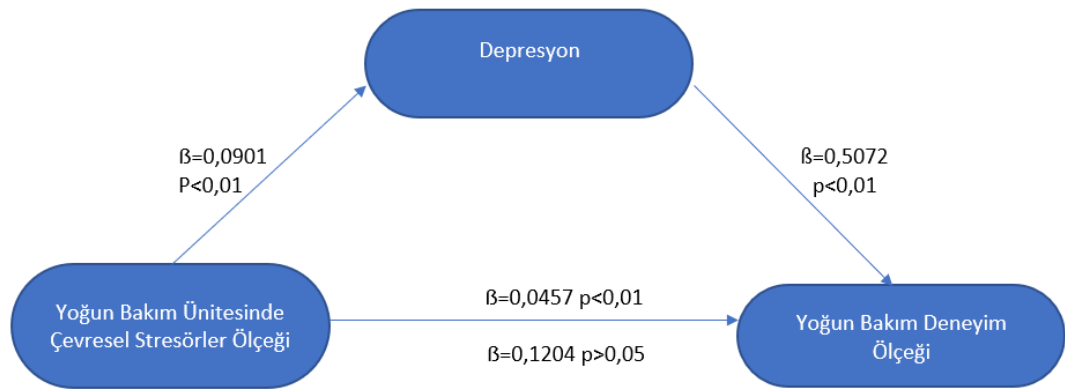
Spearman's, *p<0,05

4.5. Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği, Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği ve Richards Campbell Uyku Ölçeği Yapısal Eşitlik Modeli Bulguları

Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeğinin YBDÖ üzerine etkisi ve bu etkide depresyonun aracılık rolünün belirlenmesinde SPSS PROCESS macro 4 Modeli kullanılmıştır. Şekil 4.1’de gösterilen analiz sonuçlarının detayları Tablo 4.14’de verilmiştir. Buna göre hem YBÜÇSÖ ($\beta=0,0901$) hem de Depresyon ($\beta=0,5072$) YBDÖ pozitif olarak etkilemektedir. Bir diğer bulguya göre, depresyon, YBDÖ’ye olan etkisinde YBÜÇSÖ aracı rol oynamaktadır ($\beta =0,0457$) ve çevresel stresörlerin yoğun bakım deneyimine olan pozitif etkiyi güçlendirmektedir ($\beta =0,1204$). Bu iki değişkenin YBDÖ açıklamadaki yordayıcı etkisi %16,1 olarak bulunmuştur (Tablo 4.14).

Tablo 4.15: Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği, Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği ve Depresyon Direkt ve İndirekt Etkiler

Değişkenler	Direkt Etki	İndirek Etki	Toplam Etki	LLCI	ULCI	t	p
Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği -> Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği	0.0747	0.0457	0.1204	0.0588	0.1820	3.8701	0.001*
Depresyon-> Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği	0.5072			0.1005	0.9139	2.4706	0.001*
Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği -> Depresyon	0.0901			0.0626	0.1176	6.4886	0.001*

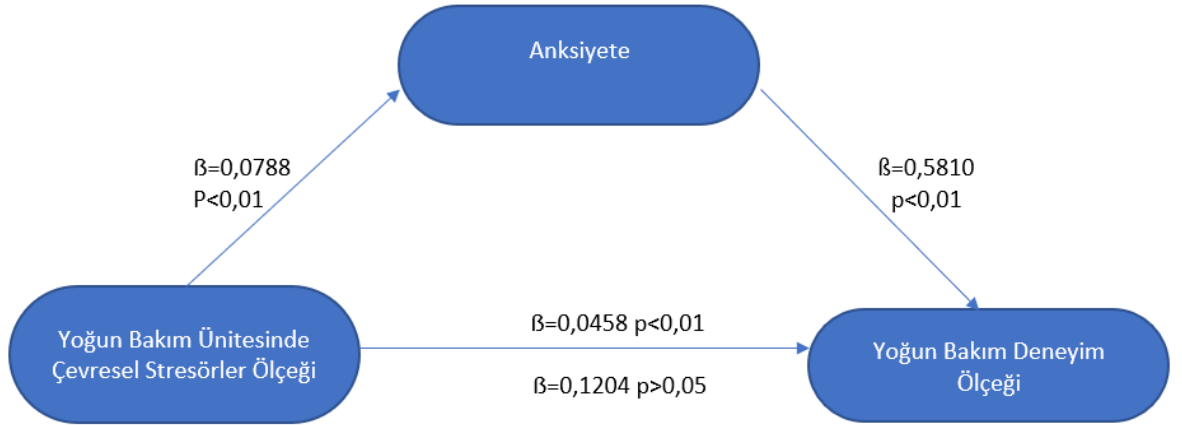


Şekil 4.1: Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği, Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği ve Depresyon Direkt ve İndirekt Etkileri Araştırma Modeli

Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeğinin YBDÖ üzerine etkisi ve bu etkide anksiyetenin aracılık rolünün belirlenmesinde SPSS PROCESS macro 4 Modeli kullanılmıştır. Şekil 4.2’de gösterilen analiz sonuçlarının detayları Tablo 4.15’de verilmiştir. Buna göre hem YBÜÇSÖ ($\beta=0,0788$) hem de Anksiyete ($\beta=0,5810$) YBDÖ pozitif olarak etkilemektedir. Bir diğer bulguya göre, anksiyete, YBDÖ’ye olan etkisinde YBÜÇSÖ aracı rol oynamaktadır ($\beta =0,0458$) ve YBÜÇSÖ’nün YBDÖ’ye olan pozitif etkisini kuvvetlendirmektedir ($\beta =0,1204$). Bu iki değişkenin YBDÖ’yü açıklamadaki yordayıcı etkisi %11,6 bulunmuştur (Tablo 4.15).

Tablo 4.16: Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği, Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği ve Anksiyete Direkt ve İndirekt Etkiler

Değişkenler	Direkt Etki	İndirek Etki	Toplam Etki	LLCI	ULCI	t	p
Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği -> Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği	0.0746	0.0458	0.1204	0.0588	0.1829	3.8701	0.001*
Anksiyete-> Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği	0.5810			0.1959	0.9661	2.9892	0.001*
Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği -> Anksiyete	0.0788			0.0501	0.1075	5.4389	0.001*

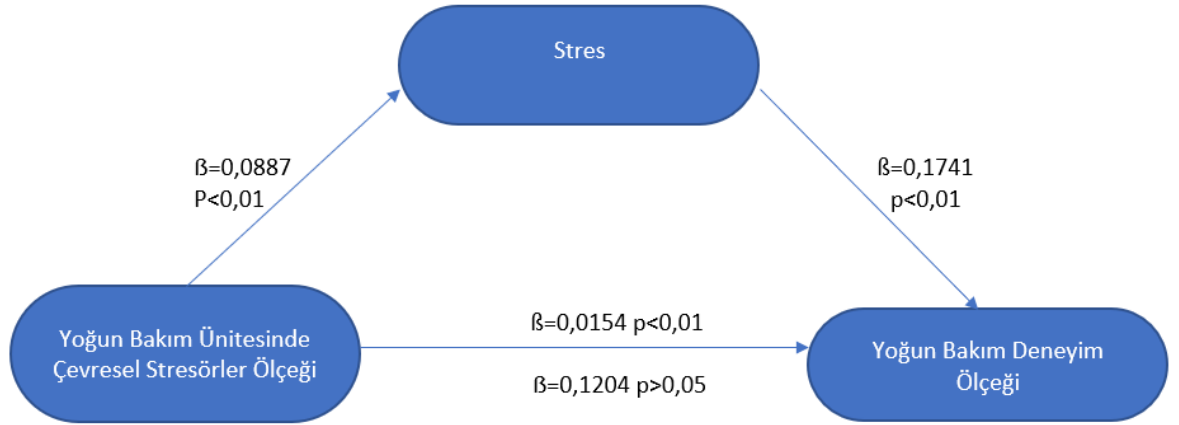


Şekil 4.2: Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği, Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği ve Anksiyete Direkt ve İndirekt Etkileri Araştırma Modeli

Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeğinin YBDÖ üzerine etkisi ve bu etkide stresin aracılık rolünün belirlenmesinde SPSS PROCESS macro 4 Modeli kullanılmıştır. Şekil 4.3’de gösterilen analiz sonuçlarının detayları Tablo 4.16’da verilmiştir. Buna göre hem YBÜÇSÖ ($\beta=0,0887$) hem de Stres ($\beta=0,1741$) YBDÖ pozitif olarak etkilemektedir. Bir diğer bulguya göre Stres, YBDÖ’ye olan etkisinde YBÜÇSÖ aracı rol oynamaktadır ($\beta=0,0154$) ve YBÜÇSÖ’nün YBDÖ’ye olan pozitif etkisini kuvvetlendirmektedir ($\beta=0,1204$). Bu iki değişkenin YBDÖ’yü açıklamadaki yordayıcı etkisi %11,6 bulunmuştur (Tablo 4.16).

Tablo 4.17: Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği, Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği ve Stres Direkt ve İndirekt Etkiler

Değişkenler	Direkt Etki	İndirek Etki	Toplam Etki	LLCI	ULCI	t	p
Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği -> Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği	0.1049	0.0154	0.1204	0.0588	0.1820	3.8701	0.001*
Stres-> Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği	0.1741			-0.1967	0.5450	0.9302	0.001*
Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği -> Stres	0.0887			0.0579	0.1196	5.6969	0.001*



Şekil 4.3: Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği, Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği ve Stres Direkt ve İndirekt Etkileri Araştırma Modeli

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

Yoğun bakım ünitesi (YBÜ), yaşamı tehdit eden durumlarda hasta bakımının sağlandığı bir yer olarak bilinmektedir. Kritik bir hasta olmak ve hayat kurtarıcı tedavilere ihtiyaç duymak son derece streslidir ve yoğun bakım tedavisi sonrası yaşayabilen hastalar sıklıkla fiziksel işlev, bilişsellik ve duygusal sağlıkta önemli azalmalar yaşadıkları bildirilmektedir (Bienvenu, 2021). Kritik hastalık ve yoğun bakım ünitesine yatış, sadece yaşamı tehdit eden koşulları temsil etmekle kalmaz, aynı zamanda terapötik tedaviler, ağrı ve çevresel faktörler nedeniyle stresli ve kaotik olaylar olarak da görülür. Yoğun bakım süresince stresi azaltmak ve refahı artırmak için çeşitli stratejiler kullanılmasına rağmen; yoğun bakım deneyimi hem bedeni hem de zihni etkiler. Hasta deneyimleri, kas kaybı, ciddi zayıflık, tüpler ve kablolarla sınırlanma ve iletişimde kısıtlılık gibi faktörlerden etkilenir; bu da bağımlılığı ve vücut fonksiyonları üzerindeki kontrol eksikliğini daha da kötüleştirir. Hastanın psikolojisi genellikle güvensizlik, korku ve yalnızlık düşünceleri ve duyguları ile etkilenir, bu da kırılabilirlik ve zayıflık hissine yol açar (Halvorsen vd., 2021).

Koroner yoğun bakımda yatış öyküsü olup kardiyoloji kliniğinde takip edilen hastaların algıladıkları çevresel stresörlerin, hasta deneyimlerinin, duyu durumlarının ve uyku kalitesine etkilerini incelediğimiz çalışmamızda hastaların yaş ortalaması $61,48 \pm 13,45$ yıl, %62,9'u erkek, %77,6'sı evli, %56'sı ilköğretim/ortaokul, %95,7'sinin çocuğu bulunmakta, %31,9'u serbest meslekte, hastaların %81,9'u hastaneye acil yattığı, %56,9'u 1-7 gün arası kaldığı, %43,1'i daha önce yoğun bakımda yatmadığı, %50,9'u yoğun bakım sürecinde bilgi almadığı, %94,6'sı hastalık hakkında bilgilendirme yapıldığı, %65,5'inde kronik hastalık bulunduğu, %63,2'sinin kronik hastalığı hipertansiyon olduğunu belirlenmiştir.

5.1. Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Hastaların Algıladıkları Çevresel Stresör Bulgularının İncelenmesi

Yaptığımız çalışmada YBÜÇSÖ kullanılmış olup; hastaların YBÜÇSÖ ortalaması $97,24 \pm 27,37$ olarak bulunmuştur. YBÜÇSÖ puan aralığının 42-168 arası puanlanmaktadır ve ölçekten alınan puanın yüksek olması, yoğun bakımdaki çevresel stresörlerden olumsuz yönde etkilendiğini gösterir (Ballard, 1981; Çınar vd., 2011).

Elde edilen veriler ışığında grubun stresörler açısından ortalama seviyede stresör deneyimi yaşadığını, ancak bu deneyimlerin bireyler arasında oldukça farklılık gösterebileceğini düşünülmektedir. Gerkuş'un 2020 yılında yaptığı yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların algıladıkları çevresel stresörlerin kaygı düzeyine etkisinin incelediği çalışmasında hastanın stresör toplam puan ortalaması $91,92 \pm 1,52$ bulmuştur (Gerkuş, 2020). Dönmez ve arkadaşlarının 2020 yılında yaptığı araştırmada, YBÜÇSÖ toplam puan ortalaması $79,9 \pm 31,3$ olarak tespit edilmiştir (Dönmez vd., 2020). Aktaş ve arkadaşlarını 2015 yılında yaptığı çalışmada YBÜÇSÖ ortalama değeri $86,70 \pm 2,73$ olarak bulunmuştur (Aktaş vd., 2015). Hweidi'nin 2007 yılında yaptığı çalışmada ortalama $106,44 \pm 27,27$ olarak tespit edilmiş (Hweidi, 2007). Koyuncu ve arkadaşlarının 2021 yılında yaptıkları çalışmasında ölçek ortalama puanı $70,06 \pm 13,62$ olarak bulmuşlardır (Koyuncu vd., 2021). Yaptığımız araştırma ile benzer değerler bulunmuştur. Gezgin ve arkadaşlarının 2020 yılında yaptığı "Yoğun Bakım Birimindeki Çevresel Stres Faktörlerinin Anksiyete ve Depresyon Üzerindeki Etkileri" nin incelendiği çalışmada çevresel stresörlerin ortalama puanı $123,9 \pm 13,1$ olarak bulunmuştur (Gezgin vd., 2020). Gencer ve Kumsar 2020 yılında, Çapanoğlu'nun 2020 yılında, Dias ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptığı çalışmada benzer değer bulunmuştur (Çapanoğlu, 2020; Dias vd., 2015; Gencer ve Kumsar, 2020). Yaptığımız çalışmaya yakın olmakla beraber daha yüksek bir ortalama bulunmuş olup hastaların daha fazla stresöre maruz kaldığı düşünülmektedir. Karadeniz ve Kanan'nın 2019 yılında reanimasyon yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların çevresel stresörlerden etkilenme durumlarının belirlendiği çalışmasında YBÜÇSÖ ortalaması $69,26 \pm 21,84$ bulunmuştur (Karadeniz ve Kanan, 2019). Bodur ve Aslan'ın 2022 yılında yaptığı bir çalışmada ölçek ortalaması $56,33 \pm 12,09$ bulunmuştur (Bodur ve Aslan, 2022). Öztürk'ün 2022 yılında yaptığı çalışmasında ölçek puan ortalamasını $56,69 \pm 10,9$ bulmuştur (Öztürk, 2022). Yaptığımız çalışmaya göre daha düşük puan elde edildiği görülmüş olup çalışmaya katılan grubun daha az stresör ile karşılaştığı düşünülmektedir. Aradaki bu farkın çalışmaların farklı hasta grupları ve farklı düzeyde yoğun bakımda yapılmasından kaynaklanmış olabilir.

Ayrıca çalışmada hastalarda en çok söylenen ilk 5 çevresel stresör sırasıyla; uyuyamamak, sıkılmak, çok sıcak ya da çok soğuk bir odada olmak, eşinin özlemek/görememek, ağrı olarak bulunmuştur. Karadeniz ve Kanan tarafından yapılan çalışmada, ağrı, su içememe, aile ve arkadaşlarla kısa- günlük ziyaretler, mahremiyet

eksikliği, fişe takılı olma, eşlerini özleme, serum setleri nedeniyle ellerini ve kollarını hareket ettiremememe ve müdahalelerin zamanını bilmeme en sık ifade edilen stres faktörleri olarak belirlenmiştir (Karadeniz ve Kanan, 2019). Şahin ve Kökçar'ın (2018) "Bir Stresör Olarak Yoğun Bakım" başlıklı çalışmalarında; hastaların en fazla algıladıkları stresörün ağrı olduğu bulunmuştur (Şahin ve Kökçar, 2018). Karlsson ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptığı çalışmada ağrı bir stresör olarak tarif edilmektedir (Karlsson vd., 2012). Özbal'ın yaptığı çalışmada benzer sonuç vermiştir (Özbal, 2020). Dias ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ilk on adet stresör olarak; ağrı, aile rollerini yerine getirememek, sıkılmak, uyuyamamak, finansal endişeler yaşamak, kendini kontrol edememek, iletişim kuramamak, insanların senin hakkında konuştuğunu duymak, AIDS kapmaktan korkmak ve her gün sadece birkaç dakika aile ve arkadaşları görebilmek belirlenmiştir (Dias vd., 2015). Aktaş ve arkadaşlarını 2015 yılında yaptığı çalışmada en yüksek stresör olarak ağrı en düşük stresör ise telefon sesi duymak olarak bulunmuştur (Aktaş vd., 2015). Dönmez ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada en fazla stresör olarak; ağrı, serum setler nedeni ile elleri ve kolları hareket ettirememek, su içememek, uyuyamamak ve eşini özlemek; en düşük stresör olarak ise telefon sesini duymak, sık sık hekim ve hemşireler tarafından fizik muayene yapması, hemşireler tarafından uyandırılmak, hemşirelerin makineleri hastalardan daha fazla izlemeleri ve aynı odada erkek ve kadın hastaların kalmaları olarak belirlenmiştir (Dönmez vd., 2020). Gültekin ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptığı çalışmada benzer sonuç vermiştir (Gültekin vd., 2015). Koyuncu ve arkadaşlarına göre ilk beş stresör; su içememek, ağrı, uyuyamamak, makinelerin seslerini ve alarmlarını duymak, serum setleri nedeniyle elleri ve kolları hareket ettirememek şeklinde bulmuşlardır (Koyuncu vd., 2021). Krampe ve arkadaşlarını yaptığı derleme çalışmasında benzer sonuçlar analiz etmiştir (Krampe vd., 2021). Çalışmamızda literatür ile benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Literatür taramasında ağrının en sık görülen stresör olarak bulunduğu birçok çalışmaya rastlanmıştır (Aktaş vd., 2015; Berber, 2019; Dias vd., 2015; Dönmez vd., 2020; Hweidi ve Nizamli, 2015; Karadeniz ve Kanan, 2019; Şahin ve Kökçar, 2018). Yaptığımız çalışmada ağrı beşinci stresör olarak bulunmuştur. Aradaki farkın çalışmaların yapıldığı yoğun bakım düzeylerinin ve hasta gruplarının farklı olması, hastalara cerrahi işlem yapılması, aspirasyon, entübasyon gibi ağırlı işlemler uygulanması gibi nedenlerden kaynaklanmış olacağı düşünülebilmektedir.

Yaptığımız çalışmada psikolojik stres faktörlerini en stresli stresör, çevresel faktörler ise daha düşük stresli stresör olarak belirlendi. Hweidi ve Nizamlinin 2015 yılında yaptıkları çalışmada tersi bir sonuç verdiği görülmüştür (Hweidi ve Nizamli, 2015). Yaptığımız çalışmada evli olanların algıladıkları stresörlerin daha düşük olduğu bulunmuştur. Çalışmamız Şahin ve Kökçar'ın yaptığı çalışma ile benzer olup, Bodur ve Aslan'ın ve Özbal'ın çalışmasına göre tersi sonuç vermiştir (Bodur ve Aslan, 2022; Özbal, 2020; Şahin ve Köçkar, 2018).

5.2. Yoğun Bakımda Tedavi Gören Hastaların Deneyimleri İle İlgili Bulguların İncelenmesi

Yaptığımız çalışmada Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği (YBDÖ) kullanılmış olup; YBDÖ ortalaması $60,49 \pm 9,66$ olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutları incelendiğinde; 1. alt boyut “Çevrenin Farkında Olma” ortalaması $16,74 \pm 4,31$, 2. alt boyut “Kötümser Deneyim” ortalaması $14,05 \pm 2,88$, 3. alt boyut “Bakımdan Memnuniyet” ortalaması $13,16 \pm 2,77$, ve 4. alt boyut “Deneyimlerin Hatırlanması” ortalaması $16,53 \pm 3,4$ olarak bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 19, en yüksek puan 95’dir. Ölçeğin alt boyutlar puan aralığı; 1. alt boyutta 6-30, 2. ve 3. boyutta 4-20 ve 4. alt boyutta 5-25’tir. Ölçekten düşük puan alınması, hastaların bilincinin yeterince açık olmadığı ve yoğun bakım deneyimlerinin olumsuz olduğu şeklinde; yüksek puan alınması ise, hastaların farkındalığının yüksek olduğu, yaşanan olumsuz deneyimlerin düşük olduğu ve bakımla ilgili memnuniyetlerinin yüksek olduğu şeklinde değerlendirilmektedir. (Demir ve ark., 2009; Rattray vd., 2004). Bu bilgiler ışığında yaptığımız çalışmada YBDÖ’ ne çalışmaya katılan grubun yoğun bakım deneyimlerinin genel olarak orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Bu değer, hastaların çoğunun yoğun bakım sürecini nispeten olumlu bir şekilde deneyimlediğini düşünebilir. Alt boyutlar incelendiğinde hastalar genel olarak çevresel farkındalıkları yüksek, bakımdan memnuniyetleri orta düzeyde ve yaşadıkları deneyimleri iyi hatırladıkları; ancak, bazı hastaların belirli düzeyde kötümser deneyimler yaşadığı tespit edilmiştir. Adsay ve Dedeli 2015 yılında yaptığı “Yoğun Bakım Ünitesinden Taburcu Olan Hastaların Yoğun Bakım Deneyimlerinin Değerlendirilmesi” konulu çalışmasında YBDÖ’den puan ortalamaları $62,1 \pm 5,2$, “Çevrenin Farkında Olma” alt boyutundan $17,7 \pm 2,4$; “Yoğun Bakımda Yaşanan Kötü Deneyimler” alt boyutundan $16,3 \pm 1,8$; “Yoğun Bakımda Yaşanan Deneyimlerin

Hatırlanması” alt boyutundan $12,9\pm 2,3$; “Yoğun Bakımda Alınan Bakımdan Memnuniyet” alt boyutundan $15,1\pm 3,0$ olduğu belirlenmiştir. Çalışmalarında hastaların deneyimlerinin tamamen olumsuz olmadığını; aksine, çevrelerinin daha az farkında olduklarını, hastanedeyken olumsuz deneyimler yaşamadıklarını, birimdeki deneyimlerini hatırladıklarını ve aldıkları bakımdan memnun olduklarını ifade ettiklerini ortaya koymuşlardır (Adsay ve Dedeli, 2015). Çapanoğlu’nun 2020 yılında yaptığı çalışmada benzer sonuçlar bulmuştur (Çapanoğlu, 2020). Sarıgül’ün 2020 yılındaki tez çalışmasında yoğun bakım deneyimleri orta olarak değerlendirilmiş, çevrenin yeterince farkında olduklarını, kötümser deneyimini yüksek olduğunu, bakımdan memnuniyetin ve deneyimlerinin hatırlanmasını bizim çalışmamıza göre daha düşük bulunmuştur (Sarıgül, 2020). Kavuncu ve Rızalar’ın 2016 yılında yaptığı çalışmada aynı ölçeği kullanmış olup YBDÖ puan ortalaması $57,07\pm 5,6$ olduğu bulunmuştur. Hastaların alt ölçeklerden aldıkları toplam puan ortalamaları “Çevrenin Farkında Olma” $18,91\pm 2,9$, “Yoğun Bakımda Yaşanan Kötü Deneyimler” $10,0\pm 1,8$, “Yoğun Bakımda Yaşanan Deneyimlerin Hatırlanması” $12,55\pm 2,1$, “Yoğun Bakımda Alınan Bakımdan Memnuniyet” $15,63\pm 2,4$ olduğu belirlenmiştir (Kavuncu ve Rızalar, 2016). Palaz ‘ın yaptığı çalışmada YBDÖ puan ortalaması $61,41\pm 5,16$ olarak bulunmuştur (Palaz, 2020). Hintistan ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptığı çalışmada benzer değerler bulunmuş olup; YBDÖ toplam puan ortalaması $59,42\pm 6,85$, çevrenin farkında olma $20,63\pm 4,18$, yaşanan kötümser deneyimler $15,61\pm 2,68$, yoğun bakımda yaşanan deneyimlerin hatırlanması $11,28\pm 2,65$, yoğun bakım ünitesindeki bakımdan memnuniyet $11,88\pm 2,35$ olarak bulunmuştur (Hintistan vd., 2009). Özbal’ın 2020 yılında kritik hastaların algıladıkları çevresel stresörlerin yoğun bakım deneyimlerine etkisini incelediği çalışmasında benzer sonuçlar vermiştir (Özbal, 2020). Sekmen ve Ünsar çalışmalarında ölçeğin ortalamasını $67,0\pm 8,56$ bulduklarını belirtmişlerdir (Sekmen ve Ünsar, 2019). Eryiğit ve Aydın’ın yaptığı çalışmaya katılan hastaların YBDÖ toplam puan ortalamalarının $61,41$ ile orta düzeyin üzerinde olduğu, yaşanan kötü deneyimlerin düşük düzeyde olduğu, yoğun bakım ünitesinde hastaların farkındalıklarının yüksek ve bakımla ilgili memnuniyetlerinin fazla olduğu belirlenmiştir. Yaptığımız çalışma da YBDÖ ortalamasının (60.49 ± 9.66) ve yoğun bakım ünitesinde hastaların farkındalıklarının Eryiğit ve Aydın’ın yaptığı çalışma ile benzer olup; kötümser deneyim daha yüksek ve bakımdan memnuniyetin orta olduğu ve Eryiğit ve Aydın’ın yaptığı çalışmadan farklı olduğu görülmüştür (Eryiğit ve Aydın, 2022). Çağlıyan ve Sucu’nun 2019 yılında yaptığı çalışmada en yüksek puanı

“Çevrenin Farkında Olma” alt boyutunda, en düşük puanı “Yoğun Bakımda Yaşanan Deneyimlerin Hatırlanması” alt boyutunun aldığı gözlenmiştir. (Çağlıyan ve Sucu, 2019). Yaptığımız çalışmamızda benzer olarak en yüksek puanı “Çevrenin Farkında Olma” boyutunun aldığı; ancak farklı olarak en düşük puanın “Yoğun Bakımda Alınan Bakımdan Memnuniyet” olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamızda kronik hastalık durumuna göre, eğitim durumuna göre, çocuk varlığına göre ve yaş durumuna YBÜÇSÖ, YBDÖ, DAAS-21 ve RCUÖ değerleri anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Hintistan ve arkadaşlarının 2009 yılında, Dönmez ve arkadaşlarının 2020 yılında, yaş parametresi dışında Zaybak ve Güneş’ in 2010 yılında, Çalhanoğlu’nun 2020 yılında, Öztürk’ün 2022 yılında ve Karadeniz ve Kanan’ın 2019 yılında yaptığı araştırmalar ile çoğu parametrelerde benzer sonuçlar bulunmuştur (Çapanoğlu, 2020; Dönmez vd., 2020; Eryiğit ve Aydın, 2021; Hintistan ve ark, 2009; Karadeniz ve Kanan, 2019; Öztürk, 2022; Zaybak ve Güneş, 2010).

Çalışmamızda yoğun bakımda yatış süresi 24 saat olanlar çevrenin daha az farkında olduğu bulunmuştur. Kavuncu ve Rızalar’ in 2016 yılında yaptığı çalışmada yoğun bakımda kalış süresinin uzaması hastanın çevresel farkındalığının düştüğü ifade edilmiştir. Yaptığımız çalışma ile farklı sonuç olmasının sebebi olarak; Kavuncu ve Rızalar’ın çalışmalarını 3. düzey yoğun bakımda yapılmış olması olduğu düşünülmektedir (Kavuncu ve Rızalar, 2016). Benzer bir sonucu Özdemir’in çalışmasında da görmekteyiz (Özdemir, 2010). Karahan ve arkadaşlarını 2020 yılında yaptığı “Yoğun bakımda yatan hastaların deneyimleri ve aile gereksinimlerinin incelenmesi” konulu çalışmasında yoğun bakımda 1 gün yatışı olan hastaların çevrenin farkında olma, yoğun bakımda yaşanan deneyimlerin hatırlanması ve ölçek toplam puanında anlamlı olarak yüksek olduğu saptandı. Literatür taramasında yoğun bakımda kalış süresinin yoğun bakım deneyimlerini etkileyebildiği ifade edilmiştir (Akıncı vd., 2007; Hofhuis vd., 2008; Karahan vd., 2020).

5.3. Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Hastaların Duygu Durumlar İle İlgili Bulguların İncelenmesi

Yaptığımız çalışmada DAAS-21 ölçeği kullanılmış olup; “Depresyon” ortalaması $6,12\pm 4,75$, “Anksiyete” ortalaması $7,56\pm 4,81$, “Stres” ortalaması $6,57\pm 5,23$ olarak tespit edilmiştir. Ölçek bilgileri göre bireyin depresyon alt boyutundan 5 puan ve üzeri,

anksiyeteden 4 puan ve üzeri, stresten 8 puan ve üzeri alması ilgili probleme sahip olduğunu göstermektedir (Lovibond ve Lovibond, 1995; Sarıçam, 2018). Elde edilen veriler ışığında çalışmamıza katılan hastaların orta şiddette depresyon, ileri şiddette anksiyete, düşük seviyede stres yaşadıkları tespit edilmiştir. Gezginçi ve arkadaşlarının 2020 yılında yaptığı “Yoğun Bakım Birimindeki Çevresel Stres Faktörlerinin Anksiyete ve Depresyon Üzerindeki Etkileri” nin incelendiği çalışmada anksiyete puanı $11,1 \pm 2,7$, ortalama hastane depresyon puanı $10,6 \pm 3,3$ olarak bulunmuştur. Yaptığımız çalışmaya göre daha yüksek oranda anksiyete ve depresyon yaşadıkları düşünülmüştür. Farklı bir çalışmada, YBÜ' ye kabul edilen hastalarda anksiyete ve depresyon prevalansının yüksek olduğu ifade edilmiştir (Shdaifat ve Al Qadire, 2022). Gezginçi ve Göktaş'ın 2020 yılında yaptığı çalışmada YBÜ hastalarının hastane anksiyetesi ve depresyon riski altında olduğu ifade edilmiş ve çalışmamız ile benzer sonuç göstermiştir (Gezginçi vd., 2020). Osta'nın 2023 yılında yaptığı çalışmasında hastaların orta düzeyde anksiyete yaşadıklarını tespit etmiştir (Osta, 2023). Davydow ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptığı sistematik incelemede yoğun bakımda tedavi gören hastaların sonraki yıllarda depresyon belirtilerinin oldukça yaygın olduğunu ifade etmişlerdir (Davydow vd., 2009). Marra ve arkadaşlarının 2018 yılında yaptığı çalışmasında; çalışmaya katılan ve daha öncesinde herhangi bir psikolojik sorunu olmayan hastaların %60'ında bir veya daha fazla Yoğun Bakım Sonrası Sendromu problemiyle karşılaştıklarını ve bu problemlerden en çok karşılaşılanın bilişsel bozukluk ve depresyon olduğunu beyan etmişlerdir (Marra vd., 2018). Literatür taramasında hastaların yoğun bakım sonrası uzun bir süre bilişsel sorun yaşadığı ile ilgili bilgilere rastlanmıştır (Alrø vd., 2022; Cox vd., 2014; Muradov vd., 2021; Rawal vd., 2017; Wilcox vd., 2013). Şen'in 2018 yılında yaptığı çalışmasında anksiyete değeri yüksek bulunmuştur (Şen, 2018). Eryiğit ve Aydın'ın 2022 yaptıkları çalışmada ve Palaz'ın 2020 yılında yaptığı çalışmasında yoğun bakımda tedavi gören hastalarda anksiyete ve depresyon riski olduğunu belirtilmiştir (Eryiğit ve Aydın, 2022; Palaz, 2020). Pelin'in 2023 yılında yaptığı çalışmada hastaların sirkadiyen ritimlerine göre verilen hemşirelik bakımının anksiyete düzeyini azalttığı, deliryumu düzeyini düşürme yönünde etkili olduğunu ifade etmiştir (Pelin, 2023). Aktaş'ın 2016 yılında yaptığı tez çalışmasına katılan hemşirelerin çoğu; hastalara psikolojik destek vermesi gereken meslek grubunun hemşirelik olduğunu ifade etmişlerdir. Aynı çalışmada katılımcılar yoğun bakım hastalarında deliryum, oryantasyon bozukluğu, ajitasyon, kendisine ve çevresine zarar verme, anksiyete,

huzursuzluk, korku, ümitsizlik, çaresizlik ve depresyon gibi psikolojik sorunlar olduğunu ifade etmişlerdir (Aktaş, 2016). Çalışmamızda kadınlarda depresyon değerinin daha yüksek bulunmuştur. Shdaifat ve Al Qadire'nin 2022 yılında yaptığı bir çalışmada benzer sonuç olarak kadınların depresyon oranlarının erkeklerden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Shdaifat ve Al Qadire, 2022). Çalışmamız literatür çalışması ile benzer olup hastaların yoğun bakıma yatışları sırasında depresyon ve anksiyete yaşadıkları tespit edilmiştir.

5.4. Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Hastaların Uyku Kalitesinin İncelenmesi

Yaptığımız çalışmada Richards Cambel Uyku Ölçeği (RCUÖ) kullanılmış olup; RCUÖ" ortalaması $54,52 \pm 25,61$ bulunmuştur. Ölçekten alınan 0-25 arası puan çok kötü bir uykuyu, 76-100 arası ise çok iyi bir uykuyu gösterir (Özer ve Özlü, 2015; Richards, 1987). Bu veriye göre, katılımcıların yoğun bakımda uyku kalitesini orta düzeyde olduğu sonucuna varılmıştır. Ritmala-Castren ve arkadaşlarının 2021 yılında aynı ölçeği kullanarak yaptığı çalışmasında ortalama uyku indeksi $54 \pm 28,8$ olarak bulunmuş ve YBÜ hastalarının uyku düzeninin hafif olduğu ve uyanıklıklarının sık olduğu ifade edilmiştir (Ritmala-Castren vd., 2021). Menear ve arkadaşlarını 2017 yılında yaptığı çalışmada ortalamanın $47,9 \pm 24,4$ olarak bulunduğu bildirilmiştir. Pelin'in 2023 yılında yaptığı çalışmasında ölçek ortalamasını $55,57 \pm 22,03$ olarak bulduğunu ifade etmiştir (Pelin, 2023). Sonuçlar çalışmamız ile benzer olup; literatür taramasında RCUÖ ortalaması 40,89-59,9 arasında değişen çalışmalara rastlanmıştır (Lin vd.,2022; Miranda-Ackeman vd., 2020; Koparan, 2020; Koyuncu vd., 2021; Para ve Uslu, 2022; Topçu, 2019; Topçu ve Tosun, 2022). Osta'nın 2023 yılında yaptığı çalışmasında ölçeğin ortalamasını $25,92 \pm 25,63$, Aydın Sayılan ve ark.'nın 2021 yılında cerrahi yoğun bakım ünitelerinde yaptığı çalışmasında ölçeğin ortalamasını $25,10 \pm 13,17$ olarak bulduklarını beyan etmişlerdir (Osta, 2023; Aydın Sayılan vd., 2021). Çalışmamıza nispeten çalışmalarına katılan hastaların daha kötü uyku kalitesine sahip olduğu düşünülmektedir. Genel olarak rapor edilen sonuç; uyku kalitesi kötü, uyku derinliği en düşük, uyandıktan sonra uykuya dönüş ise en yüksek puana sahip olduğu şeklindedir (Menear vd., 2017). Aynı şekilde uyku kalitesinin düşük olduğunu belirten başka bir çalışma ise Little ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptığı çalışmadır (Little vd., 2012). Caruana ve arkadaşlarının 2018 yılında yaptığı

“Kalp ve Göğüs Yoğun Bakım Sırasında ve Sonrası Uyku Kalitesi ve İyileşme Döneminde Psikolojik Sağlık” konulu çalışmasında yoğun bakımda tedavi gören hastaların uyku kalitesi yoğun bakım ünitesinde ve hastane koğuşunda ve hastaneden taburcu olduktan sonraki 6 aya kadar kötü olduğunu bildirmektedir (Caruana vd., 2018). Elliott ve arkadaşlarının 2013 yılında “Yoğun Bakımda Uykunun 24 Saatlik Polisomnografi Kullanılarak Karakterizasyonu: Gözlemsel Bir Çalışma” konulu çalışmasında ortalama RCSQ puanı 47,18 olarak bulunmuştur (Elliott vd., 2013). Yıldız ve Aydın’ın 2013 yılında yaptığı bir çalışmada, hastaların uyku sorunu yüksek bulunmuştur (Yıldız ve Aydın, 2013). Erim’in 2018 yılında yaptığı çalışmasında, hastaların büyük çoğunluğunun (%96,4) hastanede uyku sorunu yaşadığı belirlenmiştir (Erim, 2018). Olsen ve arkadaşlarını 2017 yılında yaptığı çalışmasında katılımcıların kâbus ve hallüsinasyon tariflediğini ve sağlıklı uyku uyuyamadıklarını ifade etmişlerdir. Çalışmada iletişim kurulabilen bir yoğun bakım hemşiresinin varlığının, tekrarlanan bilgilerin, dinlenebilmenin ve deliksiz uyuyabilmenin önemli olduğu sonucuna varmışlardır (Olsen vd., 2017). Çalışmamız benzer sonuç vermiş olup en yüksek stresör olarak uyuyamamak tespit edilmiştir. Ayrıca YBÜ’lerde uyku kalitesinin bozulması nedeniyle hastalar taburcu olduktan sonraki dönemde bile (yaklaşık 6-12 ay) uykuya ilgili sıkıntılar yaşayabildiği bildirilmiştir (Ivusich, 2019).

5.5. Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği, Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği, Depresyon Anksiyete ve Stres ve RCUÖ Bulgularının İncelenmesi

Çalışmamızda hastaların çevresel stresörlerden olumsuz etkilenme düzeyi arttıkça, duygu durum düzeyleri (depresyon, anksiyete ve stres) kötüleştiği tespit edilmiştir. Ayrıca hastaların duygu durum düzeyleri (depresyon, anksiyete ve stres) kötüleştiğçe uyku kalitelerinin kötüleştiği tespit edilmiştir. Buna göre duygu durumların kötüleşmemesi yönünde hastalara hizmet verilmesi gerektiği ve uyku kalitesinin yükseltilmesi için depresyon, anksiyete ve stres yönetiminin önemli olduğu sonucuna varılmıştır. Yoğun bakım ünitesindeki çevresel stresörler-depresyon, çevresel stresörler–anksiyete, çevresel stresörler–stres ikili kombinasyonların birbirini güçlendirerek daha da kötü bir deneyime yol açtığını tespit edilmiştir. Rattray ve arkadaşlarının 2010 yılında yaptığı çalışmada hastaların yoğun bakım deneyimleri ile anksiyete, depresyon ve içine kapanma düzeylerini olumsuz etkilediği belirtilmiştir (Rattray vd., 2010). Başka bir çalışmada hastaların yoğun bakım deneyiminin

depresyon puanlarını artırdığı belirlenmiştir (Palaz, 2020). Eryiğit ve Aydın'ın çalışmasında depresyonun yoğun bakım deneyimi üzerine etkili olduğu sonucunu bildirmiştir (Eryiğit ve Aydın, 2022). Bülbüloğlu ve arkadaşlarının 2022 yılında yaptığı çalışmada; yoğun bakım deneyimlerinin olumsuz etkilenmesinde çevresel stresörlerin etkili olduğu saptanmıştır (Bülbüloğlu vd., 2022). Literatür taramasında özellikle uyku ile anksiyete arasında ilişki saptayan çalışmalara rastlanmıştır (Gencer ve Kumsar,2020; Lewandowska vd., 2020; Miranda-Ackeman vd., 2020; Osta, 2023). Gencer ve Kumsar'ın 2020 yılında, Erdağı ve arkadaşlarının 2022 yılında ve Koyuncu ve arkadaşlarının 2021 yılında yaptıkları çalışmalarında YBÇSÖ ile RCUÖ arasında negatif yönlü anlamlı ilişki bulduklarını ifade etmişlerdir (Gencer ve Kumsar, 2020; Erdağı vd., 2022; Koyuncu vd., 2021).

Sonuç olarak, çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular, koroner yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastaların algıladıkları çevresel stresörlerin neler olduğu, yoğun bakım deneyimleri nasıl olduğu, duygu durumlarının nasıl etkilendiğini ve uyku kalitelerini göstermektedir. Ancak, araştırmamızın sınırlamaları da göz önüne alındığında, daha geniş çaplı ve uzun vadeli çalışmaların yukarıda bahsi geçen konuların anlaşılmasına katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ

Koroner yoğun bakımda yatış öyküsü olup kardiyoloji kliniğinde takip edilen hastaların algıladıkları çevresel stresörlerin, hasta deneyimlerinin, duygu durumlarının ve uyku kalitesine etkilerini incelediğimiz çalışmamız sonucunda;

- Hastaların çevresel stresörlerden orta düzeyde olumsuz yönde etkilendiği bulunmuştur.
- En çok görülen ilk 5 çevresel stresör sırasıyla; uyuyamamak, sıkılmak, çok sıcak ya da çok soğuk bir odada olmak, eşinin özlemek/görememek, ağrı olarak bulunmuştur. En düşük 5 stresör olarak ise sırasıyla; telefon sesini duymak, hemşirelerin makinaları hastalardan daha fazla izlemeleri, doktor ve hemşireler tarafından sıkça muayene edilmeleri, hemşireler tarafından uyandırılmak, hemşirelerin yatağın etrafında sürekli bir şeyler yapmaları olarak belirlenmiştir.
- Evli olanların algıladıkları çevresel stresörlerin daha düşük olduğu bulunmuştur.
- Yoğun bakım deneyimlerinin orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir
- Yoğun bakım ünitesinde 24 saat kalan hastaların, daha uzun süre yatan hastalara nispeten çevre farkındalığının düşük olduğu tespit edilmiştir. Yoğun bakım sürecinde bilgi alamayan hastaların kötümser deneyimi yüksek bulunmuştur.
- Orta şiddette depresyon, ileri şiddette anksiyete yaşadıkları tespit edilmiştir.
- Kadınların depresyon değeri daha yüksek bulunmuştur.
- Yoğun bakım çevresel stresörlerden etkilenen hastaların depresyon, anksiyete ve stres değerleri yüksek olduğu ve hastaların yoğun bakımda olumlu deneyimini arttırdığı tespit edilmiştir.
- Depresyon, anksiyete ve stres değerleri yüksek olan hastaların uyku kalitesinin düşük olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda bulunan sonuçlar doğrultusunda;

- Koroner yoğun bakım sonrası hastalarda algılanan çevresel stresörlerin, hasta deneyimlerinin, duygu durumlarının ve uyku kalitesinin belirli aralıklarla değerlendirilmesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi,
- Düzenli bilgi vermek, ortam tanıtımı yapmak gibi uygulamaların planlanması,
- Hemşireler, koroner yoğun bakımda hastalarda depresyon, anksiyete ve stres gibi duygu durum bozukluklarını fark ederek, hastalara psikososyal destek sunmaya odaklanmalıdır. Hastalara moral desteği vermek, aile ile işbirliği yapmak, hastaları dinlemek ve gerektiğinde psikolojik danışmanlık hizmetlerine yönlendirmek, hastaların ruh sağlığını olumlu yönde ilerlemesi sağlanabilir.
- Ziyaret saatlerinin esnetilmesi veya yakınlarla telefon ya da görüntülü görüşme gibi alternatif iletişim kanallarının sağlanması,
- Hastaların bireysel ihtiyaçlarını anlamak ve ona göre bakım sunmak için empatik bir yaklaşım benimsemesi,
- Hemşirelerin kişiselleştirilmiş ve holistik bir bakım yaklaşımı benimsemeleri önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Adsay, E., & Dedeli, Ö. (2015). Yoğun bakım ünitesinden taburcu olan hastaların yoğun bakım deneyimlerinin değerlendirilmesi. *Yoğun Bakım Dergisi*, 6(3): 90-97.
- Akdemir, N. (2021). *İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı*. Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Akıncı, B., Kanbak, M., Güler, A., Canbay, M., & Aypar, Ü. (2007). Mekanik ventilasyondaki hastalarda stres yaratan deneyimler. *Turkish Journal of Anaesthesiology and Reanimation*, 35(2): 320-328
- Akman, M., & Civek, S. (2022). Dünyada ve Türkiye’de kardiyovasküler hastalıkların sıklığı ve riskin değerlendirilmesi. *The Journal of Turkish Family Physician*, 13(1): 21-28.
- Aktaş, Y. (2016). *Yoğun bakım hemşirelerinin hastaların psikolojik bakım gereksinimlerini belirlemeye ve uygulamaya yönelik görüşlerinin incelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir.
- Aktaş, Y. Y., Karabulut, N., Yılmaz, D., & Özkan, A. S. (2015). Perception of environmental stressors by critical care patients treated in cardiovascular surgery intensive care unit. *Kafkas Journal of Medical Sciences*, 5(3): 81-86.
- Akyol A.D. (2017). *Yoğun bakım hemşireliği*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri.
- Alaca, Ç., Yiğit, R. & Özcan, A. (2011). Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların hastalık sürecinde yaşadığı deneyimler konusunda hasta ve hemşire görüşlerinin karşılaştırılması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(2): 69-74.
- Alasad, J. A., Tabar, N. A. & Ahmad, M. M. (2015). Patients' experience of being in intensive care units. *Journal of Critical Care*, 30 (4): 859.e7-859.e11
- Alrø, A.B., Nedergaard, H.K., Svenningsen, H., Jensen, H.I., & Dreyer, P. (2023). Experiences of cognitive impairment in postcritical illness patients treated in the intensive care unit: A comprehensive review. *Journal of Clinical Nursing*, 32 (15-16): 4374-4390. <https://doi.org/10.1111/jocn.16490>
- Anber, T., Akar, T., & Altun, F. (2021). Depresyon ve toplum ruh sağlığı. *Turkey Health Literacy Journal*, 2 (2): 99-103.
- Aslan, F. E., & Olgun, N. (Ed.). (2016). *Yoğun bakım seçilmiş semptom ve bulguların yönetimi*. Ankara: Akademisyen Kitabevi.

- Avdal, E.Ü. (Ed.). (2022). *Kronik hastalıkların tedavi ve bakımında algoritmalar ve klinik karar verme iç hastalıkları hemşireliği*. Ankara: Hipokrat Yayıncılık
- Aydın Sayılan, A., Kulakaç, N. & Sayılan, S. (2021). The effects of noise levels on pain, anxiety and sleep in patients. *Nursing In Critical Care*, 26 (2): 79–85.
- Ballard, K.S. (1981). Identification of environmental stressors for patients in a surgical intensive care unit. *Issues in Mental Health Nursing*, 3(1)-2: 89-108.
- Beck, A.T., & Emery, G. (2019). *Anksiyete bozuklukları ve fobiler bilişsel bir bakış açısı*. (Çev. V. Öztürk). İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Beltrami, F. G., Nguyen, X. L., Pichereau, C., Maury, E., Fleury, B., & Fagondes, S. (2015). Sleep in the intensive care unit. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 41: 539-546
- Berber, E. (2019). *Kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastaların algıladıkları çevresel stresörlerin belirlenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Avrasya Üniversitesi, Trabzon.
- Bienvenu, O. J. (2021). Posttraumatic stress phenomena in critical illness and intensive care survivors. *International Review of Psychiatry*, 33(8): 691-698.
- Bodur, İ., & Aslan, Ö. (2022). Koroner yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların algıladıkları çevresel stresörlerin belirlenmesi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 5(3): 298-305.
- Bowry, A. D., Lewey, J., Dugani, S. B., & Choudhry, N. K. (2015). The burden of cardiovascular disease in low-and middle-income countries: epidemiology and management. *Canadian Journal of Cardiology*, 31(9): 1151-1159.
- Bulbuloglu, S., Çınar, F., & Çürük, G. N. (2022). The effect of environmental stressors on patient experience in medical, surgical, and COVID-19 intensive care unit. *Journal of Patient Experience*, 9: 23743735221092545.
- Carpenter, J. K., Andrews, L. A., Witcraft, S. M., Powers, M. B., Smits, J. A., & Hofmann, S. G. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depression and Anxiety*, 35(6): 502-514. doi: 10.1002/da.22728.
- Caruana, N., McKinley, S., Elliott, R., & Gholizadeh, L. (2018). Sleep quality during and after cardiothoracic intensive care and psychological health during recovery. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 33(4): 40-49.

- Cochran, J., & Ganong, L. H. (1989). A comparison of nurses' and patients' perceptions of intensive care unit stressors. *Journal of Advanced Nursing*, 14(12): 1038-1043.
- Comer, R.J. (2015). *Abnormal Psychology*. New York: Worth Publishers.
- Cox, C. E., Porter, L. S., Buck, P. J., Hoffa, M., Jones, D., Walton, B., ... & Greeson, J. M. (2014). Development and preliminary evaluation of a telephone-based mindfulness training intervention for survivors of critical illness. *Annals of the American Thoracic Society*, 11(2): 173-181.
- Çağlıyan, H., & Dağ, G. S. (2019). Kardiyovasküler cerrahi ve koroner yoğun bakım ünitesinden taburcu olan hastaların yoğun bakım deneyimlerinin belirlenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(4): 349-356.
- Çam, R., & Şahin, B. (2018). Yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların deneyimleri ve anksiyete-depresyon durumları. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 1(1): 10-14.
- Çapanoğlu, D. (2020). *Açık kalp ameliyatı geçiren yoğun bakım stresörleri ile yoğun bakım yaşamları arasındaki ilişkilerin incelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Ege Üniversitesi, İzmir.
- Çelik, S. (Ed.). (2014). *Erişkin yoğun bakım hastalarında temel sorunlar ve hemşirelik bakımı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Çınar, S., Aslan, F. & Kurtoğlu, T. (2011). Yoğun bakım ünitesi çevresel stresörler ölçeği: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 15(2): 61-66.
- Davydow, D. S., Gifford, J. M., Desai, S. V., Bienvenu, O. J., & Needham, D. M. (2009). Depression in general intensive care unit survivors: a systematic review. *Intensive Care Medicine*, 35: 796-809.
- Demir, Y., Korhan, E., Eşer, İ. & Khorshid, L. (2009). Yoğun bakım deneyim ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 1(1): 1-11.
- Deutschman, C. S., & Neligan, P.J. (2015). *Kanıtla dayalı yoğun bakım uygulaması* (Çev. M. K. Bayar). İstanbul: Nobel Kitabevleri

- Dias, D.D.S., Resende, M.V., & Diniz, G.C. (2015). Patient stress in intensive care: comparison between a coronary care unit and a general postoperative unit. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 27: 18-25. <https://doi.org.org/10.5935/0103-507.20150005>, 27.
- Dinlegör Sekmen, I., & Ünsar, S. (2018). Determining the experiences of the patients who were being treated in intensive care unit. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 9(20): 113-119.
- Dönmez, Y.C., Korkmaz, F.D. & Geçit, S. (2020). Yoğun bakım ünitesindeki çevresel stresörlerin hastalar tarafından algılanması. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 12(2): 190-197.
- Elliott, R., McKinley, S., Cistulli, P., & Fien, M. (2013). Characterisation of sleep in intensive care using 24-hour polysomnography: anobservational study. *Critical Care*, 17: 1-10.
- Enç, N.(Ed.). (2021). *Yoğun bakım hemşireliği*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Erdağı Oral, S., Kıranşal, N., & Deniz, M. (2022). Cerrahi kliniklerde yatan hastalarda ağrı ve anksiyetenin uyku kalitesine etkisi. *Türk Uyku Tıbbı Dergisi*, 9: 288-293
- Erim, H. (2018). *Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların kalitesinin belirlenmesi* (Yüksek lisans tezi). İstanbul Medipol Üniversitesi, İstanbul.
- Eryiğit, İ. ve Aydın, H. T. (2022). Yoğun bakım ünitesinden transfer edilen hastaların yoğun bakım deneyimlerinin, anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi: Tanımlayıcı çalışma. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 14(3): 896-907.
- Gencer, A., & Kumsar, A. K. (2020). Yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastaların algıladıkları çevresel stresörlerin uyku kalitesine etkisi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3): 434-443.
- Gerkuş, Ş. (2020). *Yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların algıladıkları çevresel stresörlerin kaygı düzeyi üzerine etkisinin incelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Balıkesir Üniversitesi, Balıkesir.
- Gezginci, E., Goktas, S., & Orhan, B. N. (2022). The effects of environmental stressors in intensive care unit on anxiety and depression. *Nursing in Critical Care*, 27(1): 113-119.

- Godoy, L. D., Rossignoli, M. T., Delfino-Pereira, P., Garcia-Cairasco, N., & de Lima Umeoka, E. H. (2018). A comprehensive overview on stress neurobiology: Basic concepts and clinical implications. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 3(12): 127.
- Gorman, L. M., & Sultan, D. F. (2014). *Psikososyal hemşirelik genel hasta bakımı için*. (Çev.F. Öz, & M. Demiralp). Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Gökler, R. (2012). the disease of modern era; stress and its effects. *Journal of History Culture and Art Research*, 1(3): 154-168. doi: 10.7596/taksad.v1i3.63
- Granja, C., Lopes, A., Moreira, S., Dias, C., Costa-Pereira, A., & Carneiro, A. (2005). Patients' recollections of experiences in the intensive care unit may affect their quality of life. *Critical Care*, 9: 1-14.
- Gültekin, Y., Özçelik, Z., Akıncı, S.B. & Yorgancı, H.K. (2018). Yoğun bakım ünitelerinde stresörlerin değerlendirilmesi. *Türk Cerrahi Dergisi*, 34 (1): 5.
- Gürhan, N., Sözbir, Ş.Y., & Polat, Ü. (Ed.). (2020). *Hemşirelik alanında kullanılan kavram becerileri ve modelleri*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Halvorsen, K., Jensen, J. F., Collet, M. O., Olausson, S., Lindahl, B., Saetre Hansen, B., ... & Eriksson, T. (2022). Patients' experiences of well-being when being cared for in the intensive care unit—An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 31(1-2): 3-19.
- Helvacı Çelik, F., & Hocoğlu, Ç. (2016). Major depresif bozukluk' tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: Bir gözden geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 6(1): 51-66.
- Hintistan, S., Nural, N., & Öztürk, H. (2009). Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların deneyimleri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 13(1): 40-46.
- Hofhuis, J.G., Spronk, P.E., Van Stel, H.F., Schrijvers, A.J., Rommes, J.H., & Bakker, J. (2008). Experiences of critically ill patients in the ICU. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24(5): 300-313.
- Hweidi, I. M. (2007). Jordanian patients' perception of stressors in critical care units: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44(2): 227-235.
- Hweidi, I. M., & Nizamli, F. M. (2015). Stressors in intensive care units in Syria: patients' perceptions. *Journal of Research in Nursing*, 20(2): 114-126.

- Ivusich, K.S. (2019). *The implementation of nocturnal earplugs and eye masks to improve sleep in the cardiac surgery intensive care unit* (Doctoral Dissertation on The İnternet). University of Maryland School of Nursing; Available from: <http://hdl.handle.net/10713/9487>.
- Karadağ, S. (2013). *Koroner arter hastalığı olan bireylerin hastalık algısının ameliyat sonrası yoğun bakım deneyimine etkisi* (Yüksek Lisans Tezi). Ege Üniversitesi, İzmir.
- Karadakovan, A., & Aslan F. E. (Ed.). (2020). *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım*. Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Karadeniz, F. T., & Kanan, N. (2019). Reanimasyon yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların çevresel stresörlerden etkilenme durumları. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 23(1): 1-8.
- Karahan, E., Akın, N. & Çelik, S. (2020). Yoğun bakımda yatan hastaların deneyimleri ve aile gereksinimlerinin incelenmesi. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6 (2): 140-149.
- Karamustafaloğlu, O., & Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2): 65-74.
- Karlsson, V., Bergbom, I., & Forsberg, A. (2012). The lived experiences of adult intensive care patients who were conscious during mechanical ventilation: a phenomenological-hermeneutic study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 28(1): 6-15.
- Kasaoka, S. (2017). The evolving role of the cardiovascular intensive care unit (CICU). *Journal of Intensive Care*, 5: 72.
- Kavuncu, N. & Rızalar S. (2016). *Koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren bireylerin yoğun bakım deneyimleri ve etkileyen faktörlerin saptanması* (Yüksek Lisans Tezi). Medipol Üniversitesi, İstanbul.
- Kessler, R. C., & Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual Review of Public Health*, 34(1): 119-138.
- Koparan, H. (2020). *Cerrahi yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların algıladıkları çevresel stresörler ve uyku durumları* (Yüksek Lisans Tezi). Çukurova Üniversitesi, Adana.
- Koplay, M., & Erol, C. (2013). Koroner arter hastalığı. *Türk radyoloji seminerleri*, 1(1): 57-69

- Koyuncu, F., Yılmaz Şahin, S., & İyigün., E. (2021). Genel cerrahi yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastaların algıladıkları çevresel stresörlerin uyku düzenine olan etkisinin incelenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 25(3): 152-159.
- Krampe, H., Denke, C., Gülden, J., Mauersberger, V.M., Ehlen, L., Schönthaler, E., ... & Spies, CD. (2021). Perceived severity of stressors in the intensive care unit: a systematic review and semi-quantitative analysis of the literature on the perspectives of patients, health care providers and relatives. *Journal of Clinical Medicine*, 10(17): 3928.
- Kring, A.M., Johnson, S.L., Davison, G., & Neale, J. (2015). *Anormal psikolojisi* (Çev. M. Şahin). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Kurt, S., & Enç, N. (2013). Yoğun bakım hastalarında uyku sorunları ve hemşirelik bakımı. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 4(5): 1-8.
- Leistner, C., & Menke, A. (2020). Hypothalamic–pituitary–adrenal axis and stress. *Handbook of Clinical Neurology*, 175: 55-64.
- Lewandowska, K., Mędrzycka-Dąbrowska, W., Pilch, D., Wach, K., Fortunato, A., Krupa, S., & Ozga, D. (2020). Sleep deprivation from the perspective of a patient hospitalized in the intensive care unit-qualitative study. *Healthcare*, 8(3): 351.
- Lewis, S. R., Pritchard, M. W., Schofield-Robinson, O. J., Alderson, P., & Smith, A. F. (2018). Melatonin for the promotion of sleep in adults in the intensive care unit. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5.
- Lin, T. R., Cheng, C. H., Wei, J., & Wang, T. J. (2022). Factors influencing sleep quality in open-heart patients in the postoperative intensive care unit. *Healthcare*, 10(11): 2311.
- Little, A., Ethier, C., Ayas, N., Thanachayanont, T., Jiang, D. & Mehta, S. (2012). A patient survey of sleep quality in the intensive care unit. *Minerva Anestesiologica*, 78(4): 406-414.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3): 335-343.

- Mallika, V., Goswami, B., & Rajappa, M. (2007). Atherosclerosis pathophysiology and the role of novel risk factors: a clinicobiochemical perspective. *Angiology*, 58(5): 513-522.
- Marra, A., Pandharipande, P.P., Girard, T.D., Patel, M.B., Hughes, C.G., Jackson, J.C., Thompson, J.L., Chandrasekhar, R., Ely, E.W., & Brummel, N.E.(2018). Co-occurrence of post-intensive care syndrome problems among 406 survivors of critical illness. *Critical Care Medicine*, 46(9): 1393-1401. doi: 10.1097/CCM.0000000000003218.
- Menear, A., Elliott, R., M Aitken, L., Lal, S., & McKinley, S. (2017). Repeated sleep-quality assessment and use of sleep-promoting interventions in ICU. *Nursing in Critical Care*, 22(6): 348-354.
- Miranda-Ackerman, R. C., Lira-Trujillo, M., Gollaz-Cervantez, A. C., Cortés-Flores, A. O., Zuloaga-Fernández del Valle, C. J., García-González, L. A., ... & González-Ojeda, A. (2020). Associations between stressors and difficulty sleeping in critically ill patients admitted to the intensive care unit: a cohort study. *BMC Health Services Research*, 20: 1-10.
- Muradov, O., Petrovskaya, O., & Papathanassoglou, E. (2021). Effectiveness of cognitive interventions on cognitive outcomes of adult intensive care unit survivors: a scoping review. *Australian Critical Care*, 34(5): 473-485.
- Okutan, M., & Tengilimoğlu, D. (2002). İş ortamında stres ve stresle başa çıkma yöntemleri: bir alan uygulaması. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 4(3): 15-42.
- Olsen, K. D., Nester, M., & Hansen, B. S. (2017). Evaluating the past to improve the future—a qualitative study of ICU patients’ experiences. *Intensive and Critical Care Nursing*, 43: 61-67. doi: 10.1016/j.iccn.2017.06.008.
- Oropello, J. M., Kvetan, V., & Pastores, S. M. (2018). *Yoğun bakım* (Çev. I.Ö. Turan, & V. Hancı). Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Osta, M. M. (2023). *Yoğun bakım hastalarında anksiyetenin uyku sorunları üzerine etkisinin incelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Bursa Uludağ Üniversitesi, Bursa
- Özbal, E. (2020). *Kritik hastaların algıladıkları çevresel stresörlerin yoğun bakım ünitesi deneyimlerine etkisi* (Yüksek Lisans Tezi). Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya.

- Özdemir, L. (2010). Koroner yoğun bakımda kalan hastaların deneyimlerinin belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 12(1): 5-12.
- Özer, N., & Özlü, Z.K. (2015). Richard-Campbell Uyku Ölçeği geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Journal of Turkish Sleep Medicine*, 2: 29-32.
- Özşaker, E., Alcan, A.O., & Korkmaz, F.D. (2013). Yaşlı hastaların yoğun bakım deneyimlerinin incelenmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 16: 4.
- Öztürk, M. (2022). *Yoğun bakım ünitelerindeki çevresel stresörler ile hastaların duyuşal ve duygulanım yorgunluk düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Karadeniz Teknik Üniversitesi, Trabzon.
- Öztürk, O., & Uluşahin, A. (2011). *Ruh sağlığı ve bozukluğu*, 11bs. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Palaz, İ. (2020). *Yoğun bakım ünitesinden transfer olan hastaların yoğun bakım deneyimlerinin, anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.
- Para, E., & Uslu, Y. (2022). Cerrahi hastalarında ameliyat sonrası uyku kalitesi ve uyku düzenini etkileyen faktörler. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 9(4): 443-450.
- Pelin, M. (2023). *Koroner yoğun bakım hastalarına sirkadiyen ritimlerine göre verilen hemşirelik bakımının uyku kalitesi, ağrı, anksiyete ve deliryuma etkisi* (Doktora Tezi). Sakarya Üniversitesi, Sakarya.
- Rattray, J., Crocker, C., Jones, M., & Connaghan, J. (2010). Patients' perceptions of and emotional outcome after intensive care: results from a multicentre study. *Nursing in Critical Care*, 15(2): 86-93.
- Rattray, J., Johnston, M., & Wildsmith, J. A. W. (2004). The intensive care experience: development of the ICE questionnaire. *Journal of Advanced Nursing*, 47(1): 64-73.
- Rawal, G., Yadav, S., & Kumar, R. (2017). Post-intensive care syndrome: an overview. *Journal of Translational Internal Medicine*, 5(2): 90-92.
- Richards, K. (1987). Techniques for measurement of sleep in critical care. *Focus on Critical Care*, 14(4): 34-40

- Ritmala-Castren, M., Axelin, A., Richards, KC, Mitchell, ML, Vahlberg, T. ve Leino-Kilpi, H. (2022). Investigation of the construct and concurrent validity of the Richards-Campbell Sleep Questionnaire with intensive care unit patients and home sleepers. *Australian Critical Care*, 35 (2): 130-135.
- Roberts, B. L., Rickard, C. M., Rajbhandari, D., & Reynolds, P. (2007). Factual memories of ICU: recall at two years post-discharge and comparison with delirium status during ICU admission—a multicentre cohort study. *Journal of Clinical Nursing*, 16(9): 1669-1677.
- Sarıçam, H. (2018). The psychometric properties of Turkish version of Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21) in health control and clinical samples. *Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapies and Research*, 7(1): 19.
- Sarıgül, E. (2020). *Koroner yoğun bakımda hasta deneyimleri ve etkileyen faktörlerin saptanması* (Yüksek Lisans Tezi). Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Sarıgül, E., & Kavurmacı, M. (2022). Koroner yoğun bakımda hasta deneyimleri ve etkileyen faktörlerin saptanması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1): 212-219.
- Selye, H. (1977). Stress Without Distress. *School Guidance Worker*, 32(5), 5-13.
- Sezen, A., & Temiz, G. (Ed.). (2023). *Yoğun bakım hemşireliği*. İstanbul: Ema Tıp Kitabevi.
- Shdaifat, S. A., & Al Qadire, M. (2022). Anxiety and depression among patients admitted to intensive care. *Nursing in Critical Care*, 27(1): 106-112.
- So, H. M., & Chan, D. S. K. (2004). Perception of stressors by patients and nurses of critical care units in Hong Kong. *International Journal of Nursing Studies*, 41(1): 77-84.
- Şahinoğlu, A.H. (Ed.). (2011). *Yoğun bakım sorunları ve tedavileri*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Şahin, M., & Köçkar, Ç. (2018). Bir stresör olarak yoğun bakım. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*, 2(4): 207-214.
- Şen, S. (2018). *Kalp cerrahisi sonrası yapılan akupresür uygulamasının ağrı, anksiyete ve uyku kalitesi üzerine etkisi* (Doktora Tezi). Sakarya Üniversitesi, Sakarya.

- Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF). (2017).
<https://file.tkd.org.tr/PDFs/TEKHARF-2017.pdf> Erişim tarihi:01.06.2024
- Tel, H. & Tel, H. (2009). Transfer anksiyetesi; yoğun bakım hastası ve ailesinin ortak duygusal deneyimi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 13(1): 24-9.
- Telias, I., & Wilcox, M. E. (2019). Sleep and circadian rhythm in critical illness. *Annual Update in Intensive Care and Emergency Medicine 2019*, 651-664.
- Terzi, B., & Kaya, N. (2011). Yoğun bakım ünitesinden taburcu olan bireylerin yoğun bakım deneyimleri. *Türkiye Klinikleri Anesteziyoloji Reanimasyon Dergisi*, 9(1): 34-45.
- Topçu, N. (2019). *Yoğun bakım ünitesindeki kanıt temelli non-farmakolojik düzenlemelerin deliryumu önlemedeki etkisi* (Yüksek Lisans Tezi). Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Tekirdağ.
- Topcu, N., & Tosun, Z. (2022). Efforts to improve sleep quality in a medical intensive care unit: effect of a protocol of non-pharmacological interventions. *Sleep and Breathing*, 26(2): 803-810.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2023). *Ölüm ve ölüm nedenleri istatistikleri*.
<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2022>. Erişim tarihi:05.05.2024
- Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2013). *Critical care nursing, diagnosis and management, 7: critical care nursing*. Elsevier Health Sciences.
- Uslu, Y. & Korkmaz, F. D. (2015). Yoğun bakım hastalarında uyku: hemşirelik bakımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12(3): 156-161.
- Uzun, K., & Yavşan, D. M. (2014). Yoğun bakımda uyku. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 2(2): 230-236.
- Ünsal Avdal, E. (2022). *İç hastalıkları hemşireliği*. Ankara: Hipokrat Yayınevi
- Wilcox, M.E., Brummel, N.E., Archer, K., Ely, E., Jackson, J.C., & Hopkins, R.O. (2013). Cognitive dysfunction in intensive care patients: risk factors, predictors and rehabilitation interventions. *Critical Care Medicine*, 41(9): 81-98.

- World Health Organization. (2021). *Cardiovascular diseases*.
https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1
Erişim tarihi 15.04.2024
- World Health Organization. (2023). *Depressive disorder (depression)*
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
Erişim Tarihi: 15.04.2024
- Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları
Hakkında Tebliği. (2020).
<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2020/08/20200821-7.htm>
Erişim tarihi: 02.05.2024
- Yıldız, F. T., & Aydın, H. T. (2013). Uyku hijyeni eğitiminin koroner yoğun bakım
sonrası hastaların uyku kalitesine etkisi. *Yoğun Bakım Hemşireliği
Dergisi*, 17(1): 1-7.
- Yılmaz, E. & Arslan, S. (2015). Acil kritik yoğun bakımda yatan hastaların
incelenmesi. *Selçuk Tıp Dergisi*, 31(3): 113-117.
- Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi. (2008).
[https://www.saglik.gov.tr/TR,10979/yogun-bakim-unitelerinin-standartlari-
genelgesi-200853.html](https://www.saglik.gov.tr/TR,10979/yogun-bakim-unitelerinin-standartlari-genelgesi-200853.html). Erişim tarihi:19.12.2022.
- Zaybak, A., & Güneş, Ü. Y. (2010). Hastaların yoğun bakım deneyimlerinin
incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakóltesi Dergisi*, 26(2): 17-26.

EKLER

Ek 1: Hasta Tanılama Formu

Bu araştırma, koroner yoğun bakım sonrasında algılanan çevresel stresörlerin, hasta deneyimlerinin, duygu durumlarının ve uyku kalitesinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Araştırmanın güvenilir sonuçlara ulaşması ve sonuçlardanyararlanılabilmesi için cevaplarınızın gerçek, kişisel görüş ve düşüncelerinizi yansıtması çokönemlidir. Size en uygun yanıtı işaretlemeniz araştırmasonuçlarının güvenilirliği açısından önemlidir. Elde edilen verilerden ve sonuçlardan yalnızca araştırma amaçlı yararlanılacak olup bireysel değerlendirme yapılmayacaktır. Katkı ve iş birliğiniz için teşekkür ederiz.

Katılımcı No:

1. Yaş.....

2. Cinsiyet: () Kadın () Erkek

3. Medeni durum: () Evli () Bekar

4. Eğitim durumu:

() Okur-yazar değil () Okur-yazar () İlkokul/Ortaokul mezunu () Lise mezunu () Fakülte/Yüksekokul

5. Çocuğunuz var mı? () Evet (cevabınız evetse sayısı) () Hayır

6. Mesleğiniz

() Memur () Ev hanımı () Serbest () İşçi () Emekli () İşsiz
() Diğer

7. Hastaneye yatışınız planlı mı oldu acil mi? () Planlı () Acil

8. Daha önce yoğun bakım ünitesinde yattınız mı?

() Hayır () 1 kez () 2 kez () 3 kez () 4 kez ve üzeri

9. Yoğun Bakım ünitesinde kaç gün kaldınız?

() 24 saat () 2-7 gün () 8-14 gün () 15 günden fazla

10. Kronik bir hastalığınız var mı? () Evet () Hayır

11. Eğer cevabınız evet ise hastalığınız nedir?

12. Yoğun Bakım süreci hakkında bilgi aldınız mı?

() Evet (cevabınız evetse aşağıdaki tabloyu doldurunuz)

() Hayır

BilgilendirmeYapılan Konular	Bilgilenme Durumu		
	EVET	HAYIR	BAZEN
Hastalık			
Yapılan Girişimler			
Tedavi			
Bakım			

Ek 2: Yoğun Bakım Ünitesinde Çevresel Stresörler Ölçeği

Stresörler	Hiç Etkilemez	Çok Az Etkiler	Sıklıkla Etkiler	Çok Fazla Etkiler
1. Tüplere bağlanmış olmak	1	2	3	4
2. Hemşirelerin kendilerini tanıtmamaları	1	2	3	4
3. Hemşirelerin çok aceleci olmaları	1	2	3	4
4. Su içememek	1	2	3	4
5. Sık sık tansiyon (kan basıncı) ölçülmesi	1	2	3	4
6. Yatak ve/veya yastığın rahat olmaması	1	2	3	4
7. Telefon sesini duymak (telefonun çalması)	1	2	3	4
8. Doktor ve hemşireler tarafından sık aralıklarla (sık sık) fiziksel muayene yapılması	1	2	3	4
9. Etrafta garip (tuhaf) makinelerin olması	1	2	3	4
10. Hemşirelerin makineleri, sizi izlediklerinden daha yakın izlemeleri	1	2	3	4
11. Makinelerin seslerini ve alarmları duymak	1	2	3	4
12. Hemşire ve doktorların yüksek sesle konuşmaları	1	2	3	4
13. Oksijen almak / oksijen maskesi takmak	1	2	3	4
14. Eşinizi özlemek/görememek	1	2	3	4
15. Yapılan tedavilerin size açıklanmaması	1	2	3	4
16. Kalp monitörünüzün alarminin bozulduğunu (kesildiğini) fark etmek (duymak)	1	2	3	4
17. Hemşirelerin, yatağınızın etrafında sürekli bir şeyler yapmaları	1	2	3	4
18. Burnunuzda veya ağızınızda tüplerin olması	1	2	3	4
19. Saatin kaç / zamanın ne olduğunu bilmemek	1	2	3	4
20. Diğer hastaların ağlama / inlemelerini duymak	1	2	3	4

Stresörler	Hiç Etkilemez	Çok Az Etkiler	Sıklıkla Etkiler	Çok Fazla Etkiler
21. Erkek ve kadınların aynı odada kalmaları	1	2	3	4
22. Aile ve arkadaşları günde birkaç dakika görmek	1	2	3	4
23. Size yapılacak uygulamaların ne zaman yapılacağını bilmemek	1	2	3	4
24. Hemşireler tarafından uyandırılmak	1	2	3	4
25. Alışılmadık sesler duymak	1	2	3	4
26. Diğer hastalara yapılan tedavileri görmek	1	2	3	4
27. Sürekli tavana bakmak (tavanı izlemek)	1	2	3	4
28. Uyuyamamak	1	2	3	4
29. Serum setler nedeniyle ellerinizi ve kollarınızı kıpırdatamamanız (hareket ettirememeniz)	1	2	3	4
30. Çevredeki alışık olmadık kokuları duymak	1	2	3	4
31. Işıkların sürekli (açık) olması	1	2	3	4
32. Ağrı olması	1	2	3	4
33. Başınızın üzerindeki (damar içi) serum/kan torbalarını görmek	1	2	3	4
34. İğneler yapılması (iğnelerle delinmek)	1	2	3	4
35. Nerede olduğunuzu bilmemek	1	2	3	4
36. Hemşirelerin, anlaşılmayan kelimeler kullanmaları	1	2	3	4
37. Kendi kontrolünüzün kendi elinizde olmaması	1	2	3	4
38. Hangi günde olduğunu bilmemek	1	2	3	4
39. Sıkılmak	1	2	3	4
40. Mahremiyetin olmaması (gizliliğin olmaması)	1	2	3	4
41. Tanıdık olmayan doktorlar tarafından bakılmak	1	2	3	4
42. Çok sıcak ya da çok soğuk bir odada olmak	1	2	3	4

Ek 3: Yoğun Bakım Deneyim Ölçeği

1.BÖLÜM: Yoğun bakımda kaldığınız süre boyunca aşağıdaki ifadelere hangi derecede katıldığınızı belirtiniz.

	Kesinlikle katılıyorum (5)	Katılıyorum (4)	Kararsızım (3)	Katılmıyorum (2)	Kesinlikle katılmıyorum (1)
1-Yoğun bakımda gündüz kendimi daha çok güvende hissettim					
2-Yoğun bakımda gece mi gündüz mü olduğunu asla fark etmedim					
3-Yoğun bakımda kaldığım süre içerisinde ölebileceğimi düşündüm.					
4-Yoğun bakım ortamı her zaman çok gürültülüydü.					
5-Yoğun bakımda çok fazla uyuduğumu düşünüyorum.					
6-Yoğun bakımda sürekli rahatsız edildim.					
7-Yoğun bakımda bakımımın olabildiğince en iyi şekilde yapıldığını düşünüyorum.					
8-Yoğun bakımda benimle ilgilenen insanlara ne istediğimi anlatabildim.					
9-Yoğun bakım ortamıyla ilgili hatırladıklarımın çoğu bulanık.					

2. BÖLÜM: Yoğun bakımda kaldığınız süre boyunca aşağıdaki ifadeleri ne sıklıkla yaşadığınızı belirtiniz.

	Kesinlikle katılıyorum (5)	Katılıyorum (4)	Kararsızım (3)	Katılmıyorum (2)	Kesinlikle katılmıyorum (1)
10-Yoğun bakımda yanıma birisinin geldiğini fark ediyordum.					
11-Yoğun bakımda bana neler olduğunun farkındaydım.					
12-Yoğun bakımda etrafımda anlayamadığım şeyler gördüm					
13-Yoğun bakımda kendimi çaresiz hissettim.					
14-Yoğun bakımda ağrım olduğunu hissettim.					
15-Yoğun bakımda korktuğumu hissettim.					
16-Yoğun bakımda kendimi güvende hissettim.					
17-Yoğun bakımda kötü rüyalar gördüm.					
18-Yoğun bakımda ihtiyaçlarımı karşılamada bağımlı olmaktan çok rahatsız oldum.					
19-Yoğun bakımda iken yakınlarımlarımın yokluğunu çok hissettim.					

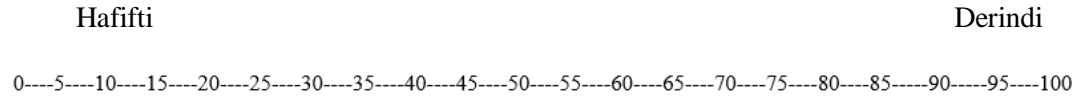
Ek 4: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği

NO	SON 1 HAFTADAKİ DURUMUNUZ	Hiçbir zaman	Bazen ve arasıra	Oldukça sık	Her zaman
1 S	Gevşeyip rahatlamakta zorluk çektim.	0	1	2	3
2 A	Ağızımda kuruluk olduğunu fark ettim.	0	1	2	3
3 D	Hiç olumlu duygu yaşayamadığımı fark ettim.	0	1	2	3
4 A	Soluk almada zorluk çektim (<i>örneğin fiziksel egzersiz yapmadığım halde aşırı hızlı nefes alma, nefessiz kalma gibi</i>).	0	1	2	3
5 D	Bir iş yapmak için gerekli olan ilk adımı atmada zorlandım.	0	1	2	3
6 S	Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliyim.	0	1	2	3
7 A	Vücudumda (<i>örneğin ellerimde</i>) titremeler oldu.	0	1	2	3
8 S	Sinirsel enerjimi çok fazla kullandığımı hissettim.	0	1	2	3
9 A	Panikleyip kendimi aptal durumuna düşüreceğim durumlar nedeniyle endişelendim.	0	1	2	3
10 D	Hiçbir beklentimin olmadığı hissine kapıldım.	0	1	2	3
11 S	Kışkırtılmakta olduğumu hissettim.	0	1	2	3
12 S	Kendimi gevşetip salıvermek zor geldi.	0	1	2	3
13 D	Kendimi perişan ve hüzünlü hissettim.	0	1	2	3
14 S	Beni yaptığım işten alıkoyan şeylere dayanamıyordum.	0	1	2	3
15 A	Panik haline yakın olduğumu hissettim.	0	1	2	3
16 D	Hiçbir şey bende heyecan uyandırmıyordu.	0	1	2	3
17 D	Birey olarak değersiz olduğumu hissettim.	0	1	2	3
18 S	Alıngan olduğumu hissettim.	0	1	2	3
19A	Fiziksel egzersiz söz konusu olmadığı halde kalbimin hareketlerini hissettim (<i>kalp atışlarımın hızlandığını veya düzensizleştiğini hissettim</i>).	0	1	2	3
20 A	Geçerli bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim.	0	1	2	3
21 D	Hayatın anlamsız olduğu hissine kapıldım.	0	1	2	3

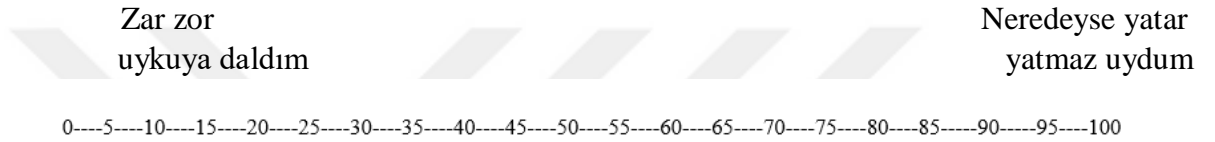
Ek 5: Richards- Campbell Uyku Anketi

Aşağıda her bir uyku ifadesi için 0 ila 100 arasında puanlanan bir çizelge verilmiştir. Bu çizelgede “0 “ her bir ifade için en kötü duruma, “100” en iyi duruma karşılık gelmektedir. Lütfen her bir ifade için dün geceki uyku algınızı verilen çizelge üzerinde derecelendiriniz.

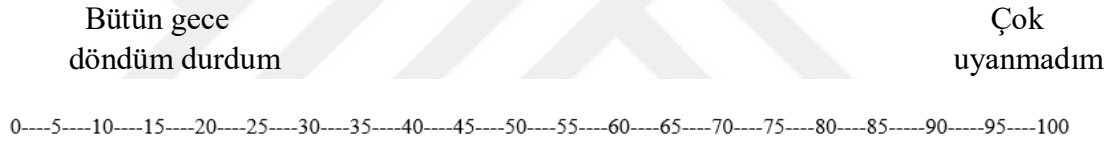
1-Dün gece uykum



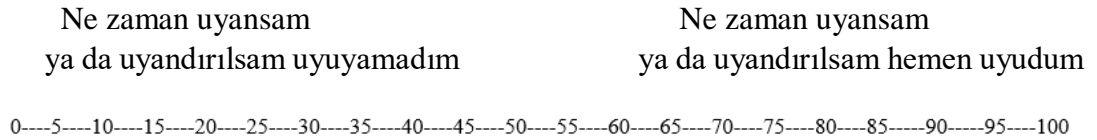
2-Dün gece uykuya dalma



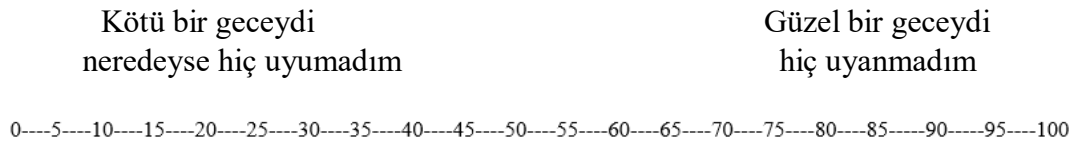
3-Dün gece uyanma sıklığı



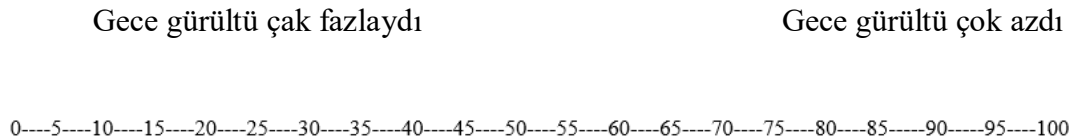
4-Dün gece uyanık kalma süresi



5-Dün gece uykunun kalitesi



6-Dün gece gürültü seviyesi



Toplam uyku algısı

Richards-Campbell Uyku Ölçeği'nin Toplam Puanı:

Ek 6: Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi

Sağlık Bakanlığının tedavi hizmetler genel müdürlüğü tarafından 2008 yılında yayınladığı Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi'ne göre yoğun bakım ünitelerinin özellikleri şu şekilde sıralanmıştır:

- a) *Yoğun bakım ünitelerindeki her yatak yoğun bakım yatağı özelliklerini taşımaktadır.*
- b) *Yoğun bakım üniteleri, hasta, ziyaretçi ve hastane personelinin genel kullanım alanları ile doğrudan bağlantılı olmamalıdır.*
- c) *Yoğun bakımlar kabul edebileceği hastaların klinik durumuna, sağlık personeli, donanım ve mekânsal özelliklerine göre basamaklandırılır.*
- d) *Kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım ünitesi, ameliyathane steril alanında olmamak kaydıyla, ameliyathane ile irtibatlı olmalıdır.*
- e) *Koroner yoğun bakım ve birinci basamak yoğun bakım üniteleri diğer yoğun bakım ünitelerinden ayrı mekânlarda düzenlenebilir.*
- f) *Yenidoğan yoğun bakım ünitesi ile diğer yoğun bakım ünitelerinin birbiriyle irtibatlı olmaması gerekir. Fakat yenidoğan yoğun bakım ünitesi ile diğer yoğun bakım servislerinin ön geçiş alanları ortak olabilir.*
- g) *Hasta alanı dışında ve yoğun bakım ünitesinin bulunduğu katta, sürgü ve idrar kapları temizleme ve muhafaza alanı veya tek kullanımlık malzeme kullanılıyor ise, kullanım öncesi muhafaza ve imha alanı ayrılır. Yoğun bakım ünitelerinin hasta alanları içerisinde tuvalet bulunmaz (Tuvalet kapısı dışında en az bir servis giriş kapısı ile hasta alanlarından ayrılmış olmalıdır.)*
- h) *Bağışıklık sistemi baskılanmış hastaların (hematolojik malignansi, transplantasyon hastaları gibi) izlendiği yoğun bakım ünitelerinde ameliyathanelerde olduğu gibi sterilizasyon şartlarını sağlayacak şekilde hepafiltre veya benzeri mikroorganizmaları süzebilen ve tutabilen havalandırma sistemi tercih edilmelidir. Bu tür hastaların izlenmediği 3. basamak yoğun bakımlarda izolasyon odalarının bulunması yeterlidir.*
- i) *Yoğun bakım ünitelerinde zemin ile duvar kaplamalarının kolay temizlenebilir nitelikte olması şarttır.*
- j) *Yoğun bakım ünitelerinde, görevli sağlık personeli tarafından hastaların sürekli gözetim ve izlenmesine uygun nitelikte bir mekân, , kolay ulaşılabilir mesafede*

yerleştirilmiş el yıkama amaçlı lavabo (her 4 yatak için en az bir), her yatak için el dezenfektanı, yatak aralarında gerektiğinde kullanılmak üzere uygun biçimde ayırma düzeneği, her yatak için ayrı elektrik ve merkezi tıbbî gaz sistemi bulunur.

k) Yoğun bakımlarda, “yataklı tedavi kurumları enfeksiyon kontrol yönetmeliği”nde tanımlanan işler özenle yürütülür. Enfeksiyon kontrol komitesinin aktif çalışması ve bildirimlerin düzenli yapılması sağlanır.

l) Yoğun bakım gerektiren çocuk hastaların bakımı ve tedavisi tercihen çocuk yoğun bakım ünitelerinde veya genel yoğun bakım ünitelerinin erişkinlerden uygun şekilde ayrılmış bölümlerinde yapılabilir.

m) Dal hastanelerinde ilgili uzmanlık dalının gerektirdiği yoğun bakım üniteleri kurulur. Diş hastaneleri ile Göz, Ruh Sağlığı, FTR, Deri ve Zührevi hastalıkları hastanelerinde yoğun bakım ünitesi kurulmayabilir. Ancak yoğun bakım ihtiyacı gereken durumlarda hastanın nakli süresince yaşam desteği (transport ventilatörü, monitör, oksijen kaynağı, entübasyon seti, balon-valf-maske sistemi (ambu), defibrilatör v.b.) sağlamak için gerekli donanım bulundurulmalıdır.

n) İkinci basamak yoğun bakım ünitesi bulunan hastanelerde birinci basamak yoğun bakım hastasının, üçüncü basamak yoğun bakım ünitesi olan hastanelerde ise ikinci ve birinci basamak yoğun bakım hastasının bakımı da yapılır.

o) Yatak sayısı 10’a kadar olan yoğun bakımlar tek ünite olarak düzenlenir. 10’dan fazla olanlar ise her biri 6–10 yataktan oluşan birden fazla üniteye ayrılabilir.

p) Yoğun bakım ünitelerinde yeterli destek alanları düzenlenmelidir.

r) Yoğun bakım hastalarının refakatçileri için uygun bekleme alanı düzenlenmelidir.

s) Yoğun Bakım Sorumlusu Anesteziyoloji ve Reanimasyon, İç hastalıkları, Göğüs Hastalıkları, Genel Cerrahi uzmanları, dal yoğun bakımlarda ilgili dal uzmanı (Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı, kardiyoloji uzmanı, kalp ve damar cerrahisi uzmanı, nöroloji uzmanı gibi) veya yoğun bakım deneyimi olan diğer uzmanlardan birisi olabilir. Yoğun Bakım hizmetinde devamlılık esas olduğundan, asıl görevi nedeniyle çok yoğun olan, ilgili dalda aynı işi yapacak başka hekimin olmadığı uzmanların sorumlu atanması doğru değildir. Zorunluluk halinde sorumluluk dönüşümlü olabilir. Nöbetlerde ise, eğer hastane imkânları uygunsa yoğun bakım sorumlusu olan uzman

hekim ile aynı uzmanlık alanından, değilse aynı görevi yapabilecek yukarıda sayılan diğer uzmanlık dallarından bir uzmanın bulunması sağlanmalıdır.

t) Uzman nöbetinin olmadığı hastanelerde, uzmanların icap nöbeti tutması ve yoğun bakım ünitesinde eğitimli hemşirenin istihdam edilmesi halinde birinci basamak yoğun bakım hizmeti verilebilir.

u) Yoğun bakım ünitesi olan hastanelerde, bu ünitelerde hizmet verecek sorumlu doktorların 3. basamak yoğun bakım ünitesi olan bir hastanede temel bilgileri alması başhekimler tarafından sağlanır.” (Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi, 2008).



Ek 7: Etik Kurul İzni



T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

Sayı :E-20292139-050.01.04-46058
Konu :Etik Kurul Kararları

Sayın Günay ŞEN
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

"Koroner Yoğun Bakım Sonrası Hastalarda Algılanan Stresörlerin, Hasta Deneyimlerinin, Duygu Durumlarının ve Uyku Kalitesinin İncelenmesi" başlıklı araştırmanız, kurulumuzun 27.01.2023 tarihli ve 2023/01 sayılı toplantısında değerlendirilerek araştırmanızın etik açıdan uygun bulunduğuna katılanların oy birliği ile karar verilmiştir

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Kadir CANATAN
Kurul Başkanı

Ek:40-Günay Şen Etik Onay Belgesi (1 Sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :*BSR9798YJ* Pin Kodu :13112
Adres:Halkalı Caddesi No: 281 Küçükçekmece/İstanbul
Telefon:444 97 98 Faks:+90 (212) 693 82 29
e-Posta: bilgi@izu.edu.tr Web: www.izu.edu.tr
Kep Adresi: izu@hs01.kep.tr

Belge Takip Adresi : <https://ebys.izu.edu.tr/enVision/Dogrula/0N3>

Bilgi için: Zeyneb Funda TEZ
KURTULUŞ
Unvanı: Yeminli Katip
Tel No: +902126929606



Ek 8: Kurum izni



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-15916306-604.01.01-217042587
Konu : Günay ŞEN' in Çalışması Hk

02.06.2023

BAŞAKŞEHİR ÇAM ve SAKURA ŞEHİR HASTANESİNE

İlgi : 18.05.2023 tarihli ve E-96317027-604.01.01-215649804 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınız ile Hastanenizde Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcısı olarak görev yapmakta olan Günay ŞEN' in sorumlu araştırmacılığını yürüttüğü **"Koroner Yoğun Bakım Sonrası Hastalarda Algılanan Stresörlerin, Hasta Deneyimlerinin, Duygu Durumlarının ve Uyku Kalitesinin İncelenmesi"** başlıklı çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı kurumda yapma talebi birimimize iletilmiş olup Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu **30/05/2023 tarih ve 2023/09** sayılı kararınca uygun görülmüştür.

Çalışmanın kurumunuzun uygun gördüğü zaman diliminde (Başvuru dosyasında belirtilen aralık gözetilerek) sürecin koordinasyonunun tarafınızca sağlanması ve araştırmanın bitiminde bir nüshasının elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin başvuru sahibine tebliği hususunda; Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uzm. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
Başkan

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 538860B5-449E-4ABF-B917-3315A1EED72E

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Binbirdirek mah. Peykhane sok. No: 8 Fatih/İSTANBUL 34122
Telefon No: 02126383000
e-Posta: ist.sagligingel@saglik.gov.tr İnternet Adresi:
<https://istanbulism.saglik.gov.tr/>
Kep Adresi: ism.34@hs01.kep.tr

Bilgi için: Leyla ÇELİK
Tıbbi Sekreter
Telefon No: 02126383399



Ek 9: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sizi Dr. Öğr. Üyesi Zülfünaz ÖZER danışmanlığında Günay ŞEN tarafından yürütülen “**Koroner Yoğun Bakım Sonrası Hastalarda Algılanan Stresörlerin, Hasta Deneyimlerinin, Duygu Durumlarının ve Uyku Kalitesinin İncelenmesi**” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı, koroner yoğun bakım sonrasında algılanan çevresel stresörlerin, hasta deneyimlerinin, duygu durumlarının ve uyku kalitesinin belirlemektir. Araştırmada sizden tahminen 20-25 dakika ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamamızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**. Araştırmada Kişisel veri toplanacağından **6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu** ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirler alınacaktır. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya e-posta adresi [ve -numaralı](mailto:ve-numaralı) telefondan ulaşabilirsiniz.

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

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

Katılımcının:

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

İletişim Bilgileri: e-posta:

Telefon:

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin:

Veli veya Vasisinin

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı: Günay ŞEN

İmzası:

ÖZGEÇMİŞ

Günay ŞEN

A. Eğitim

Lise: Abdurrahmanpaşa Lisesi, 2004, Kastamonu

Lisans: İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Bölümü, 2009, İstanbul

B. Mesleki Deneyim

2009-2010 Özel Medicine Hastanesi

2010-2021 İstanbul Mehmet Akif Ersoy Kalp Damar Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

2021-İstanbul Başakşehir Çam ve sakura Şehir Hastanesi- Devam ediyor

C. KONGRE, SEMİNER VE KURSLAR

Şen, G., Özer, Z. (2024). Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Hastaların Algıladıkları Çevresel Stresörler, 7. Uluslararası ARTEMİS Sağlık ve Spor Bilimleri Kongresi, (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)