

Cansu ÇAKIR

DOKTORA TEZİ

2023 -ANTALYA

**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**KOLAYLAŞTIRILMIŞ ANLAMLANDIRMA KURAMINA
TEMELLENDİRİLMİŞ “AİLE DESTEK PROGRAMI” NIN YOĞUN
BAKIMDA YATAN HASTA AİLELERİNİN SIKIŞMIŞLIK HİSSİNE VE
KAYGI DÜZEYİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

Cansu ÇAKIR

DOKTORA TEZİ

2023-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

KOLAYLAŞTIRILMIŞ ANLAMLANDIRMA KURAMINA
TEMELLENDİRİLMİŞ “AİLE DESTEK PROGRAMI” NIN YOĞUN BAKIMDA
YATAN HASTA AİLELERİNİN SIKIŞMIŞLIK HİSSİNE VE KAYGI
DÜZEYİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Cansu ÇAKIR

DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU

“Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

2023-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü M¼d¼rl¼ę¼ne;

Bu alışma j¼rimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Programında doktora tezi olarak kabul edilmiştir. 21/ 07/ 2023

İmza

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Kadriye BULDUKOğLU
Akdeniz Üniversitesi

¼ye : Doç. Dr. İlkey BOZ
Akdeniz Üniversitesi

¼ye : Dr. Öğr. Üyesi Saliha HALLAÇ
Akdeniz Üniversitesi

¼ye : Doç. Dr. Duygu HİÇDURMAZ
Hacettepe Üniversitesi

¼ye : Doç. Dr. Ceyda BAşOğUL
Adıyaman Üniversitesi

Bu tez, Enstit¼ Y¼netim Kurulunca belirlenen yukarıdaki j¼ri ¼yeleri tarafından uygun g¼r¼lm¼ř ve Enstit¼ Y¼netim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Melike CENGİZ

Enstit¼ M¼d¼r¼

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Öğrenci
Cansu ÇAKIR

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamda ve eğitim hayatımda deneyimleriyle yol gösteren, mesleki bakış açısıyla örnek aldığım, anlayış ve desteğini her zaman hissettiğim çok değerli hocam Sayın Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU'na

Meslek hayatımın ilk yıllarından itibaren hayatımda olan, tanımaktan onur duyduğum ve her zaman rehberliğine ihtiyaç duyacağım çok değerli hocam Sayın Dr. Öğretim Üyesi Saliha HALLAÇ'a

Tez çalışmam sürecinde çok değerli bilgi birikimiyle yol gösteren, anlayış ve desteklerini esirgemeyen değerli hocam Sayın Doç. Dr. İlkay BOZ'a

Görüş ve öneriyle destek olan Kolaylaştırılmış Anlamlandırma Kuramının teorisyeni Judy E. DAVIDSON'a, Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Emine KOL'a, Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Dr. Öğretim Üyesi Dudu KARAKAYA'ya, Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Fatma ARIKAN'a, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Anestezi Yoğun Bakım Ünitesi III sorumlu hemşiresi Ayşena ÜNAL'a, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Anestezi Yoğun Bakım Ünitesi I sorumlu hemşiresi Safiye RONA'ya ve Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı emekli öğretim üyesi Prof. Dr. Atilla RAMAZANOĞLU'na, istatistiksel analiz sürecinde destek ve katkılarından dolayı Prof. Dr. Mehmet Ziya FIRAT'a, her süreçte destek sağlayan Sağlık Bilimleri Enstitüsü çalışanlarına, Araştırmaya katılarak destek olan tüm katılımcılara,

Desteklerini her zaman hissettiğim arkadaşlarım Arş. Gör. Dr. Sultan TAŞ BORA'ya ve Arş. Gör. Defne DİZLEK'e

Her zaman yanımda olan değerli ailem Emine ÇAKIR, Erturul ÇAKIR, Caner ÇAKIR, Elif ÇAKIR ve biricik yeğenim Ayliz Duru ÇAKIR'a teşekkür ederim.

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı kolaylaştırılmış anlamlandırma kuramına temellendirilmiş aile destek programının, yoğun bakımda yatan hasta ailelerinin sıkışmışlık hissine ve kaygı düzeyine etkisini incelemektir.

Yöntem: Bu çalışma ön test ve son test düzeninde, tek körlü, randomize kontrollü deneysel bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Anestezi Yoğun Bakım Ünitesi I, II ve III' te yatan hastaların yakınları oluşturmuştur. Araştırmada veriler Kişisel Bilgi Formu, Sıkışmış Hissetme Ölçeği, Durumluk Kaygı Ölçeği ve Görsel Analog Skalası kullanılarak elde edilmiştir. Örneklemeye dahil edilme kriterlerine uyan 16 müdahale ve 14 kontrol grubunda olmak üzere toplam 30 hasta yakınına ulaşılmıştır. Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için SAS 9.4 paket programı kullanılmıştır. Verileri değerlendirmek için tanımlayıcı istatistikler, Shapiro-Wilk testi, Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis H testi, parametrik olmayan bağımlı grup (eşli) karşılaştırma testlerinden İşaretli Sıra Testi kullanılmıştır.

Bulgular: Kolaylaştırılmış Anlamlandırma Kuramına Temellendirilmiş Aile Destek Programı uygulanan müdahale grubundaki hasta ailelerinin ön test ölçümüne göre son test ölçümünde durumluk kaygı düzeylerinin azaldığı ($S=68$, $p=0.0001$), içsel sıkışmış hissi ($S=18$, $p=0.0078$) ve dışsal sıkışmış hissini ($S=39$, $p=0.0005$) azaldığı ve farkların anlamlı olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Kolaylaştırılmış Anlamlandırma Kuramına Temellendirilmiş Aile Destek Programının yoğun bakımda yatan hasta ailelerinin durumluk kaygı düzeyine, içsel ve dışsal sıkışmışlık hissine olumlu bir katkısı olduğu saptanmıştır. Programın, yoğun bakımda hastası bulunan hasta yakınlarına destek olmak üzere kullanılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: aile destek programı, hasta yakını, kaygı, kolaylaştırılmış anlamlandırma kuramı, psikiyatri hemşireliği, yoğun bakım ünitesi

ABSTRACT

Objective: This study was conducted to investigate the effect of family support program based on facilitated sensemaking theory on the feeling of entrapment and anxiety level of patient families in intensive care unit.

Method: This randomized controlled, single blind, experimental study was conducted with 16 intervention and 14 control groups, a total of 30 patient family in the Akdeniz University Hospital Anesthesia Intensive Care Unit I, II ve III. Personal information form, Entrapment Scale, State-Trait Anxiety Inventory and Visual Analog Scale were used to collect the data. All statistical analyzes were made SAS 9.4 package program. Descriptive statistics, Shapiro-Wilk test, Mann-Whitney U test, Kruskal Wallis H test, and Signed Rank Test that one of the non-parametric dependent group (paired) comparison tests were applied in the statistical evaluation.

Results: According to the pre-test measurement of the patient families who were applied family support program based on facilitated sensemaking theory decreased state anxiety ($S=68$, $p=0.0001$), internal entrapment ($S=18$, $p=0.0078$) and external entrapment ($S=39$, $p=0.0005$) levels in the post-test measurement. These findings are statistically significant.

Conclusion: The results of the study showed that the family support program compliance of facilitated sensemaking theory were positively affected the state trait anxiety internal entrapment and external entrapment scores of family members of patients hospitalized in intensive care unit.

Key words: family support program, patient family, anxiety, facilitated sense making theory, psychiatric nursing, intensive care unit

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
ŞEKİLLER DİZİNİ	iv
TABLOLARDİZİNİ	
SİMGELER ve KISALTMALAR	
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Yoğun Bakım Üniteleri ve Hemşirelik Uygulamaları	3
2.2. Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Yakını Olmak: Güçlükler ve Gereksinimler	6
2.2.1. Hasta Yakınlarında Kaygı ve Sıkışmışlık Hissi	8
2.3. Kolaylaştırılmış Anlamlandırma Kuramı	9
2.4. Kolaylaştırılmış Anlamlandırma Kuramının Varsayım ve Önergeleri	11
2.5. Kolaylaştırılmış Anlamlandırma Kuramının Aktiviteleri	14
2.5.1. Bakım İlişkilerinin Geliştirilmesi	14
2.5.2. İletişim	15
2.5.3. Bakımda Varlığını Sunma	17
2.5.4. Karar Verme	18
3. GEREÇ ve YÖNTEM	21
3.1. Araştırmanın Türü	21
3.2. Araştırmanın Varsayımları	21
3.3. Araştırmanın Hipotezleri	21
3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	22
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	23
3.6. Randomizasyon ve Körleme	24

3.7.Araştırmanın Kavramsal-Teorik-Deneysel Çerçevesi	28
3.8.Araştırmanın Değişkenleri	31
3.9.Verİ Toplama Araçları	31
3.9.1.Kişisel Bilgi Formu	31
3.9.2.Sıkışmış Hissetme Ölçeği	31
3.9.3.Durumluk Kaygı Ölçeği	32
3.9.4.Görsel Analog Skalası	33
3.9.5. KoAK-ADP Müdahale Araçları	33
3. 9.5.1 KoAK-ADP Protokolleri	34
3. 9.5.2 KoAK-ADP Hasta Yakını Görüşme Takip Formu	34
3. 9.5.3 KoAK-ADP Hasta Bilgi Formu	34
3. 9.5.4 KoAK-ADP Protokol Takip Formu	34
3.10. KoAK-ADP Protokollerinin Yapılandırılması	35
3.11.Ön Uygulama	36
3.12.Verilerin Toplanması	38
3.12.1. KoAK-ADP'nin Uygulanması	38
3.13.Araştırmanın Etik ve Yasal Boyutu	40
3.14.Verilerin Analizi	41
3.15. Araştırmanın Sınırlılıkları /Zayıflıkları	42
4. BULGULAR	43
4.1. Yoğun Bakımda Yatan Hastaların Yakınlarının Durumluk Kaygısı ve Dışsal- İçsel Sıkışmışlık Hissine İlişkin Bulgular	43
5. TARTIŞMA	49
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	58
KAYNAKLAR	59
EKLER	73

EK 1	Facilitated Sensemaking Middle Range Theory	73
EK 2	Kişisel Bilgi Formu	74
EK 3	Sıkışmış Hissetme Ölçeği	75
EK 4	Durumluk Kaygı Ölçeği	76
EK 5	KoAK-ADP Uygulama Protokolleri	77
EK 6	KoAK-ADP Hasta Yakını Görüşme Formu	84
EK 7	Hasta Bilgi Formu	85
EK 8	KoAK-ADP Protokol Takip Formu	86
EK 9	Aydınlatılmış Onam Formu (Kontrol Grubu)	91
EK 10	Aydınlatılmış Onam Formu (Müdahale Grubu)	92
EK 11	Etik Kurul İzni	93
EK 12	Kolaylaştırılmış Anlamlandırma Kuramı İzni	95
EK 13	Sıkışmış Hissetme Ölçeği İzni	98
EK 14	Kurum İzni	99
EK 15	KoAK-ADP Protokolleri İçin Judy E. Davidson'un Uzman Görüşü	100

ÖZGEÇMİŞ	102
-----------------	-----

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 3.1.	Durumluk kaygı ölçeği ve sıkışmış hissetme ölçeği güç analizi ve etki büyüklüğü	23
Tablo 3.2.	Örnekleme Özellikleri	24
Tablo 3.3.	Durumluk kaygı ölçeği ve sıkışmış hissetme ölçeği normallik testi bulguları	26
Tablo 3.4.	Müdahale ve kontrol grubundaki hasta yakınlarına ve hastalara ait sosyodemografik özellikler	27
Tablo 3.5.	Araştırmada kullanılan testler	42
Tablo 4.1.	Müdahale ve kontrol grubundaki hasta yakınlarına ait durumluk kaygı ve dışsal - içsel sıkışmışlık hissine ilişkin puan ortalamaları	43
Tablo 4.2.	Müdahale grubu durumluk kaygı ölçeği ve sıkışmış hissetme ölçeği alt boyutları arasındaki ilişki	46
Tablo 4.3.	Kontrol grubu durumluk kaygı ölçeği ve sıkışmış hissetme ölçeği alt boyutları arasındaki ilişki	47

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1	Kolaylaştırılmış Anlamlandırma Kuramı	13
Şekil 2	Kolaylaştırılmış Anlamlandırma Kuramı Aktiviteleri	14
Şekil 3	CONSORT Şeması	25
Şekil 4	Araştırmanın Kavramsal- Teorik- Deneysel Çerçevesi	30
Şekil 5	Görsel Analog Sakalas	33
Şekil 6	KoAK-ADP protokollerinin yapılandırılma süreci	36
Şekil 7	Müdahale ve kontrol grubu durumluk kaygı ölçeği puan ortalamalarının zamana göre değişimi	44
Şekil 8	Müdahale ve kontrol grubu sıkışmış hissetme ölçeği puan ortalamalarının zamana göre değişimi	44

SİMGELER ve KISALTMALAR

AYBÜ:	Anestezi Yoğun Bakım Ünitesi
GAS:	Görsel Analog Skalası
DKÖ:	Durumluk Kaygı Ölçeği
KBF:	Kişisel Bilgi Formu
KLP:	Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi
KoAK:	Kolaylaştırılmış Anlamlandırma Kuramı
KoAK-ADP:	Kolaylaştırılmış Anlamlandırma Kuramına Temellendirilmiş Aile Destek Programı
PICS:	Yoğun Bakım Sonrası Sendromu –Post Intensive Care Syndrome
PICS-F:	Yoğun Bakım Sonrası Sendromu- Aile /Post–Intensive Care Syndrome-Family
RAM:	Roy Adaptasyon Modeli
SHÖ:	Sıkışmış Hissetme Ölçeği
YBÜ:	Yoğun Bakım Ünitesi

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı

Yoğun bakım ünitesinde tedavi görmek hastalar ve aileleri için belirsizlik oluşturan (Davidson et. al, 2007) ve kaygı yaratan bir durumdur (Hintistan ve ark. ,2009; Skoog et. al, 2016). Yoğun bakımda yakını bulunan aileler baş etme yeteneklerini azaltan stresli koşullarla karşılaşır (Hickman ve Douglas, 2010;Davidson et. al, 2007). Yoğun bakımda yatan hastanın durumundaki belirsizlik düzeyinin yüksek olması (Mitchell ve Courtney, 2004) ve hastanın durumundaki hızlı değişimler aile üyelerinin kaygı belirtilerini arttırmaktadır (Pochard et. al, 2005). Hasta yakınlarının üçte ikisinin hastanın yoğun bakıma kaldırıldığı sırada ani kaygı belirtileri yaşadığı (Azoulay et, al, 2001), %80'inin de anksiyete yaşadığı belirtilmektedir (Skoog et. al, 2016).

Yoğun bakım sırasında hasta yakınlarının ihtiyaçları karşılanmadığında ailelerin kaygısı daha çok artmaktadır (Netzer ve Davidson, 2017). Yoğun bakım yatışının uzun süre devam etmesi ailelerde rol değişikliği, mali sorunlar, günlük rutinlerde değişiklikler çalışma programlarında aksamalar gibi bir dizi soruna yönelik kaygıların başlamasına ve aile yapısında değişimlere yol açabilmektedir (Hickman ve Douglas, 2010).

Yoğun bakımda yatan hasta aileleri içinde bulundukları durum nedeniyle kaygı, sıkışmışlık ve çaresizlik gibi duygular yaşamaktadırlar Yenilmiş ve sıkışmış hissetme depresyon ve yaşamdan zevk almamayla ilişkili iki önemli kavram olarak dikkat çekmektedir. Depresyon oluşumunda sıkışmışlık hissi veren olayların kayıp deneyimlerinden daha fazla etkili olduğu belirtilmektedir. Birey yaşadığı sıkışmışlık hissini sonucunda içinde bulunduğu durumdan kurtulamayacağını düşündükçe çeşitli psikolojik problemler ile karşı karşıya gelebilmektedir. Uzun süreli maruz kalınan bu süreci atlatamayan bireyler kronik stres ve depresyon gibi psikolojik sorunlar ile baş etmek durumunda kalmaktadır (Uzunbacak ve ark.,2021). Mücadele etme ya da kaçma isteği başarılı olmadığında kişi kendisini köşeye sıkışmış hissedebilir ve depresyon gibi sorunlara hassas hale gelebilir. Sıkışmışlık hissi bireyin bir çatışma yaşadktan sonra baş etmesini zorlaştırır (Uysal, Akın ve Arslan, 2015).

Bu durum fiziksel ve ruhsal farklı semptomların ortaya çıkmasına neden olabileceği gibi dolaylı olarak da hasta bakım sonuçlarını etkileyecektir. Yoğun bakımda görev yapan sağlık personeli hastayla ilgilenmenin yanı sıra hastanın ailesiyle ilgilenmekle de sorumludur (Davidson et.al, 2007). Ancak sağlık personelinin hasta yakınlarının ihtiyaçlarının anlamada yeterli olmadığı ve

bu konuya yeterince önem vermediği belirtilmektedir (Ünver, 1998). Yoğun bakımda yatan hasta yakınlarının gereksinimlerini Thelan ve arkadaşları endişeden kurtulma, bilgi, hastayla birlikte olma, hastaya yardım etme, destek alma ve duyguları ifade etme gereksinimi olarak sınıflandırmıştır (Aktaran Ünver, 2003).

Kolaylaştırılmış Anlamlandırma Kuramı (Facilitated Sensemaking Middle Range Theory) yoğun bakımda yatan hastaların ailelerinin sağlığını en üst düzeye çıkarmak için belirli hemşirelik müdahalelerini belirlemek üzere uygulama düzeyinde tasarlanmış orta ölçekli kuramdır. Kolaylaştırılmış Anlamlandırma Kuramına göre hasta yakınlarının içinde bulundukları durumu ve çevreyi yeniden anlamlandırmalarına yönelik uygulamalar yapılırsa, yaşadıkları kaygı ve çaresizlik azaltılabilir ve durumla daha kolay başetmesi sağlanabilir (Davidson, 2010).

Kolaylaştırılmış Anlamlandırma Kuramı yoğun bakımda yatan hastaların ailelerinin sağlığını en üst düzeye çıkarmak için hemşirelik müdahalelerini belirlemek üzere geliştirilen, uygulaması kısa zaman alan, pratik ve iş yükünü artırmayan bir kuramdır. Kolaylaştırılmış Anlamlandırma Kuramının uygulanabilirliğinin test edildiği bir çalışmada uygulamanın aileler tarafından olumlu karşılandığı (Davidson et. al, 2010) ve uygulamanın yapıldığı kurumun rutin hemşirelik bakım faaliyetlerine yaklaşık olarak sadece 17 dakikalık bir ek süre getirdiği saptanmıştır (Netzer ve Davidson, 2017).

Hemşireler, aile üyeleri ile daha sık iletişim kuran sağlık personeli olduğundan aile ihtiyaçlarını karşılamak ve olumsuz etki gelişimini en aza indirmek için ideal bir konumdadır (Özgürsoy ve Akyol, 2008; Davidson, 2010; Erdal ve ark, 2013). Bu bağlamda Kolaylaştırılmış Anlamlandırma Kuramına temellendirilmiş Aile Destek Programı hasta yakınının iyi hissetmesini ve stresle etkili baş edebilmesini sağlayarak bireysel ve sosyal yaşantısında iyilik halini geliştirmesine dolaylı olarak da hastanın iyileşme sürecine olumlu katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı kolaylaştırılmış anlamlandırma kuramına temellendirilmiş aile destek programının, yoğun bakımda yatan hasta ailelerinin sıkışmışlık hissine ve kaygı düzeyine etkisinin incelenmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Yoğun Bakım Üniteleri ve Hemşirelik Uygulamaları

Modern sağlık sisteminin bir parçası olan yoğun bakım üniteleri, hayatı tehdit eden acil durum riski altındaki hastalara, olabilecek en üst düzeyde yarar sağlamak amacıyla multidisipliner bir yaklaşımla ve özel tedavi yöntemleriyle bakım veren birimlerdir (Albert et. al, 2009; Hintistan ve ark. , 2009; Terzi ve Kaya, 2011). Gürültü, ışık, ısı gibi faktörlerin yanı sıra kişilerin yatağa bağlı olmaları, hareket kısıtlılığı, bilmediği cihazların vücuduna bağlı olması, günlük bakım alışkanlıklarını yerine getirememesi, uyku sorunu yaşaması, ağrısının olması gibi nedenlerle yoğun bakım ortamı hasta bireyde stres, kaygı ve korku gibi duyguların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Hintistan ve ark., 2009; Abrao et.al.,2014).

Yoğun bakım ortamı hastaların sosyal çevrelerinden ve aile üyelerinden uzak olduğu, bilmedikleri bir ortam olduğundan hem fiziksel hem de ruhsal açıdan sorun yaşayabilmektedirler. Yoğun bakımda yatan hastalarda öfke, anksiyete, güçsüzlük, ümitsizlik, spirütüel distres, uyku yoksunluğu, uyaran yokluğu ya da fazlalığı görülmektedir (Dedeli ve Akyol, 2008).

Yoğun bakım üniteleri genellikle korku, endişe ve strese neden olan yerler olarak değerlendirilir. Yoğun bakım ünitelerinin için hayati fonksiyonların ve fizyolojik dengenin sürdürülmesine katkı sağlayan teknolojik yapısı, büyük ölçüde elverişlidir hastaların yaşamlarını sürdürmelerine destek olsa da dinleme, dokunma, empati, iletişim gibi temel insani gereksinimlerin ihmal edilebildiği soğuk, agresif ve travmatik yerler olarak görülür (Abrão et.al., 2014).

Tıbbi teknolojiadaki ilerlemeler nedeniyle son yıllarda yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) yatan hastaların ölüm oranı azaldığından, YBÜ tedavisinin hedefi yoğun bakımda hayatta kalanların yaşam kalitesini artıtmaya yöneldiği için Society of Critical Care Medicine 2012'de yoğun bakım sonrası bakım sendromunu (PICS) tanımlayarak, yoğun

bakımda hayatta kalanlarla ilgili farkındalığı artırmaya çalışmıştır (Needham et.al., 2012)

Yoğun bakımda yatışı gerektiren herhangi bir hastalık ya da travma sonrasında fiziksel, bilişsel ve zihinsel sorunları içeren yoğun bakım sonrası sendromu (PICS) görülebilmekte ve tüm hastaların yarısından fazlasının üç bileşenden en az birini yaşadığı tahmin edilmektedir (Kim, Park & Kim, 2023). Yoğun bakımda tedavi gören hastaların fiziksel olarak yeterli fakat emosyonel açıdan uygun bakım alamadıkları ve çevrelerinin farkında olması nedeniyle kötü deneyimler yaşadıkları belirtilmektedir (Hintistan ve ark., 2009). PICS'in psikolojik yönü, kaygı, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu gibi semptomları içerir (Eklind, Olby, & Åkerman, 2023).

Yoğun bakım hemşireleri yaşam ve ölüm arasındaki sürenin kısa olduğu hassas bir aşamadaki hastalarla çalışır. Hasta başında çalıştıkları ve hastaları çok yakından izledikleri için, hastanın durumundaki erken belirtilerini fark etme, zamanında uyarı verme ve uygun tedaviyi uygulama konusunda büyük bir sorumluluğa sahiptirler (Heradstveit et.al., 2023). Yoğun bakım hemşireleri hastayla ilgilenmenin yanı sıra hastanı ailesiyle ilgilenmekle sorumludur (Davidson et. al, 2007). Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan “Yoğun Bakım Hemşireliği Eğitim Programı Uygulama Yönergesi”’nde yoğun bakım hemşiresinin hasta yakınlarına yaklaşımının önemine vurgu yapılmıştır (Bahçıvan ve ark, 2011). Hasta yakınlarının emosyonel açıdan desteklenmesi aile odaklı bakımın önemli faktörlerindendir. Bu süreçte önemli konularda hastalar yerine hasta yakınları karar süreçlerine katılmaktadır. Karar verme, sağlık ekibiyle iletişim kurma, ihtiyaçların karşılanabilmesi konusunda yoğun bakım hemşiresi önemli bir yer tutmaktadır. Hasta yakınlarında kaybetme korkusu, mali kayıplar, rol değişiklikleri, diğer aile üyelerinden ayrı kalma, tanı ve tedavi işlemlerinin bilinmemesi, hastalık sürecinin belirsizliği, hastaya bağlanan araç-gereçler gibi nedenler aile üyelerinin anksiyete yaşamalarına dolayısıyla desteğe gereksinim duymalarına neden olmaktadır (Hintistan ve ark. ,2009; Dedeli ve Akyol, 2008; Bahçıvan ve ark, 2011; Ünver, 2003). Yoğun bakım hemşireleri, aile içi süreçlerin yönetilmesine yardımcı olmada da önemli bir role sahiptir (Wong et.al.,2015).

Yoğun bakım birimlerinde, bakım daha çok hastalar üzerinde yoğunlaşmıştır ve hasta ailesinin ihtiyaçları göz ardı edilmiştir. Yoğun bakım hemşireleri hastaların ihtiyaçların ön planda tutarken artık, hasta ailesinin psikolojik gereksinimlerini de karşılamının gerekliliğini fark etmektedir (Davidson et. al, 2007). Aile merkezli bakım kavramının ortaya çıkması ve gelişmesiyle sağlık kurumları, yoğun bakım ortamında verilen bakımın kalitesini değerlendirmek için aile memnuniyeti değerlendirmelerini önemsenmeye başlanmış ve yoğun bakım ünitelerinde aile merkezli bakımın uygulanmasıyla ilgili farkındalık artmaya başlamıştır (Fortunatti & Silva, 2018). Aile üyelerinin yoğun bakımda yatan hastaları için destekleyici, savunucu, bakıma katkı sunan ve karar verici rollerinin olması onların hasta bakımındaki etkisini göstermiştir (Jensen et. al, 2020). Hasta yakınlarının kritik hastalık sürecinde yaşadıkları stresle etkili bir şekilde baş edebilmeleri için destek ve bilgi sağlanmasında hemşirelerin yoğun bakım ortamındaki rolü çok önemlidir. Bu nedenle hemşireler, ailenin memnuniyetini en üst düzeye çıkaracak stratejileri uygulamak için aile üyelerinin ihtiyaç ve beklentilerinin farkında olmalıdır. Destekleyici müdahalelerle kaygı, çaresizlik, korku gibi duygular azaltılabilir, baş etme yöntemleri güçlendirilerek ve hastalığa uyumu sağlanabilir (Maxwell , et al., 2007). Hasta ve ailesinin desteklenmesinde yoğun bakım hemşiresinin rolünün yanı sıra genel hastane ortamında hasta ve ailesini biyopsikososyal açıdan değerlendirerek bütüncül bir bakım almalarını hedefleyen Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi (KLP) hemşiresinin de sorumluluğu bulunmaktadır (Johnston M.L. & Cowman, 2008; Kocaman, 2005). KLP hemşiresinin birincil görevi hasta ve ailesinin içinde bulunduğu duruma psikososyal uyumunu sağlamak, başetmelerini güçlendirmektir (Johnston M.L. & Cowman, 2008). Resmi Gazetede 19 Nisan 2011 tarihli ve 27910 sayılı “Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” te belirtilen KLP Hemşiresinin görev yetki ve sorumlulukları arasında yer alan aşağıdaki maddeler KLP hemşiresinin hasta ailesinin bakımı ile ilgili sorumlulukları net bir şekilde göstermektedir.

b) Fiziksel hastalığı olan bireyin ve ailesinin hastalığa, tedaviye psikolojik uyumunu sağlamada, adaptif fonksiyonlarını geliştirmelerinde, yeniden kazanmalarında yardım eder.

g) Genel hastanedeki tedavi ekibi ile işbirliği içinde hasta/hasta ailesine yönelik eğitim ihtiyacını saptar, psikolojik eğitimi planlar, hastanın aktif katılımını teşvik eder, eğitimi uygular ve değerlendirir.

ğ) Hasta ve ailelerine ruh sağlığını, problemlerle baş etme yollarını geliştirmeleri için yardım eder, eğitim verir.

Fiziksel hastalıkların psikolojik etkileri, hasta ve ailesinin yaşadığı stres, kaygı, çaresizlik, korku, sıkışmış hissetme gibi duygular ve bu duygularla baş etme tarzları hastalığın ilerlemesi ve iyileşme üzerinde etkisinin olduğu düşünüldüğünde hasta yakınlarına verilen bakımın gerekliliği ve önemi anlaşılmaktadır.

2.2.Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Yakını Olmak: Güçlükler ve Gereksinimler

Yoğun bakıma yatış, sadece hastalar için travmatik bir deneyim değil, aynı zamanda aile üyelerinin ruh sağlığını da etkileyen bir durumdur. (Naef et.al., 2021). Ailenin hayatındaki bu beklenmedik gelişme kriz durumu ortaya çıkarmaktadır. Bu durum hem yatışta hem de sonraki süreçlerde aile üyeleri üzerinde büyük bir etki yaratmaktadır (Jensen et.al, 2020).

Yoğun bakım hastasının durumunun ciddiyetinin fazla olması, hastalığın şiddeti gibi faktörler yoğun bakım ünitelerindeki aile üyelerinin ihtiyaçlarını ve deneyimlerini etkilemektedir (Meneguın ve ark., 2019; Albert et. al, 2009). Hastalığın uzun süre devam etmesi, aileler için rol değişikliği, mali sorunlar, günlük aktivitelerde veya çalışma programlarında aksamalar gibi bir dizi sorunlara yönelik kaygıları başlatır ve aile yapısında istikrarsızlıklar ortaya çıkabilmektedir (Hickman ve Douglas, 2010).

Yoğun bakımda bakım gören hastaların aileleri birtakım sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır (Bahçıvan ve ark, 2011). Bilinmeyen ve genellikle beklenmeyen durum karşısında yaşanan belirsizlik hasta ailesinde, hastanın yoğun bakıma kabulünden yoğun bakım ünitesinden taburcu olduktan aylar sonrasına hatta ölüme kadar sürebilen derin psikolojik etkilere yol açabilir (Zante, Camenisch, & Schefold, 2020).

Hasta yakınlarının yaşadığı bu sorunlar kümesine “Yoğun bakım sonrası sendromu” PICS-F olarak adlandırılmaktadır. (Myers et.al., 2016). Aile üyeleri travma sonrası stres bozukluğu, karmaşık yas, akut stres bozukluğu (Alfheim et.al., 2019), uyku sorunları (Day et.al.,2013) anksiyete (Davidson, Jones & Bienvenu, 2012) ve depresyon (Gries et.al.,2010) açısından yüksek risk altındadır. Literatürde hasta yakınlarında anksiyete (%73) (Pochard et.al,2005), depresyon (%35) (Pochard et.al, 2001), travma sonrası stres bozukluğu (%56) (Lautrette, et, al, 2007) ve komplike yas (%52) (Kentish-Barnes et.al., 2015) yüksek prevalans göstermektedir. PICS-F için risk faktörleri arasında kadın cinsiyet, genç yaşta olmak, düşük eğitim düzeyi, kritik derecede hasta bir eşe sahip olmak, daha fazla komorbiditeye sahip olmak ve hasta bir çocuğa sahip bekar bir ebeveyn olmak, anksiyete, depresyon veya ciddi ruh sağlığı hastalığı öyküsünün olması sayılabilir (Inoue, et. al., 2019). Hastaların aile bireylerinin olumsuz duygulara sahip olması hastaların psikolojik durumlarını doğrudan etkileyebilmektedir. Aile üyelerinin olumsuz duyguları, başa çıkma ve tıbbi karar verme yeteneklerinde düşüşe neden olabilir. Bu durum hastaların tedavi sürecini ve hastalık prognozunu önemli ölçüde olumsuz etkileyebilmektedir (Lin et.al., 2022). Aile sistemi, hastanın fiziksel durumunun etkisini dolaylı olarak yaşarlar. Yoğun bakımda yakını bulunan aileler etkili baş etme yeteneklerini azaltan koşullara maruz kalırlar (Hickman ve Douglas, 2010). Stres kaynaklarına maruz kalma, aile sisteminin baş etme kaynaklarını tüketir (Davidson et. al, 2007).

Hasta yakınlarının gereksinimleri ilk olarak 1979 yılında Molter tarafından hasta yakınlarının memnuniyetlerinin belirlenmesine yönelik yapılan bir çalışmada saptanmıştır. Hasta yakınlarının gereksinimleri “bir umut olduğunu hissetmek, görevlilerin hastayla ilgilendiğini hissetmek, bekleme salonlarının hastaların yakınlarında olması, hastanın durumundaki değişikliklerde evden aranarak bilgi verilmesi, hastanın prognozunu bilmek, sorunların dürüstçe yanıtlanması ve bireyin gösterdiği gelişmeler konusunda bilgi alabilmek olarak belirlenmiştir (Ünver, 2003, Bahçıvan ve ark, 2011).

Yaşanan bu deneyim aile üyeleri için tamamen olumsuz olmak zorunda değildir ve yoğun bakım ekibi tarafından verilen bakımın kalitesi ve hasta için gösterilen ilgi ile büyük ölçüde iyileştirilebilir (Fortunatti & Silva, 2018).

2.2.1. Hasta Yakınlarında Kaygı ve Sıkışmışlık Hissi

Hastanın ailesi karşı karşıya kaldığı bir durumla yeterince mücadele edemediği zaman çaresiz ve sıkışmış hissedebilir. Hastaların yakınlarının stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarından etkili başa çıkma tarzı olarak en çok kendi kendine güvenli yaklaşımını, etkisiz başa çıkma tarzı olarakken çok çaresiz yaklaşımını kullandıkları saptanmıştır (İmre ve Özer, 2021).

Sıkışmışlık, kişinin sıkıntılı olduğu bir dönemde başetmede zorlandığı olaylar karşısında köşeye sıkışmış ve kaçamayacak gibi hissetmesi olarak ifade edilmiştir. Sıkışmışlık hissi içsel ve dışsal olarak iki boyutta ele alınmaktadır. Dışsal sıkışmışlık hissi ise bireyin dışarıdan yardım ya da destek görmemesi ve sosyal ilişkilerinde problem yaşaması gibi durumlar karşısında bir başka deyişle dışsal kaynaklı sıkışmışlık hali olarak ifade edilmektedir. İçsel sıkışmışlık hissi bireyin kendisinin sahip olduğu duyguların stresle baş etme konusunda yetersiz kalması ve suçluluk hissini kapsamaktadır. Birey yaşadığı sıkışmışlık hissini sonucunda içinde bulunduğu durumdan kurtulamayacağını düşündükçe çeşitli problemler ile karşı karşıya gelebilmektedir. Uzun süreli maruz kalınan bu süreci atlatabayan bireyler kronik stres ve depresyon gibi psikolojik sorunlar ile baş etmek durumunda kalmaktadır (Uzunbacak ve ark., 2021). Mücadele etme ya da kaçma isteği başarılı olmadığında kişi kendisini köşeye sıkışmış hissedebilir ve depresyon gibi sorunlara hassas hale gelebilir. Sıkışmışlık hissi bireyin bir çatışma yaşadktan sonra baş etmesini zorlaştırır (Uysal, Akın ve Arslan, 2015). Yenilmiş ve sıkışmış hissetme depresyon ve yaşamdan zevk almamayla ilişkili iki önemli kavram olarak dikkat çekmektedir. Depresyon oluşumunda sıkışmışlık hissi veren olayların kayıp deneyimlerinden daha fazla etkili olduğu belirtilmektedir. İntihar girişimlerinin bireylerin kendilerini sıkışmış hissetmeleri ve içinde bulundukları durumdan kurtulmak için umutsuz oldukları durumda ortaya çıktığını belirtilmektedir (Uysal, Akın ve Arslan, 2015).

Hastalıkla ilgili belirsizlik, aile üyeleri arasında kaygı yaratan bir durumdur (Skoog et.al, 2016). Hastanın yaşadığı sağlık sorunları sadece hastayı değil, tüm aileyi kaygılandırmaktadır. YBÜ kabul edilen hastaların sağlık durumu kritik olabilmektedir. Hastaların sağlık durumu ile ilgili belirsizlik, sevilen birini kaybetme korkusu, aile yapısının bozulması ve gelecekle ilgili kaygılar yoğun bakımdaki hasta yakınları arasında kaygı ve depresyona neden olabilmektedir (Köse ve ark, 2016). Hastanın yoğun bakım ünitesinden taburculuk öncesinde ve sonrasında algılanan belirsizliğin orta düzeyde olduğunun saptandığı bir araştırmada belirsizlik seviyesi ne kadar yüksek olursa, bu geçiş döneminde aile üyeleri tarafından ifade edilen anksiyete belirtilerinin de arttığı görülmüştür (Mitchell ve Courtney, 2004). Anderson ve arkadaşlarının çalışmasında (2009) hasta yakınlarında anksiyete düzeyinin %42, başka bir çalışmada ise %33 olarak saptanmıştır (Lukmanulhakim & Syukrowardi, 2018).

Hasta yakınlarının üçte ikisinin hastanın YBÜ'ye kaldırıldığı sırada ani kaygı belirtileri yaşadığı ve hastanın durumundaki hızlı değişimler karşısında kaygı belirtilerinin devam ettiği belirtilmektedir. Bakımda hastanın gereksinimlerine öncelik verildiği için hasta yakınlarının ihtiyaçları karşılanamayabilir ve bu durumda hasta yakınlarının anksiyeteleri daha çok artmaktadır (Pochard et. al, 2005, Azoulay et, al, 2001). Yapılan bir çalışmada yoğun bakımda yatan hastaların yakınlarının anksiyetelerinin yüksek düzeyde olduğu (Eskandari et.al.,2023), başka bir çalışmada hasta yakınlarının %52.4'ünde anksiyete, %69.7'sinde ise depresyon belirtilerinin olduğu saptanmıştır (Gürbüz ve Demir, 2023). Hasta yakınlarının kaygı, korku, sıkışmışlık gibi duygularına yönelik aile desteğinin sağlanması hasta yakınlarının başetmelerini güçlendirmekte olup hastaların iyileşme süreçlerinde de olumlu etkileri olmaktadır.

2.3.Kolaylaştırılmış Anlamlandırma Kuramı

Kolaylaştırılmış Anlamlandırma Kuramı yoğun bakım hastalarının ailelerinin sağlığını en üst düzeye çıkarmak için uygulama düzeyinde hemşirelik müdahalelerini belirlemek üzere tasarlanmıştır (Marriner ve Alligood, 2002; Mills et. al, 2010). Kuramın orjinal adı “Facilitated Sensemaking Middle Range Theory”dir. “Facilitated Sensemaking” kavramı “kolaylaştırılmış anlamlandırma” olarak çevrilmiştir. “Sensemaking” kelimesi “Sezme kabiliyeti, hissetme yeteneği” anlamlarına gelmektedir. (<http://tureng.com/tr/turkce->

[ingilizce/sensemaking](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&kelime=SEZMEK). Erişim tarihi: 09 Ekim 2017). Türk dil kurumu sözlüğünde “sezme “kavramı ‘açık bir kanıt olmaksızın, olmuş veya olacak bir şeyi anlamak, kestirmek, hissetmek; anlamak, fark etmek” manasına gelmektedir http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&kelime=SEZMEK. Erişim tarihi: 09 Ekim 2017)

Sezme kabiliyeti kavramı teorik olarak birçok alanda kullanılan bir kavramdır. Bu kavramı ilk olarak kullananlardan biri de Karl Weick’tir. Weick’e göre bu kavram bir metafor değil gerçek bir kavramdır. Yorumlama ya da karar vermeyeyle aynı anlamda değildir. Sezme kabiliyeti insanların şimdi bulundukları durumların geçmişle ilgisini kurduklarında biçimlenen bir kavramdır. İnsanlar inanmış oldukları olguların oluşturduğu bir dünyayı anlayarak anlam yaratırlar. Anlam yaratma sürecinde iletişim esastır (Aksoy, 2004). Sezme kabiliyeti kavramı eğitim alanında da kullanılmaktadır. Daha çok bilim eğitiminde bilimsel düşünme ve gündelik düşünme arasındaki zıtlığa odaklanmaktadır. Geleneksel ğretim şekillerinde daha çok kurallar, tümdengelimsel yöntemler vardır. Bu teoride ise daha çok deneyimlere dayalı bir öğretimden bahsedilmektedir. (Petersson ve Bredow, 2013).

Kolaylaştırılmış Anlamlandırma Kuramı orta dereceli bir teoridir (Azoulay et, al, 2001). Kolaylaştırılmış Anlamlandırma Kuramı Judy Davidson tarafından 2010 yılında geliştirilmiştir (Davidson, 2010). Bu teori ailenin hasta bakımına katılması için bir yöntem olarak sunulmuştur. Joanne Duffy’nin “Kaliteli Hemşirelik Bakım Modeli”ni tamamlayan bir teoridir (Davidson, 2010; Davidson et. al, 2010; Davidson ve Harvey, 2016). Kuramlar hemşirelik bilimi için bir ereve sağlar ve hemşirelik, sağlık, insan ve evre olmak üzere dört temel unsur içerir. "Kolaylaştırılmış Anlamlandırma Kuramı" başlıklı yeni orta ölçekli kuram, Roy Adaptasyon Modeli ve Weick’in organizasyonlardaki örgütsel anlam yaratma modelinin kombinasyonundan elde edilmiştir. Roy’un uyum modeli, tüm hemşirelik uygulamaları için geçerli olan kapsamlı bir teoridir. Roy’un modeline göre, aile üyesinin yoğun bakım ünitesinde tedavi görmesi diğer aile üyelerinin de travma yaşamalarına ve bu süreçten etkilenmelerine neden olmaktadır. Hastalıkların yaşamda bir aksamaya neden olduğunu vurgulayan Roy bu aksamanın uyum süreci ile giderilebileceğini belirtirmektedir. Roy adaptasyon modeli,

bu aksamaya sürecinde aile üyelerinin bu durumu telafi etmeleri gerektiğini ve onlara yardım etmek için ne yapmaları gerektiğini açıklar. Roy'un adaptasyon modeli, Kolaylaştırılmış Anlamlandırma Kuramı göre yapılan uygulamanın çerçevesini oluşturur (Marriner ve Alligood, 2002; Mills et.al, 2010).

Aileler için kritik bir hastalıkla karşılaşmaları onlar için bir kriz yaratır. Neler olduğunu anlamak, yoğun bakım hastasının yakını olarak yeni bir rol üstlenmek hayatlarını yeniden biçimlendirmelerini gerektirmektedir. Bu süreci yeniden yapılandırmak için aile odaklı bir bakım felsefesi geliştirmek için oluşturulmuş kolaylaştırılmış anlamlandırma kuramı aşağıda açıklanmıştır.

2.4. Kolaylaştırılmış Anlamlandırma Kuramının Varsayım ve Önergeleri

Kolaylaştırılmış Anlamlandırma Kuramı yoğun bakım hastalarının ailelerinin sağlığını en üst düzeye çıkarmak için uygulama düzeyinde hemşirelik müdahalelerini belirlemek üzere tasarlanmıştır (Marriner ve Alligood, 2002; Mills et.al, 2010).

Varsayımlar

- Kritik hastalık bir aile krizidir.
- Aileler yakınlık ve bilgi istemektedir.
- Her aile benzersizdir ve aile merkezli bakım için farklı yaklaşımlar gerektirebilir (Netzer ve Davidson, 2017).

Önergeler

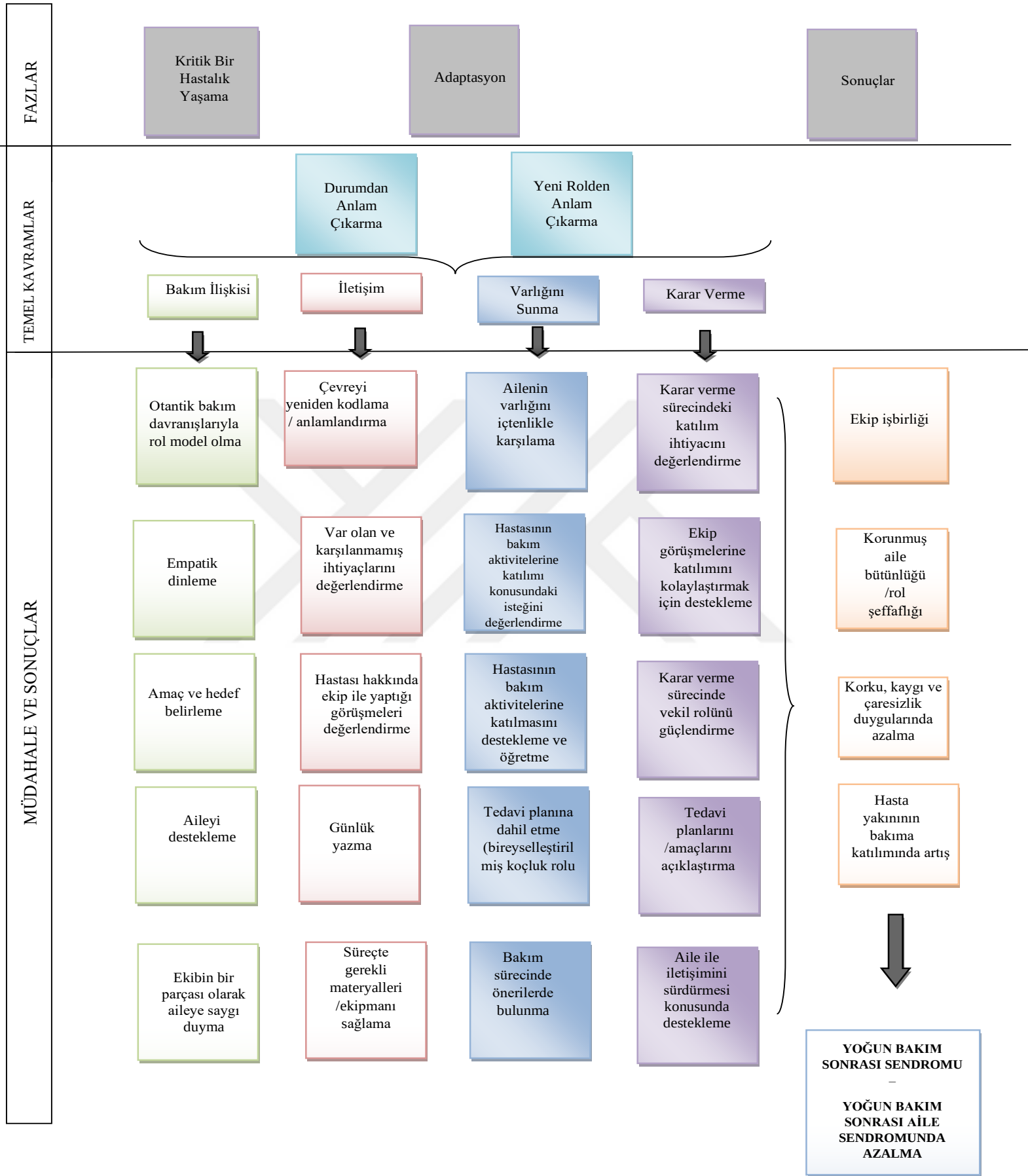
- Aileler kriz yaşarken bir amaca ihtiyaç duyar ve bundan yararlanırlar.
- Aileler yoğun bakımda kaldıkları süre içinde neler olduğunu anlamak ve durumu yorumlamak için destek istemektedir.
- Aileler yoğun bakım personelinin bakımına ve ilgisine ihtiyaç duyar. Aile bakımı yoğun bakım hemşiresinin görev alanı içerisinde.
- Yapılandırılmış yoğun bakım aile desteği ile korku ve çaresizliğin en aza indirilmesi aile yoğun bakım sendromunu azaltabilir.

Ailelerin yoğun bakımda desteklenmesi hastaların tedaviye uyum, hareket ve fiziksel fonksiyon, bilişsel işleve, tedaviye uyum hedeflerine ulaşılmasında olumlu etki

yaratabilir (Netzer ve Davidson, 2017). Anlamlandırma süreci hasta ailelerine var olan durumu anlamalarını ve yeni rollerine adapte olmalarını kolaylaştırıcı yapılandırılmış hemşire tarafından uygulanan etkinlikler içermektedir. Bu kurama göre eğer hemşire kolaylaştırılmış anlamlandırma kuramına yönelik aktiviteleri uygularsa, hasta ailesinin bakım sonuçları iyi olacağı öngörülmektedir. Yoğun bakım sürecinin aileler için bir kriz olduğu bilinmektedir. Korku, çaresizlik duygularına neden olabilecek, yaşamı tehdit eden bir duruma maruz kalmaktadırlar. Bu göstergeler post travmatik stres sendromunun belirtileridir (Netzer ve Davidson, 2017).

Eğer korkularını azaltarak içinde bulundukları durumu ve çevreyi yeniden anlamlandırmaya yönelik uygulamalarla harekete geçilirse ve bunu beraberinde çaresizlik duygusunu azaltmak için hastanın bakım aktivitelerine katılması desteklenirse yaşadıkları korkuyu azaltmak ve strese verdiği yanıtı yeniden yapılandırılabilir stres tepkisi en aza indirilebilir. Hasta yakınları daha sağlıklı ve daha iyi yapılandırılmış bakım ve destek sağlamak için daha iyi bir noktaya gelecek ve bu da hasta sonuçlarını olumlu yönde etkileyecektir (Davidson, 2010, Davidson et. al, 2010; Netzer ve Davidson, 2017).

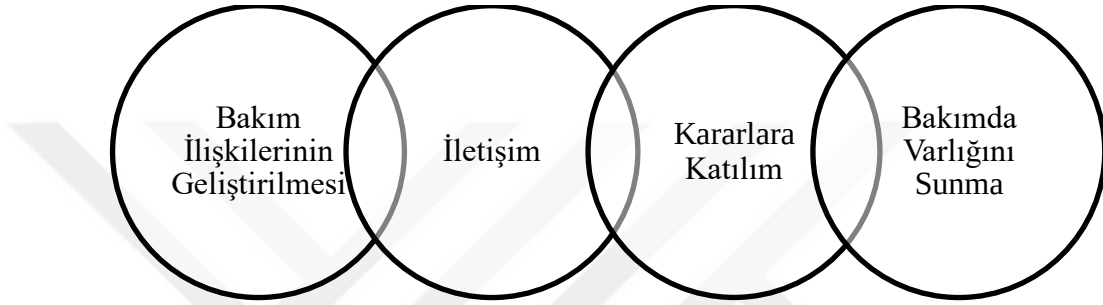
Kolaylaştırılmış Anlamlandırma Kuramı “*Bakım İlişkilerini Geliştirmek, İletişim, Varlığını Sunma ve Karar Verme*” temalarından oluşmaktadır. Kurama göre uygulama sonrasında ekip işbirliği, aile bütünlüğünün korunması, korku, kaygı duygularının yaşanmasında azalma, hasta yakının bakıma katılımında artış, bakım çıktıları olarak belirtilmektedir. Yoğun bakımda tedavi edilen hastalarda meydana gelen ve entelektüel fonksiyonlarda bozulmayı içeren “yoğun bakım sendromu (Post-Intensive Care Syndrome- PICS)”, benzer bulguların hasta yakınlarında görülmesi sonucunda ortaya çıkan “yoğun bakım sonrası aile sendromu (Post-Intensive Care Syndrome- Family-PICS-F) (Dedeli ve Akyol, 2008; Davidson ve Harvey, 2016) düzeyinde azalma olmaktadır (Davidson, 2010; Davidson et.al, 2010; Netzer ve Davidson, 2017). Kolaylaştırılmış Anlamlandırma Kuramını gösteren şemanın orijinali EK- 1’de (Facilitated Sensemaking Middle Range Theory), Türkçe çevirisi Şekil 1’de verilmiştir.



Şekil 1. Kolaylaştırılmış anlamlandırma kuramı'nın kavramlar

2.5. Kolaylaştırılmış Anlamlandırma Kuramının Aktiviteleri

Kolaylaştırılmış Anlamlandırma Kuramı aktiviteleri dört temayla kümelenebilir. Bunlar “bakım ilişkilerinin geliştirilmesi, iletişim, kararlara katılım ve bakımda varlığını sunma”dır. (Şekil 2). Bu aktivitelerin kapsamı aşağıda ayrıntılı bir şekilde sunulmuştur.



Şekil 2: Kolaylaştırılmış anlamlandırma kuramı aktiviteleri (Netzer ve Davidson, 2017).

2.5.1. Bakım İlişkilerinin Geliştirilmesi

Bakım ilişkilerinin geliştirilmesi aileye gereken güvenenin verilmesi açısından önemlidir ve ailelerin başetmelerini kolaylaştırır. Bakım ilişkilerinin geliştirilmesi, otantik bakım davranışlarıyla rol model olma, empatik dinleme, amaç ve hedef belirleme, aileyi destekleme ve ekibin bir parçası olarak aileye saygı duyma kavramlarını içermektedir. Hemşire ile aile arasındaki ilişkinin ya durumla baş etmeyi kolaylaştırdığı ya da strese neden olduğu belirtilmektedir. Etik açıdan değerlendirildiğinde zarar vermeme ilkesini ihlal etmemek için ailelere stres yaratmayacak şekilde özenli bir bakım vermek gerekmektedir. Aynı zamanda aileler tarafından algılanan, güç temelli ilişkilerle iletişimin gerildiği bunun da stresi artırdığı bildirilmektedir. Klinisyenler, aileleri bakımın ortağı görmek yerine onlara neler yapabilecekleri ya da yapmayacaklarını söylediklerinde aile üyelerinde strese neden olurlar. Hemşire hastanın ve ailenin değerleri ve hedeflerine ilgi gösterdiğinde saygı duyulan birey olur. Ailelerin bakıma katılmasına izin vermek yeterli değildir. Bununla birlikte gelişlerini memnuniyetle karşılamak ve aktif katılımlarını desteklemek önemlidir. Ailelerin korku ve endişelerini dinlemek için uygun bir ortam yaratmak, ölüm ya da kalıcı sekel riski hakkında

konuşmalarına izin vermek etkili uygulamalar olarak belirtilmektedir. “Bugün sizin için yapabileceğim bir şey var mı?” sorusu sormak ailenin sağlık ekibi tarafından bilinmeyen ihtiyaçlarının ortaya çıkmasına fırsat tanıyacaktır (Davidson, 2010, Davidson et. al, 2010; Netzer ve Davidson, 2017; Davidson ve Zisook, 2017).

Aileler, hemşireler arasındaki tutarsızlığın strese neden olduğunu belirtmektedir. “Bizim alanımız” ve “onların alanı” algısı arasındaki kesin çizgi gerginlik yaratmaktadır ve aile merkezli yaklaşımı azaltmaktadır. Ailelere zarar vermemek için “aile varlığı” na yaklaşım konusunda tutarlı olmak önemlidir. “Aile varlığı” kavramı ailelerin ihtiyaçları ve değerleri doğrultusunda belirlenmelidir. Ortamda ailenin varlığı desteklenmelidir. Yoğun bakım hemşirelerinin ailelerin yanında bakım yapılması gibi basit teknikler ile ailenin varlığına uyum sağlamaya yardımcı olabileceği belirtilmektedir. *Örneğin“ son bir saat içinde ne kadar idrar çıktığını ölçüyorum. Her zaman 30 ml den fazla olacağını umuyorum ve evet öyle. Burada iyi gidiyoruz. Şimdi mönitöreden numaraları kontrol ediyorum. Benim için en önemli olanı mavi olanı. Bu kandaki oksijeni ölçer. Yaklaşık 90 değerindeyse iyiyiz demektir”* şeklinde hasta yakınlarıyla iletişim kurmanın bakıma katkı sağlayacağı belirtilmiştir. Cümleleri sakın ve kendine güvenen, bir tarzda yapmak, her ne kadar hastanın durumu kötüye gitmiş olsa bile hemen durumu toparlayıp hastaları için bir şeyler yapıyor olmalarını vurgulamak aileye güven verici olabilir Hemşirelerin hasta aileleriyle iletişim kurarken ortak bir dil kullanmasının da aileler açısından önemli olduğu belirtilmektedir (Davidson et. al, 2010; Netzer ve Davidson, 2017).

2.5.2. İletişim

Kolaylaştırılmış anlamlandırma kuramına göre iletişim; çevreyi yeniden kodlama/ anlamlandırma, var olan ve karşılanmamış ihtiyaçlarını değerlendirme, hastası hakkında ekip ile yaptığı görüşmeleri değerlendirme, günlük yazma ve süreçte gerekli ekipman ve materyalleri sağlama kavramlarını içermektedir. Aileler, hastaları yoğun bakımda tedavi görürken sürekli bilgi almak isterler ancak bu kriz sırasında bilgiyi işleme kapasitesi sınırlıdır ve neler olduğunu anlamaları gerektiği beklenmemelidir. Bu nedenle, ailelerle sık iletişim kurmanındaha iyi olduğu belirtilmektedir. Aile üyeleri, durumla ilgili zihinlerindeki boşlukları, çarpıtmalar ve efsanelerle doldurmalarının önüne geçmek de onlarla iletişim kurarak engellenebilir Batı sağlık sistemi, hastalara ve ailelerine temel

ahlaki kural olarak hasta hakkındaki tüm bilgileri açıklamayı taahhüt eder. Bu, etik prensiplerinden özerklik ilkesiyle ilgilidir. Bilgilerin açıklanmaması hasta ya da ailenin özerkliğinin ihlal edildiği anlamına gelmektedir. Buna ek olarak, sağlık personeli mevzuat ve mesleki etik kuralları nedeniyle gerçeği söylemekle yükümlüdür (Davidson et. al, 2010; Netzer ve Davidson, 2017).

Kolaylaştırılmış anlamlandırma kuramında bilinmeyenın açıklanması aile üyelerindeki gerilimi gözle görülebilir derecede yumuşattığı ve kaygı düzeyini ölçülebilir derecede azalttığı bulunmuştur. Hemşire, hastanın bağlı olduğu ekipmanların amacını açıklayarak çevreyi yeniden anlamlandırır. Bu ailenin kriz döneminde art arda ve sıklıkla yapılması gerekebilir. Ayrıca, alarmlar hakkında onlara rehberlik etmeniz de yararlıdır. *“Hemşireler tüm alarmları ve hangilerinin dikkat edilmesi gerekenleri hemen biliyorlar. Odada kimse yoksa, alarmlar masada da gösteriliyor, bu nedenle daima yardımcı olabilecek bir başkası var.”* gibi örneklerle bağdaştırmak yararlı olacaktır. (Davidson, 2010; Davidson et. al, 2010; Netzer ve Davidson, 2017).

Hemşireler, hasta yakınlarına doktor ya da diğer ekip üyeleri tarafından verilen bilgilerin hasta yakınları tarafından yeniden yorumlanmasına yardımcı olur. Bu nedenle klinik doktorlarının aile üyeleri ile olan her bilgilendirme toplantısına hemşirenin de katılması önemlidir. Doktor ayrıldıktan sonra hemşire, ailenin sorularına cevap vermesi, yanlış anlaşılmaları düzeltmesi zihinlerdeki karışıklığı gidermek için faydalı olmaktadır. Yansıtıcı öğrenmenin ilkelerini aile iletişimine uygulanmalıdır. Her ziyaretin bitiminden önce, "Bugün hastanızla yaşananlar arasında en önemli şey neydi?" ve "Ailenizin geri kalanına bugün olanlar hakkında ne söyleyeceksiniz" gibi sorular sormak, gerçeklerin doğru bir şekilde algılanıp algılanmadığını görmek için etkili olacaktır (Davidson, 2010; Davidson et. al, 2010; Netzer ve Davidson, 2017).

Günlük yazmanın ailenin baş etmesini kolaylaştırdığı ve hasta sonuçlarını iyileştirdiği gösterilmiştir. Genellikle bu günlükler, personel ve hekimler tarafından günlük ilerleme notları tutularak kullanılır. Hastalar iyileştiğinde yoğun bakımda geçirdiği süreçleri öğrenmek için günlüğü kullanarak yoğun bakımdaki kaldığı süreleri yeniden yapılandırmalarına, bellekteki boşlukları doldurmalarına yardımcı olabilirler. Kaybedilen hastalar için günlük, personel ve hekimlerle geliştirdiği iyi ilişkilerin

hatıralarını ailelere hatırlatır ve bu da onların üzüntüsüyle baş etmelerini sağlar (Davidson, 2010; Davidson et. al, 2010; Netzer ve Davidson, 2017;<http://www.icu-diary.org/diary/Diary.html>, Erişim tarihi: 09 Ekim 2017).

2.5.3. Bakımda Varlığını Sunma

Kolaylaştırılmış anlamlandırma kuramına göre bakımda varlığını sunma ailenin varlığını içtenlikle karşılama, hastasının bakım aktivitelerine katılımı konusundaki isteğini değerlendirme, hastasının bakım aktivitelerine katılımını destekleme ve öğretme, tedavi planına dahil etme, bakım sürecinde önerilerde bulunma kavramlarını içermektedir.

Yoğun bakımda yatan hasta ailelerinin bakıma katılımı Kolaylaştırılmış Anlamlandırma Kuramının standart bir unsuru olarak sunulmalıdır. Hasta ailelerinin bakıma katılması çaresizlik duygusunu azaltmaya yardımcı olur. Ailelerin kriz sırasında bir amacının olması başetmelerine yardımcı olur. Kritik hastası olan bir aile üyesi yeni rolüne uyum sağlamak için iyileşme ya da ölüm sürecini desteklemek için hangi eylemleri gerçekleştirebileceğini öğrenmesi gerekmektedir. Bunun, hemşire tarafından desteklenmesi ve öğretilmesi gerekecektir. Bakıma nasıl katılacağını anlatmak, bilinmeyenlerin korkusunu azaltır. Yoğun bakım hastalarının % 50'sinden fazlasının hastaneden ayrıldıktan sonra bakım gereksinimi vardır, aile evde bakım hizmeti için ne kadar iyi hazırlanırlarsa o kadar iyi baş edebilir. Öğrneğin hasta yakını bakıma, hastanın kurumuş dudağına nemlendirici uygulamakla ya da banyo yaparken yardımcı olmakla dahil olabilir. Kolaylaştırılmış anlamlandırma kuramının test edildiği çalışmada, aile üyelerine” tırnak törpüsü, koku içermeyen losyon, kelime oyunu için kağıt, boş günlük, aile ihtiyaçlarının ortak listesi ve kurşun kalem içeren bir bakım seti verildiği çalışmaya katılan bütün aileler bakım setinin faydalı olduğunu ve setteki tüm malzemelerin verilmesini önerdiklerini belirtmişlerdir. Ailelerin bakımda varlık göstermesi uygulamalarında ailenin gereksinimlerinin listesi, ailenin karşılanmamış ihtiyaçları olup olmadığını görmek için bir değerlendirme aracı olarak birlikte gözden geçirilebileceği önerilmektedir (Davidson, 2010; Davidson et. al, 2010; Netzer ve Davidson, 2017).

Pasif egzersizlerin öğretilmesi, bilinci açık hastayla iletişim kurması, bilinci açık olmayan hasta ile uykudaymış gibi konuşmaya teşvik edilmesi, uyanık entübasyon

hastalarıyla iletişim kurmak için kağıt ve kalem verilmesi, ayrıca hastaya uyarın vermek için ziyaretlerde gazete ya da roman okumaları, sevdikleri müzikleri çalmaya teşvik edilmeleri hastanın beyin faaliyetlerini aktif tutmak için yararlı olabilecek örneklerdir. Tüm bu faaliyetlerin amacı, en kötü sonuçlarda dahi, ailenin geriye dönüp kendilerine, ölümünden önce hastasına yardım etmek için mümkün olan her şeyi yaptıklarını düşündürebilmektir (Davidson, 2010; Davidson et. al, 2010; Netzer ve Davidson, 2017).

2.5.4. Karar Verme

Kolaylaştırılmış anlamlandırma kuramında kararlara katılım, karar verme sürecindeki katılım ihtiyacını değerlendirme, ekip görüşmelerine katılımı kolaylaştırmak için destekleme, karar verme sürecinde vekil rolünü güçlendirme, tedavi planlarını ve amaçlarını açıklama, aile ile iletişimini sürdürmesi konusunda destekleme kavramlarını içermektedir.

Aileler günlük hasta ziyaretlerinde, aile bakım konferanslarında ve ziyarette karar alma süreçlerine katılma fırsatına sahiptir. Kolaylaştırılmış anlamlandırma kuramına göre, karar verme sürecine katılmak için aileyi bilgilendirmek hemşire sorumluluğundadır ve aileyi tedavi planı hakkındaki tartışmalar sırasında sürece dahil olmaya teşvik eder. Aile hastası ile ilgili yararlı bilgiler verdiğinde, bilgilerinin faydalı olduğunu ve bu bilginin yararlı olduğunu belirtmek için onlara teşekkür etmeniz önemlidir. Örneğin kronik ağrıları olan hastaların aile üyeleri, çoğu zaman evdeki bakım sürecinde hastayı yakından tanıdıkları ve süreci birlikte yaşadıkları için hastanın ağrı özellikleri ve bakımı ile ilgili yararlı bir bakış açısına sahiptir. Hastanın sözel olmayan ağrı belirtileri sergilediğinde bunları tanımlamaları için ailenin çağırılması katılımı sağlar ve ailenin yoğun bakım ünitesindeki rollerini tanımlamasına yardımcı olur. Bunları sorgulamak, hasta ailelerinin tedavi planına katılımını desteklemek ve onlara saygı duymak için önemli adımlardır (Davidson, 2010; Davidson et. al, 2010; Netzer ve Davidson, 2017).

Kolaylaştırılmış anlamlandırma kuramının hasta yakınlarının bakım sürecine dahil edilmesi sonucunda ekip işbirliğinin artması ve güçlenmesi, aile bütünlüğünün korunması, hasta yakınlarında korku, kaygı ve çaresizlik duygularında azalma olması ve hasta yakınının bakıma katılımında artış olması beklenmektedir. Aile temelli bir

yaklaşım ile hasta ve hasta yakınlarının ihtiyaçlarının farkedilerek desteklenmesi sonucunda hastalarda PICS ve hasta yakınlarında PICS-F'nin görülme düzeyinde azalma olması kuramın önemli bir çıktısı olarak değerlendirilmektedir.

Yoğun bakım ortamını tanımak, aile üyelerinin bilgi ihtiyaçlarını fark etmek ve onları gidermek, hasta yakınlarının kendi ihtiyaçlarını karşılama durumu için rehberlik yapmak, aile desteğinin önemini vurgulamak, hastanın bakımına katılmaları için desteklemek, uygun ziyaret koşulları oluşturmak Kolaylaştırılmış Anlamlandırma Kuramına göre hemşirenin hasta yakınları için uyguladığı bakım faaliyetlerindendir. Yoğun bakım ünitelerinde aile memnuniyet çalışmalarında da görüşme etkinliklerinin aileler için gerekli olduğu tanımlanmıştır (Skoog et.al,2016; Netzer ve Davidson, 2017).

Yoğun bakımdaki yatan hastaların yakınlarıyla yapılan bir çalışmada hasta yakını "... yoğun bakım çok ürkütücü geldi bana, Hortumla nefes alıyor..." ifadelerini kullanmıştır. "Oradasın ama hiçbir hemşire hanımın hasta yakınlarıyla konuştuğunu duymadım açıkçası, bir şey sorduğum zaman doktoruyla görüşün" diyerek iletişim eksikliğine dikkat çekmektedir. "Tabii çok çaresizlik hissettiriyor. Hiçbir şey yapamıyor insan" sözleriyle hasta yakını çaresizlik hissettiğini belirtmektedir (Baykal ve Tütüncü, 2017).

Kardiyopulmoner yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların ailelerinin anksiyete düzeylerine bakılan çalışmada, kolaylaştırılmış anlam yaratma teorisini uygulayarak öncesinde ve sonrasında ailelerin anksiyete düzeyine bakılmıştır ve durumluk anksiyete düzeyinde ciddi bir azalma olduğu tespit edilmiştir (Skoog et.al,2016). Yapılan çalışmalarda aile üyelerinin ziyaretinin hasta üzerine olumlu sonuçları olduğu belirtilmektedir. Sevdiği bir kişi ile birlikte olmanın, hastaya umut ve güç vererek, hayata bağlanmasına ve hastalık ile mücadele etmesine yardım ettiği düşünülmektedir. özel olan bu ihtiyaçların sağlık personeli tarafından karşılanmadığını, hemşirelerin bunları anlamada yeterli olmadığını ya da bu konuya yeterince önem vermediğini göstermektedir (Tekinsoy,2005; Toros,2003; Ünver,1998; Baykal ve Tütüncü, 2017; Özgürsoy ve Akyol, 2008).

İletişim yaşamın her alanında önemli olduğu gibi hastalık sürecinde hasta ve hasta yakınları için daha da önemli bir boyut kazanmaktadır (Özcan, 2006). Sağlık bakım

gereksinimine ihtiyaç duymak bireylerin daha hassas olmalarına neden olmaktadır. Bu dönemlerde bireyler, anksiyete, stres, öfke, korku, ümitsizlik, sıkışmışlık hissi gibi birçok duyguyu yaşamaktadır (Erdal ve ark,2013). Yaşamın normal seyrinde aniden sağlıkla ilgili bir problem yaşamak bireyler için kriz niteliğinde bir durumdur. Bu süreçle baş etmek her bireyde aynı olmadığı gibi çoğunlukla etkin baş edebilme becerilerinin kullanılmadığı gözlenmektedir. Bu kriz durumunda bireyler için destek faktörleri önemlidir. Hemşirelerin aile üyeleri ile olan iletişimi göz önüne alındığında, hemşireler aile ihtiyaçlarını karşılamak ve olumsuz etki gelişimini en aza indirmek için kullanılan yaklaşımları etkilemek için ideal bir konumdadır (Özgürsoy ve Akyol,2008; Davidson, 2010). Kolaylaştırılmış anlamlandırma kuramına temellendirilmiş aile destek programı bireylerin daha iyi baş etmelerini sağlayacaktır. Hasta yakınının iyi hissetmesi ve stresle baş edebilmesi, bireysel ve sosyal yaşantısında iyilik sağlayacağı gibi dolaylı olarak da hastanın iyileşme sürecine de olumlu katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Türü

Bu araştırma ön test ve son test düzeninde, tek körlü, randomize kontrollü deneysel bir çalışmadır.

3.2.Araştırmanın Varsayımları

-Yoğun bakımda yatan hastaların aileleri sıkışmışlık hissi yaşarlar ve bundan kurtulmak isterler.

-Yoğun bakımda yatan hastaların aileleri kaygı yaşarlar ve bu kaygıdan kurtulmak isterler.

3.3.Araştırmanın Hipotezleri

1. Hipotez H1= Kolaylaştırılmış anlamlandırma kuramına temellendirilmiş aile destek programı uygulanan yoğun bakım hasta ailelerinde uygulanmayan ailelere göre dışsal kaynaklı sıkışmış hissetme puan ortalaması daha düşüktür.

2. Hipotez H1= Kolaylaştırılmış anlamlandırma kuramına temellendirilmiş aile destek programı uygulanan yoğun bakım hasta ailelerinde uygulanmayan ailelere göre içsel kaynaklı sıkışmış hissetme puan ortalaması daha düşüktür.

3. Hipotez H1= Kolaylaştırılmış anlamlandırma kuramına temellendirilmiş aile destek programı uygulanan yoğun bakım hasta ailelerinde uygulanmayan ailelere göre durumluk kaygı puan ortalaması daha düşüktür.

4. Hipotez H1= Kolaylaştırılmış anlamlandırma kuramına temellendirilmiş aile destek programı uygulanan yoğun bakım hasta ailelerinde uygulanmayan ailelere göre dışsal kaynaklı sıkışmış hissetme puanları yönünden zamana göre fark vardır.

5. Hipotez H1= Kolaylaştırılmış anlamlandırma kuramına temellendirilmiş aile destek programı uygulanan yoğun bakım hasta ailelerinde uygulanmayan ailelere göre içsel kaynaklı sıkışmış hissetme puanları yönünden zamana göre fark vardır.

6. Hipotez H1= Kolaylaştırılmış anlamlandırma kuramına temellendirilmiş aile destek programı uygulanan yoğun bakım hasta ailelerinde uygulanmayan ailelere göre durumluk kaygı puanları yönünden zamana göre fark vardır.

3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Anestezi Yoğun Bakım Ünitesi (AYBÜ) I, II ve III'te yapılmıştır. AYBÜ I ve III biriminde yatak sayısı 8, çalışan hemşire sayısı 11'dir. AYBÜ I'e genel cerrahi, kadın doğum, üroloji, kulak burun boğaz, göğüs hastalıkları, enfeksiyon ve dahiliye birimlerinden hasta kabul edilmektedir. AYBÜ III'te çoğunlukla organ nakli hastalarına bakım verilmekte olup genel cerrahi, kadın doğum, üroloji, kulak burun boğaz, göğüs hastalıkları, enfeksiyon ve dahiliye bölümlerinde de hasta yatabilmektedir. AYBÜ II'de toplam 17 yatak bulunmaktadır ve sorumlu hemşire dahil 18 hemşire çalışmaktadır. Bir yanık odası, üç izole hasta odası mevcuttur. AYBÜ II'ye çoğunlukla ortopedi, beyin cerrahi, plastik cerrahi ve genel cerrahi bölümlerinden hasta yatışı olmakta fakat diğer bölümlerden de hasta kabul edilmektedir.

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Anestezi Yoğun Bakım Ünitesi birimlerinde hasta yakınları, hastaları hakkında tıbbi bilgiyi, sorumlu hekimden görüşme için belirlenmiş bir odada almaktadırlar. Hasta yakınları hemşirelerle hastanın bakımıyla ilgili durumlarda iletişim kurmaktadır. Bölümde günde bir kez 12: 00- 13: 00 saatleri arasında ziyarete izin verilmektedir. Bazı özel durumlarda hasta yakınları içeri alınabilmektedir. Hasta yakınları yoğun bakıma girerken sadece el dezenfektanı kullanmaktadır ve izole odadaki hastaların ziyaretleri sırasında gömlek giymektedirler. Uzun süreli yatan hastaların yakınlarına hemşireler ağız bakımı, pozisyon değiştirme, aspirasyon gibi taburculuktan sonra hastanın ihtiyaç duyacağı eğitimleri vermektedirler. Bu eğitimler önceden planlanmış bir şekilde hasta başında hemşireler tarafından verilmektedir. Birimde hasta yakınlarına verilen 'Hasta Yakınları İçin Bilgilendirme Kitapçığı' bulunmaktadır. Bu bilgilendirme kitapçığında yoğun bakım çalışanları, çalışma düzeni, teknik donanım, ziyaret süreci, kurallar, hasta enfeksiyonu gibi bilgiler yer almaktadır. Ayrıca hasta yakınının hastası ile ilk karşılaşma sürecine yönelik bilgilendirme yer almaktadır. Hasta yoğun bakımda yattığı sürece hasta yakınları konaklama sorununu

kendileri çözmektedirler. Bunun için genellikle yoğun bakım bekleme salonu, hastane bahçesi, kantin ya da özel araçlarını kullanmaktadırlar.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini, AYBÜ I, II ve III'te yatan hastaların yakınları oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise AYBÜ I, II ve III'te yatan hastaların yakınlarından örnekleme dahil edilme kriterlerine uyan hasta yakınları oluşturmuştur. Araştırmalarda en az % 80 güç, %5 tip 1 hata ve 0.5 üzerinde etki büyüklüğü olması gerekmektedir. Bu bağlamda araştırmanın örneklemini % 80 güç, 0.05 hata payı ve geniş etki büyüklüğü ($d=0.8$) ile hesaplanmış ve 21 müdahale, 21 kontrol grubu olarak hesaplanmıştır. Örneklem büyüklüğü G Power 3.1 programı ile hesaplanmıştır. Hipotez tek yönlüdür. (<http://www.gpower.hhu.de/>, Erişim tarihi: 09 Ekim 2017). Araştırmanın uygulaması 15 Kasım 2019- 13 Mart 2020 tarihleri arasında yapılmıştır. 14 Mart 2020 tarihi itibarıyla Pandemi koşulları nedeniyle ziyaret yasağı getirildiği için çalışmaya devam edilememiştir. Araştırmanın dahil edilme kriterlerine uyan müdahale grubunda 16 kontrol grubunda ise 14 hasta yakını ile çalışma tamamlanmıştır. Araştırmanın etki büyüklüğü çalışma sonunda hesaplanmıştır. İstatistiksel güç analizi sonucunda $\alpha=0.05$ anlamlılık düzeyinde etki büyüklüğü 0.47- 0.89 aralığında, araştırmanın gücü % 79- 99 aralığında bulunmuştur (Tablo 3.1).

Tablo 3.1. Durumluk kaygı ölçeği ve sıkışmış hissetme ölçeği güç analizi ve etki büyüklüğü

	Grup			
	Müdahale		Kontrol	
	Etki büyüklüğü	Power	Etki büyüklüğü	Power
Durumluk Kaygı Ölçeği	0.61	0.9408	0.66	0.9619
Sıkışmış Hissetme Ölçeği	0.60	0.9317	0.49	0.8312
İçsel Sıkışmış Hissetme	0.89	0.9988	0.47	0.7955
Dışsal Sıkışmış Hissetme	0.59	0.9276	0.66	0.9642

Örneklem Özellikleri

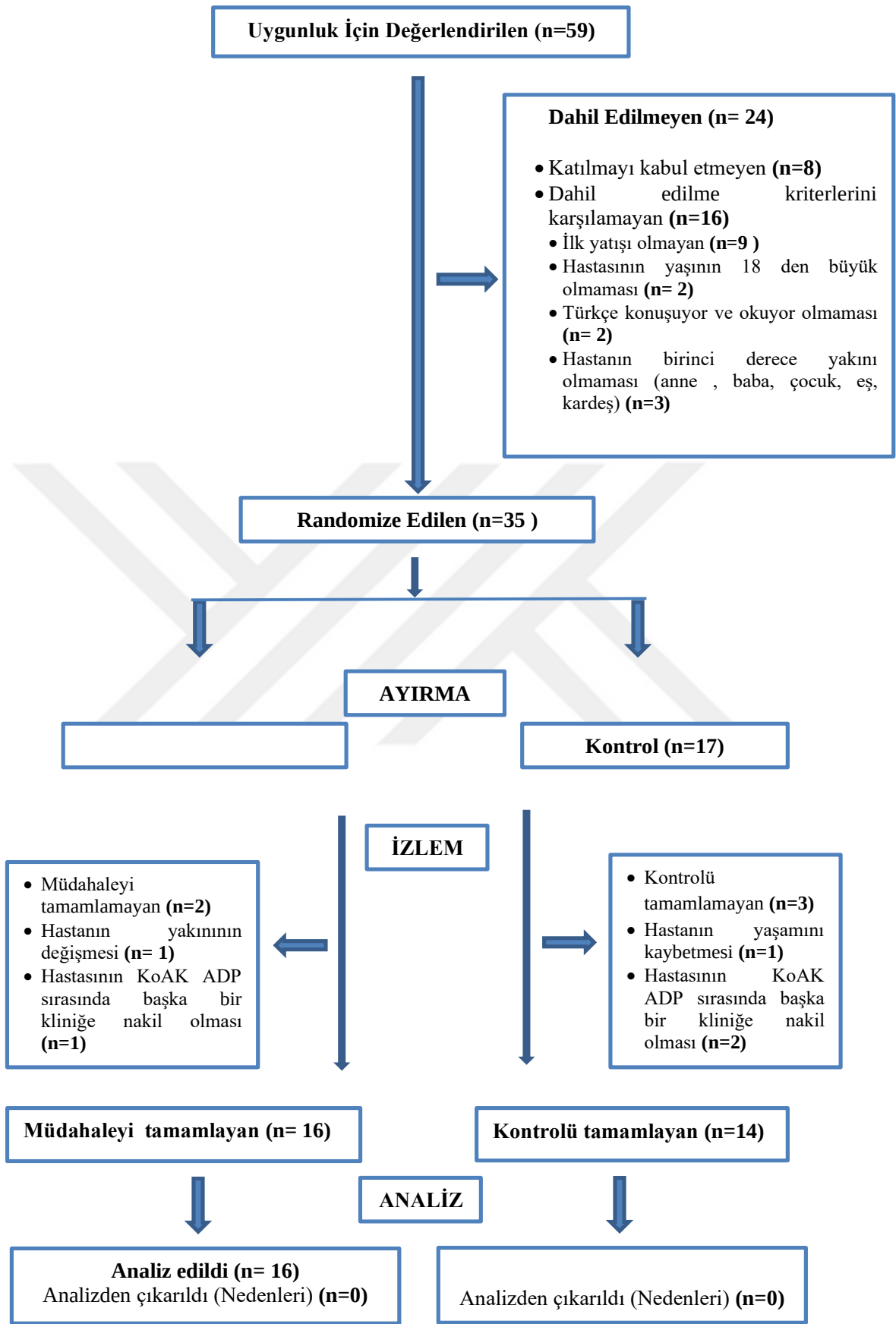
Araştırmaya dahil edilecek hasta yakınlarının müdahale ve kontrol gruplarına seçiminde göz önünde bulundurulacak özellikler Tablo 3.2 'de verilmiştir.

Tablo 3.2. Örneklem Özellikleri

Dahil Etme Kriterleri	Dışlama Kriterleri	Çıkarılma Kriterleri
Okur yazar olması Türkçe konuşması ve anlaması 18 yaşından büyük olması Birincil bakım veren hasta yakınının hastanın birinci derece yakını olması (Anne, baba, çocuk, kardeş, eş) <u>Hastasının:</u> Yoğun bakıma ilk yatışının olması İlk kez bu hastalık ve durumla karşı karşıya olması (Travma, yanık, trafik kazası, düşme, serebrovasküler hastalık gibi aniden gelişen bir durum olması) Yatışın üzerinden 24 saat geçmiş olması 18 yaşından büyük olması	-İşitme, görme, hareket engelinin olması -Psikiyatrik tedavi ve psikoterapi alıyor olması -Bakım verdiği başka hastasının olması	-KoAK-ADP 'ye devam etmek istememesi -Birincil bakım veren hasta yakınının değişmesi <u>Hastasının:</u> -Yaşamını kaybetmesi - KoAK- ADP sırasında taburcu olması - KoAK- ADP sırasında başka bir kliniğe nakil olması

3.6. Randomizasyon ve Körleme

Bu çalışmada basit randomizasyon yöntemi kullanılmıştır. Bireylerin gruplara atanması kapalı zarf yöntemi ile yapılmıştır. Araştırmacı zarfların 21'ine "M (müdahale)", 21'ine "K (Kontrol)" harflerinin yazılı olduğu kağıtları yerleştirmiştir. Toplam 42 zarf hazırlanmış ve kapalı kutunun içine atılmıştır. Araştırmacı kapalı kutudan rastgele bir zarf seçmiştir. İçerisinde "M" harfinin yazılı olduğu zarfı seçtiğinde birey müdahalenin yapılacağı müdahale grubuna, "K" harfinin yazılı olduğu zarfı seçtiğinde ise birey kontrol grubuna dahil olmuştur. Birey çalışmayı kabul etmediğinde ve çalışmadan çıktığında zarf yeniden randomizasyona dahil edilmiştir. Bu çalışmada katılımcıların hangi grupta olduklarını bilmemeleri sağlandığı için tek yönlü körleme yapılmıştır. Araştırmanın örnekleme akışı CONSORT şemasına göre oluşturulmuştur (Grant et.al., 2018) (Şekil 3).



Şekil 3: CONSORT Şeması (Grant et.al.,2018)

Kullanılan verilerin öncelikle normal dağılıma uygunluk testleri Shapiro-Wilk testi ile yapılmıştır ve verilerin normal dağılım göstermediği anlaşılmıştır (Tablo 3.3). Müdahale ve kontrol grubundaki hasta yakınlarının ve hastalarının sosyodemografik özellikleri Tablo 3.4 'te verilmiştir. Müdahale grubundaki hasta yakınlarının yaş ortalaması 43.06 ± 14.19 , kontrol grubundaki hasta yakınlarının yaş ortalaması ise 49.14 ± 13.22 'dir. Müdahale grubunda %56.2'si, kontrol grubunda %64.2 'si kadındır. Hasta ile akrabalık ilişkisi müdahale grubunda %25 çocuk, eş ve kardeş, kontrol grubunda ise %35.7 eş, %28.5 çocuk olarak saptanmıştır. Müdahale grubundaki hasta yakınlarının % 81.2'si, kontrol grubunun ise %92.8'i Antalya'da yaşamaktadır. Hasta yakınlarının %37.5'i müdahale grubunda ilköğretim ve orta öğretim mezunu iken kontrol grubunun %50'i ilköğretim mezunudur. Kontrol grubunda hasta yakınlarının % 92.6'sı, müdahale grubunda ise %68.7'si kendi evinde kalmaktadır. Hayatında endişelendiren başka bir durumun varlığı sorusuna müdahale grubundaki hasta yakınlarının %87.5'i, kontrol grubundaki hasta yakınlarının %92.8'i hayır yanıtını vermiştir.

Müdahale grubundaki hastaların yaş ortalaması 41.62 ± 16.25 , kontrol grubundaki hastaların yaş ortalaması ise 49.85 ± 20.81 'dir. Müdahale grubundaki hastaların %75'i, kontrol grubundakilerin ise % 64.2 'si erkektir (Tablo 3.4).

Tablo 3.3. Durumluk kaygı ölçeği ve sıkışmış hissetme ölçeği normallik testi bulguları

	X	SS	Shapiro Wilk Testi	p
Durumluk kaygı ölçeği ön test	52.1000	9.6467	0.98165	0.00753
Durumluk kaygı ölçeği son test	49.4667	10.1667	0.99121	0.00582
Dışsal sıkışmış hissetme ön test	8.4667	9.6373	0.82016	0.00016
İçsel sıkışmış hissetme ön test	3.8000	4.6713	0.79650	0.00006
Sıkışmış hissetme ölçeği ön test	12.2667	14.0515	0.81619	0.00013
Dışsal sıkışmış hissetme son test	7.8667	9.2949	0.80732	0.00009
İçsel sıkışmış hissetme son test	3.3667	4.3824	0.77934	0.00003
Sıkışmış hissetme ölçeği son test	11.2333	13.4669	0.79968	0.00006

Tablo 3.4. Müdahale ve kontrol grubundaki hasta yakınlarına ve hastalara ait sosyodemografik özellikler

	Grup					
	Müdahale		Kontrol			
	n	%	n	%		
Hasta Yakınının Sosyodemografik Özellikleri						
Yaş Ortalaması (X ±SS)	43.06±14.19		49.14± 13.22			
Yakınlık Derecesi						
Anne	2	12.50	3	21.43	2.321	0.676
Çocuk	4	25.00	4	28.57		
Eş	4	25.00	5	35.71		
Kardeş	4	25.00	1	7.14		
Baba	2	12.50	1	7.14		
Cinsiyeti						
Kadın	9	56.25	9	64.29	0.200	0.654
Erkek	7	43.75	5	35.71		
Yasadığı Şehir						
Antalya	13	81.25	13	92.86	0.870	0.350
Diger	3	18.75	1	7.14		
Medeni Durum						
Evli	13	81.25	14	100.00	2.916	0.087
Bekar	3	18.75	.	.		
Öğrenim Durumu						
İlkogretim	6	37.50	7	50.00	1.751	0.416
Ortaöğretim	6	37.50	6	42.86		
Üniversite	4	25.00	1	7.14		
Çalışma Durumu						
Evet	11	68.75	4	28.57	4.821	*0.028
Hayır	5	31.25	10	71.43		
Kaldığı Yer						
Kendi evimde	11	68.75	13	92.86	2.846	0.241
Akraba/arkadaş yanında	4	25.00	1	7.14		
Misafirhanede/otelde	1	6.25	.	.		
Kronik Hastalık						
Evet	3	18.75	6	42.86	2.066	0.150
Hayır	13	81.25	8	57.14		

	Grup					
	Müdahale		Kontrol			
	n	%	n	%	χ^{2*}	p
Destek						
Var	16	100.00	13	92.86	1.182	0.276
Yok	.	.	1	7.14		
Endişelendiren Başka Bir Durum Var mı?						
Var	2	12.50	1	7.14	0.238	0.625
Yok	14	87.50	13	92.86		
Hastanın;						
Yaş Ortalaması ($\bar{X} \pm SS$)	41.62±16.25		49.85± 20.81			
Cinsiyeti						
Kadın	4	25.00	5	35.71	0.408	0.522
Erkek	12	75.00	9	64.29		

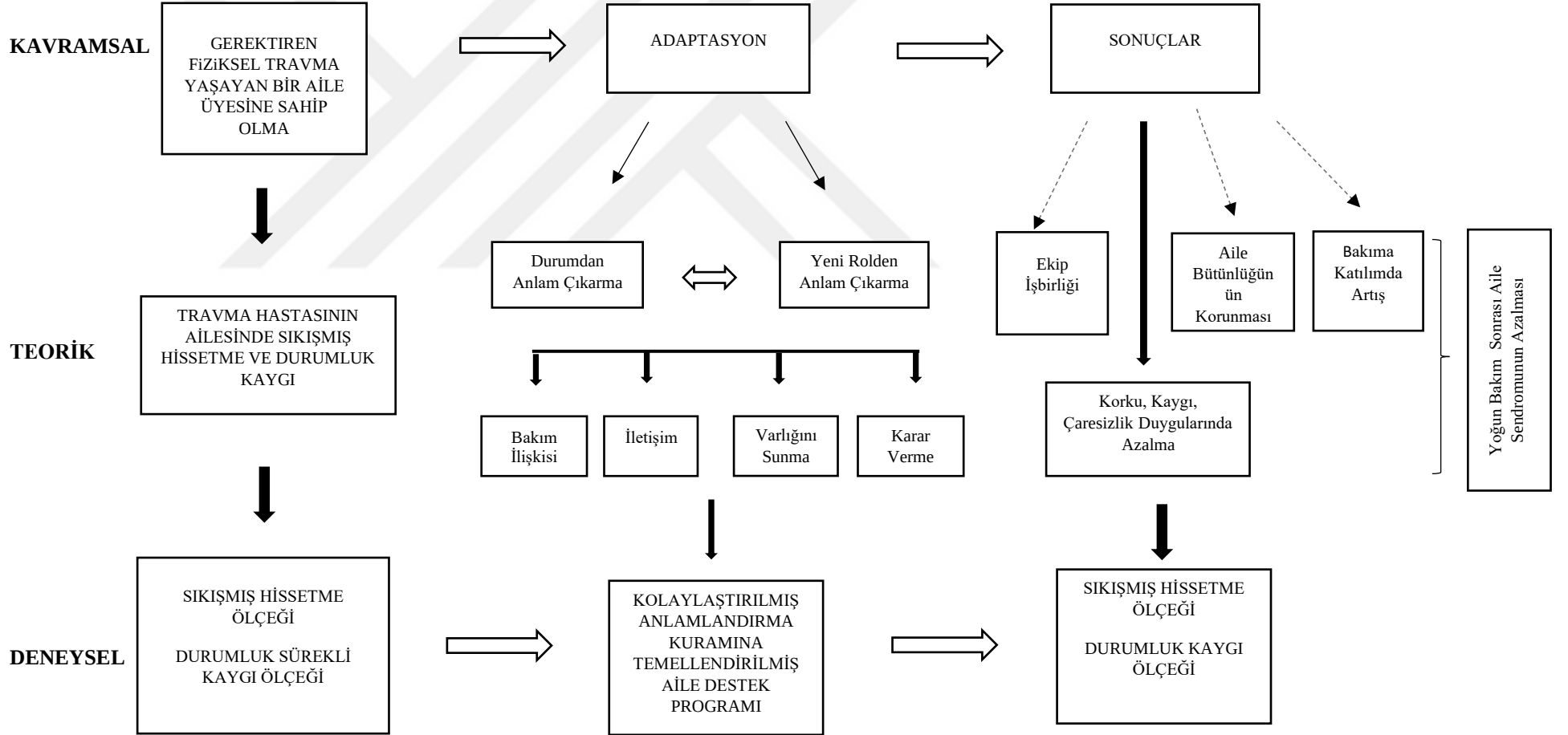
*Ki-kare analizi

3.7. Araştırmanın Kavramsal- Teorik- Deneysel- Çerçevesi

Araştırmanın kavramsal- teorik- deneysel çerçevesi Şekil 4'te verilmiştir. Kolaylaştırılmış Anlamlandırma Kuramı yoğun bakım hastalarının ailelerinin sağlığını en üst düzeye çıkarmak için uygulama düzeyinde hemşirelik müdahalelerini belirlemek üzere tasarlanmıştır (Marriner ve Alligood, 2002; Mills et.al, 2010). Anlamlandırma süreci hasta ailelerine var olan durumu anlamalarını ve yeni rollerine adapte olmalarını kolaylaştırıcı yapılandırılmış hemşire tarafından uygulanan etkinlikler içermektedir. Bu kurama göre eğer hemşire kolaylaştırılmış anlamlandırma kuramına yönelik aktiviteleri uygularsa, hasta ailesinin bakım sonuçları iyi olacağı öngörülmektedir. Yoğun bakım sürecinin aileler için bir kriz olduğu bilinmektedir. Korku, çaresizlik duygularına neden olabilecek, yaşamı tehdit eden bir duruma maruz kalmaktadırlar. Bu göstergeler post travmatik stres sendromunun belirtileridir (Netzer ve Davidson, 2017). Eğer korkularını azaltarak içinde bulundukları durumu ve çevreyi yeniden anlamlandırmaya yönelik uygulamalarla harekete geçilirse ve bunun beraberinde çaresizlik duygusunu azaltmak için hastanın bakım aktivitelere katılması desteklenirse yaşadıkları korkuyu azaltmak ve strese verdiği yanıtı yeniden yapılandırılabilir stres tepkisi en aza indirilebilir. Hasta yakınları daha sağlıklı ve daha iyi yapılandırılmış bakım ve destek sağlamak için daha

iyi bir noktaya gelecek ve bu da hasta sonuçlarını olumlu yönde etkileyecektir (Davidson, 2010, Davidson et. al, 2010, Netzer ve Davidson, 2017). Bu araştırmada kolaylaştırılmış anlamlandırma kuramına temellendirilmiş aile destek programının, yoğun bakımda yatan hasta ailelerinin sıkışmışlık hissine ve kaygı düzeyine etkisinin incelenmesi sağlanmıştır. KoAK-ADP ‘nin kavramsal teorik ve deneysel bir çerçevede sunulması ile hasta yakınlarının karşılaştığı kritik durumda bütüncül bir hemşirelik bakımı almaları için kılavuzluk edeceği düşünülmektedir.





Şekil 4. Araştırmanın Kavramsal-Teorik- Deneysel Çerçevesi

3.8. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri: Sıkışmış hissetme ölçeği puan ortalaması, durumluk kaygı ölçeği puan ortalaması

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri: Kolaylaştırılmış anlamlandırma kuramına temellendirilmiş aile destek program (KoAK-ADP).

3.9. Veri Toplama ve Müdahale Araçları

Bu araştırmada iki tür araç kullanılmıştır. Bunlar veri toplama ve KoAK-ADP müdahale araçlarıdır. Veri toplama aracı olarak; “Kişisel Bilgi Formu” (EK-2), “Sıkışmış Hissetme Ölçeği” (EK- 3), “Durumluk Kaygı Ölçeği” (EK- 4) ve GAS kullanılmıştır. Müdahale aracı olarak uygulama protokolleri (EK-5), KoAK-ADP Hasta Yakını Görüşme Takip Formu (EK-6), KoAK-ADP Hasta Bilgi Formu (EK-7), ve KoAK-ADP Protokol Takip Formu (EK-8), kullanılmıştır.

3.9.1. Kişisel Bilgi Formu

Form çalışmaya katılan bireylerin kişisel bilgilerine yönelik hasta yakınının yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, hastaya yakınlık derecesi, destek faktörü gibi bilgileri içeren 11 sorudan oluşmaktadır. Kişisel bilgi formu (EK-2) literatürden yararlanılarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır (Davidson, 2010; Davidson et.al,2010; Skoog, et.al, 2016; Davidson ve Zisook, 2017).

3.9.2. Sıkışmış Hissetme Ölçeği

Bireyin kendilerini sıkışmış hissetmelerine yönelik öznel deneyimlerini değerlendirmek amacıyla Gilbert ve Allan (1998) tarafından geliştirilen sıkışmış hissetme ölçeği 16 maddeden ve iki boyuttan oluşan bir ölçme aracıdır (EK-3). Birinci boyut bireyin içinde bulunduğu olumsuz durumdan kaçmasını engelleyen nedenleri içeren dışsal faktörlere bağlı sıkışmış hissetme olarak adlandırılmakta ve 10 maddeden oluşmaktadır. İkinci boyut ise içsel duygu ve düşüncelerin neden olduğu içsel faktörlere bağlı sıkışmış hissi olarak adlandırılmakta ve 6 maddeden oluşmaktadır. Sıkışmış Hissetme Ölçeği beşli likert tipi bir skalaya sahiptir (“0” Bana hiç uygun değil, “1” Bana çok az uygun, “2” Bana biraz uygun, “3” Bana çok uygun, “4” Bana tamamen uygun). Ölçekte ters

kodlanan madde bulunmamaktadır. Yüksek puanlar yüksek düzeyde sıkışmışlık hissini göstermektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 64, en düşük puan 0'dır.

Cronbach alfa iç tutarlılık güvenirlik katsayısı dışsal kaynaklı sıkışmış hissetme için 0.88, içsel kaynaklı sıkışmış hissetme için 0.93 olarak bulunmuştur. Geçerlik ve güvenirlik çalışmalarından elde edilen sonuçlar Sıkışmış Hissetme Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirliğinin sağlandığını göstermektedir (Uysal, Akın ve Arslan, 2015). Ölçeğin araştırmamızdaki Cronbach alfa değeri 0,95'tir. Cronbach alfa güvenirlik katsayısı dışsal kaynaklı sıkışmış hissetme için 0,94, içsel kaynaklı sıkışmış hissetme için 0,88 olarak bulunmuştur.

3.9.3. Durumluk Kaygı Ölçeği

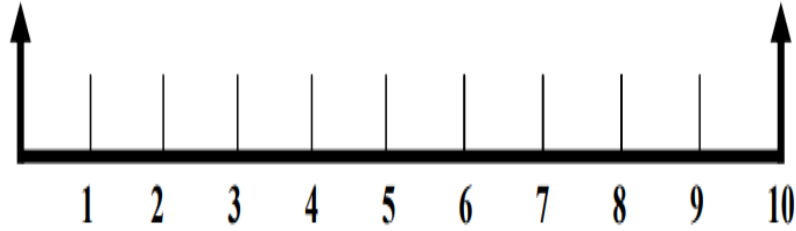
Spielberger ve arkadaşları (1970) tarafından geliştirilen Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri'nin Türkçeye uyarlanması ve standardizasyonu Öner ve Le Compte (1985) tarafından yapıldığı bilinmektedir (Aktaran Birtürk, 2014). Durumluk Kaygı Ölçeği toplam yirmi maddeden oluşan oluşmaktadır (EK-4). Durumluk kaygı ölçeği bireyin belli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini betimlemesini, içinde bulunduğu duruma ilişkin duygularını dikkate alarak cevaplamasını gerektirmektedir. Yirmi ifadeden oluşan ölçekte cevap seçenekleri dörder tane olup, her seçeneğin ağırlık değerleri 1'den 4'e kadar değişmektedir.

Ölçeklerde doğrudan (düz) ve tersine dönmüş ifadeler bulunmaktadır. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirmektedir. Durumluk kaygı ölçeğinde on tane tersine dönmüş ifade bulunmaktadır ve bunlar 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20 numaralı maddelerdir. Durumluk kaygı ölçeği maddelerinde ifade edilen duygu ya da davranışlar bu tür yaşantıların şiddet derecesine göre (1) hiç, (2) biraz, (3) çok ve (4) tamamıyla şıklarından birini işaretlemek suretiyle cevaplanmaktadır. Ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişmektedir. Puanın artması kaygı düzeyinin artışına işaret etmektedir (Aktaran Birtürk, 2014).

Ölçeğin güvenirlik çalışmasında, durumluk ve sürekli kaygı ölçeği Alpha güvenirlik katsayısını durumluk kaygı ölçeği için 0,94- 0,96 arasında bulunmuştur. Ölçeğin araştırmamızdaki Cronbach alfa değeri 0.91 olarak bulunmuştur.

3.9.4. Görsel Analog Skalası (GAS)

Duygular çok farklı yöntemlerle ölçülmektedir. Ölçüm yollarından biri, kişinin kendi bildirimine dayalı kağıt kalem tarzı ölçümlerdir. Kağıt kalem tarsi ölçme araçlarından biri “Görsel Analog Skalası” (GAS)’dır. GAS 18 duygu ifadesinin herbirinin ayrı bir düzlem üzerine yerleştirildiği bir ölçme aracıdır. Katılımcılar o andaki duygu yoğunluğunu en iyi temsil eden noktayı işaretlemektedirler ve yaptıkları işaretleme cetvel aracılığıyla belirlenmektedir. GAS psikoloji literatüründe sıklıkla kullanılmaktadır (Aydın, Aras ve Asan, 2011). Araştırmada sıkışmış hissetme ve kaygı düzeylerini puanlamak için Şekil 5’te bulunan cetvel kullanılmıştır. Durumluk kaygı değerlendirmesi için GAS’ da 0 puan “hiç kaygım yok” ve 10 puan ise “çok kaygılıyım” anlamına gelmektedir. Sıkışmışlık hissi için 0 puan “sıkışmış hissetmiyorum” ve 10 puan ise “çok sıkışmış hissediyorum” anlamına gelmektedir.



Şekil 5. Görsel Analog Skalası

3.9.5. KoAK-ADP Müdahale Araçları

Araştırmada “Kolaylaştırılmış Anlamlandırma Kuramına Temellendirilmiş Aile Destek Programı Uygulama Protokolleri” (EK-5) ve “Hasta Yakını Görüşme Takip Formu” (EK-6), “KoAK-ADP Hasta Bilgi Formu” (EK-7), “KoAK-ADP Protokol Takip Formu” (EK-8) kullanılmıştır.

3.9.5.1. KoAK-ADP Uygulama Protokolleri

Bu program Kolaylaştırılmış Anlamlandırma Kuramının dört ana teması çerçevesinde oluşturulan protokollerden oluşan bir destek programıdır. Kolaylaştırılmış Anlamlandırma Kuramına Temellendirilmiş Aile Destek Programının amacı yoğun bakımda tedavi gören hastaların aile bireylerinin sağlığını en üst düzeye çıkarmaktır. Araştırmacı tarafından Kolaylaştırılmış Anlamlandırma Kuramından yararlanarak oluşturulmuştur. Kuramın “*Bakım ilişkilerinin Geliştirilmesi, İletişim, Bakımda Varlığını Sunma, Kararlara Katılım*” temaları doğrultusunda dört protokol olarak yapılandırılmıştır. Uygulamada protokollerin belirli bir sırası yoktur. Hasta yakınının gereksinimine göre protokollerdeki talimatlar esnek olarak uygulanabilir.

3.9.5.2. KoAK-ADP Hasta Yakını Görüşme Takip Formu

KoAK-ADP sürecinde hasta yakınlarıyla yapılacak görüşmelerin yer, zaman ve konusu ile ilgili bilgilerin kaydedildiği, GAS ölçüm sonuçlarının ve nicel verileri desteklemek amacıyla sorulan değerlendirme sorusunun kaydedildiği formdur. Bu form araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanmıştır.

3.9.5.3. KoAK-ADP Hasta Bilgi Formu

Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaya ait bilgilerin kaydedildiği formdur. KoAK-ADP’nin “*Bakım ilişkilerinin Geliştirilmesi, İletişim, Bakımda Varlığını Sunma, Kararlara Katılım*” protokollerinin uygulanabilmesi için bu bilgilere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu bilgiler hasta yakınının hastasına yönelik yapacağı uygulamalarda planlama yapmayı sağlamaktadır. Bu form araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanmıştır.

3.9.5.4. KoAK-ADP Protokol Takip Formu

KoAK-ADP’nin “*Bakım ilişkilerinin Geliştirilmesi, İletişim, Bakımda Varlığını Sunma, Kararlara Katılım*” protokollerinin hangi görüşmede uygulandığını gösteren formdur.

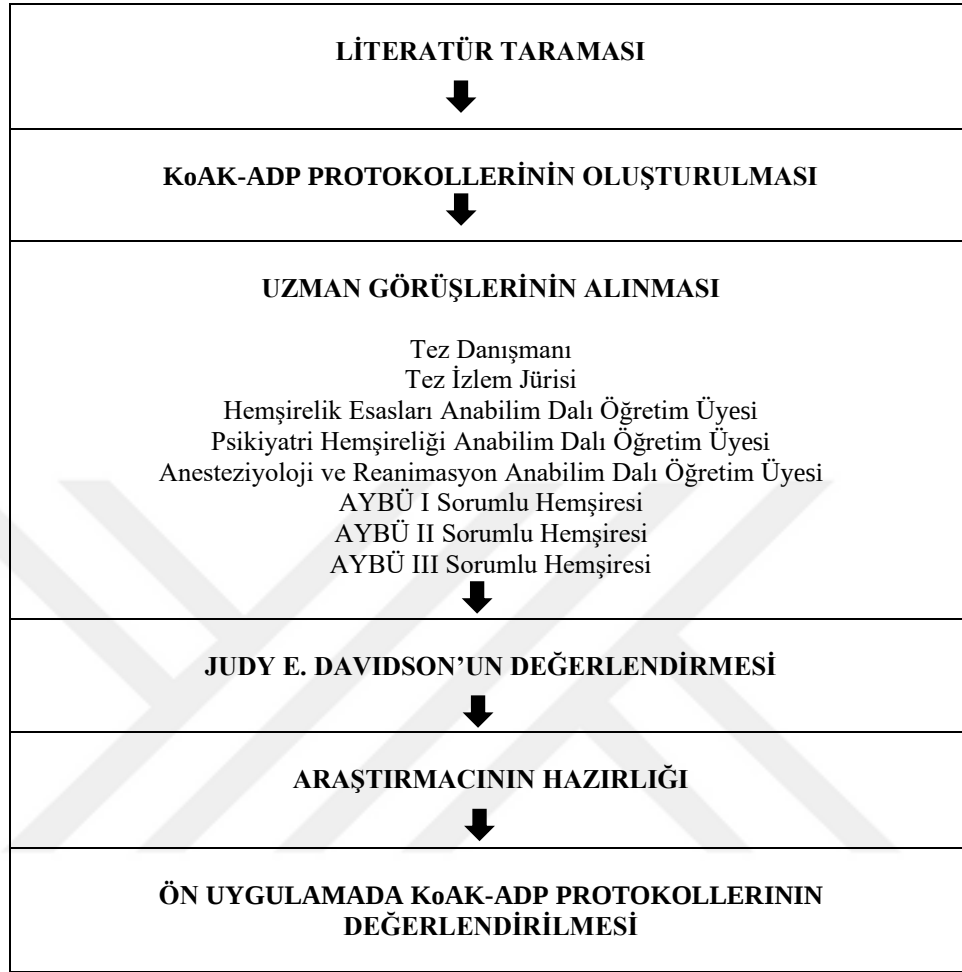
KoAK-ADP protokollerinin hangi görüşmede uygulandığını ve uygulanmayan protokolleri belirlemek amacıyla hazırlanmıştır.

3.10. KoAK-ADP Protokollerinin Yapılandırılması

KoAK-ADP protokollerinin yapılandırılması; literatür taraması, KoAK-ADP protokollerinin oluşturulması, uzman görüşlerinin ve teoriyenin geri bildirimlerinin alınması, araştırmacının hazırlığı ve ön uygulama sonrası KoAK-ADP protokollerinin değerlendirilmesi süreçlerinden oluşmaktadır. KoAK-ADP protokollerinin yapılandırılma süreci Şekil 6’da verilmiştir.

Kolaylaştırılmış Anlamlandırma Kuramının temalarına göre Aile Destek Programı uygulama protokolleri oluşturulmuştur (Davidson, 2010; Davidson et. al, 2010; Netzer ve Davidson, 2017). Protokoller oluşturulduktan sonra bir Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, bir Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı ve bir Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı öğretim üyesi olmak üzere üç uzmandan ve AYBÜ I, II ve III sorumlu hemşirelerinden görüş alınmıştır. Uzman görüşleri değerlendirildikten sonra KoAK-ADP protokoller önerilere göre düzenlenmiştir. Kolaylaştırılmış Anlamlandırma Kuramına uygunluğunun değerlendirilmesi ve görüş alınması amacıyla KoAK-ADP protokolleri ingilizceye çevrilerek elektronik posta yoluyla kuramının teorisyeni Judy E. Davidson’a iletilmiştir ve geribildirim alınmıştır (EK-15). Uzman görüşleri sonrasında protokollere son şekli verilmiştir (EK-5).

Aile Destek Programı Uygulama Protokolleri oluşturulduktan sonra araştırmacı uygulama yapacağı birimi tanımak için beş iş günü birimde bulunmuştur. Bu süreçte araştırmacı birimdeki ekipmanları tanımış, hasta bakım sürecini ve ziyaret saatlerinde hasta yakınlarını gözlemlemiştir.



Şekil 6. KoAK-ADP protokollerinin yapılandırılma süreci

3.11. Ön Uygulama

Çalışmanın ön uygulaması araştırmaya alınma kriterlerine uyan iki hasta yakını ile yapılmıştır. Ön uygulama 01-11 Kasım 2019 tarihleri arasında yapılmış olup, ön uygulamaya katılan hasta yakınları araştırmaya dahil edilmemiştir. Ön uygulama sonrasında veri toplama formları ve KoAK-ADP protokolleri değerlendirilmiştir. Ön uygulama sonrası hastanın araştırmaya katma kriterlerinden “Yatışın ilk 24 saat içinde olması” maddesi “Yatışın üzerinden 24 saat geçmiş olması” şeklinde değiştirilmiştir. Müdahale sonunda değerlendirme yapmak amacıyla “Sizinle yürüttüğümüz bu program hastanızın durumuyla ilgili sizin üzerinizde nasıl bir etki yarattı?” şeklinde bir açık uçlu soru eklenmiştir. Araştırma tasarımında müdahale grubuyla yapılacak görüşme gün

sayısı dört olarak belirlenmiş fakat ön uygulama sonrasında üç gün görüşmede bütün protokollerin uygulandığı görüldüğünden görüşme gün sayısı üç olarak değiştirilmiştir. Kontrol grubuna son testlerin tanışma görüşmesinden üç gün sonra uygulanmasına karar verilmiştir.

- Ön uygulama AYBÜ I ve II’de yapılmıştır. Hasta yakınının ve hastasının araştırmaya dahil edilme kriterleri değerlendirilmiştir. Hasta yakınıyla tanışma görüşmesi yapılmıştır. Çalışmanın amacı ve içeriği anlatılmıştır. Aydınlatılmış onam formu imzlatılmıştır. Kişisel bilgi formu, Sıkışmış Hissetme Ölçeği ön testi, Durumluk Kaygı Ölçeği ön testi uygulanmıştır. Nicel verileri desteklemek üzere GAS ile kaygı ve sıkışmışlığa ait subjektif veri toplanmıştır. Ön test sıkışmışlık hissi ve ön test durum kaygısı değerlendirilmiştir. KoAK- ADP protokolleri uygulanmıştır. Birinci hasta yakını ile birinci görüşmede KoAK- ADP protokollerinden “Bakım ilişkilerinin geliştirilmesi” (Görüşme Odası), “iletişim”, ikinci görüşmede “Bakım ilişkilerinin geliştirilmesi” (Görüşme Odası) ve “Bakım ilişkilerinin geliştirilmesi” (Yoğun Bakım Ünitesi), “Bakımda Varlığını Sunma” (Görüşme Odası), “Bakımda Varlığını Sunma” (Yoğun Bakım Ünitesi), “Kararlara Katılım” ve “iletişim” protokolleri uygulanmıştır. Üçüncü görüşmede “Bakımda Varlığını Sunma” (Görüşme Odası), “Bakımda Varlığını Sunma” (Yoğun Bakım Ünitesi),” iletişim” protokolleri uygulanmıştır. İkinci hasta yakını ile ilk görüşmede “Bakım ilişkilerinin geliştirilmesi” (Görüşme Odası),” iletişim”, “Kararlara Katılım” “Bakımda Varlığını Sunma” (Görüşme Odası), İkinci görüşmede “Bakım ilişkilerinin geliştirilmesi” (Yoğun Bakım Ünitesi), “Kararlara Katılım”, “Bakımda Varlığını Sunma” (Görüşme Odası) protokolleri uygulanmıştır. Üçüncü görüşmede “Bakımda Varlığını Sunma” (Yoğun Bakım Ünitesi), “Kararlara Katılım” ve “iletişim” protokolleri uygulanmıştır. Her gün sonunda “Hasta Yakını Görüşme Takip Formu” (EK-8) doldurulmuştur. Sıkışmış Hissetme Ölçeği son test, Durumluk Kaygı Ölçeği son testi uygulanmıştır. Nicel verileri desteklemek üzere GAS ve “Sizinle yürüttüğümüz bu program hastanızın durumuyla ilgili sizin üzerinizde nasıl bir etki yarattı?” sorusu sorularak kaygı ve sıkışmışlığa ait subjektif veri toplanmıştır.

3.12.Verilerin Toplanması

3.12.1. KoAK-ADP' nin Uygulanması

KoAK-ADP' nin uygulaması Akdeniz Üniversitesi Hastanesi hasta yakını bekleme salonu ve AYBÜ I, II ve III'te yapılmıştır. Hasta yakını ile yapılan görüşmeler yoğun bakım bekleme salonunda, kantinde veya hastane bahçesinde görüşme için uygun olan yerde yapılmıştır. Hasta ziyaretlerinde ve yoğun bakım ortamı, cihaz ve araçların tanıtımı sırasında araştırmacı hasta yakını ile yoğun bakımda bulunmuştur. Hasta yakını ile yapılacak görüşmelerde terapötik teknikler kullanılmıştır (Özcan, 2006).

Birden fazla hasta yakını olması halinde hastaya en yakın olan ve onunla ilgilenecek kişinin kendileri tarafından belirlenmesi sağlanmıştır. Uygulama hastanın tek yakını ile yürütülmüştür. Araştırmacı karşılaştığı hasta yakınının girişim ve kontrol grubundan hangisine dahil edileceğini belirlemek için uygulamaya gitmeden önce kapalı kutudan zarf seçimini yapılmıştır. Araştırmacı, içerisinde "M" harfinin yazılı olduğu zarfı seçtiğinde birey uygulamanın yapılacağı müdahale grubuna, "K" harfinin yazılı olduğu zarfı seçtiğinde ise birey kontrol grubuna dahil olmuştur. Birey çalışmayı kabul etmezse zarf yeniden randomizasyona dahil edilmiştir.

Müdahale grubuna yapılan uygulamalar;

Uygulama 15 Kasım 2019- 13 Mart 2020 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırma tasarımı müdahale grubunda 21 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir fakat pandemi koşulları nedeniyle ziyaret yasağı getirildiği için çalışmaya devam edilememiştir. Araştırmanın dahil edilme kriterlerine uyan 18 hasta yakınına ulaşılmıştır. Hasta yakınının değişmesi (n=1) ve hastanın başka kliniğe nakil olması nedeniyle (n=1) iki hasta yakını süreci tamamlayamamış ve 16 hasta yakını ile çalışma sonlandırılmıştır.

- Anestezi Yoğun Bakım Ünitesi I, II ve III de hasta yatışları takip edilmiştir. Yoğun bakıma ilk yatışı olan, travma, yanık, trafik kazası, düşme, serbrovasküler hastalık gibi aniden gelişen bir durumla ilk kez karşı karşıya kalan hastaların yakınları yatışın üzerinden 24 saat geçtikten sonra çalışmaya dahil edilmiştir.

Bilgiler hasta dosyasından ve hasta yakınından alınmıştır. Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun hastaların yakınları randomizasyon listesine göre çalışmaya alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden hasta yakınlarıyla ortalama 15-20 dk süren tanışma görüşmesi yapılmıştır. Çalışmanın amacı ve içeriği anlatılmıştır. Aydınlatılmış onam formu imzlatılmıştır (EK- 10) *Kişisel Bilgi Formu* (EK-2), *Sıkışmış Hissetme Ölçeği* (EK-3) ve *Durumluk Kaygı Ölçeği* (EK-4) ön test olarak uygulanmıştır. Nicel verileri desteklemek üzere GAS ile kaygı ve sıkışmışlığa ait subjektif veri toplanmıştır. Hastaya ait bilgiler “*KoAK-ADP Hasta Bilgi Formu*” (EK- 7)’na yazılmıştır. Bir sonraki görüşme için randevu alınmıştır. Yoğun bakımda hasta başında uygulanacak protokoller ziyaret saatlerinde yapılmıştır. Ziyaret saati öncesinde bir gün önceden belirlenen saatte yoğun bakım bekleme salonunda, kantinde ve hastane bahçesinde görüşme için uygun olan yerde birinci görüşme yapılmıştır. Görüşmede hasta yakınının ihtiyacına göre KoAK-ADP protokolleri uygulanmıştır. Bakım ilişkilerinin geliştirilmesi (Görüşme Odası) ve Bakımda Varlığını Sunma (Görüşme Odası) Bakımda Varlığını Sunma (Görüşme odası), Kararlara Katılım ve İletişim protokolleri hasta yakınının ihtiyacına ve talebine göre uygulanmıştır. Yoğun bakım ekibi tarafından verilen hasta bilgilendirme toplantısı ziyaret saatinden önce toplantı odasında ya da hasta başında yapılmaktadır. Hasta bilgilendirme toplantısına hasta yakınının izni alınarak beraber girilmiştir. Toplantı sonrası hasta yakınının hastası ile ilgili aldığı bilgiler değerlendirilerek Kararlara Katılım ve İletişim protokolleri hasta yakınının ihtiyacına ve talebine göre uygulanmıştır. Ziyaret saatinde hasta yakınıyla yoğun bakıma birlikte girilmiştir. Yoğun bakım ünitesinde Bakım ilişkilerinin geliştirilmesi (Yoğun Bakım Ünitesi), Bakımda Varlığını Sunma (Yoğun Bakım Ünitesi) protokolleri ve Yoğun bakım ünitesinden çıktıktan sonra içeride hastasıyla geçirdiği süreç Bakım ilişkilerinin geliştirilmesi (Görüşme Odası) ve Bakımda Varlığını Sunma (Görüşme Odası), Kararlara Katılım ve İletişim protokolleri hasta yakınının ihtiyacına ve talebine göre uygulanarak değerlendirilmiştir. Hasta yakını ile her randevuda ziyaret saati öncesinde, hasta bilgilendirme toplantısı sonrasında, yoğun bakım hasta başı ziyareti sonrasında görüşme yapılmıştır. Her gün sonunda “Hasta Yakını

Görüşme Takip Formu” (EK-6) doldurulmuştur. Hasta yakını ile üç gün KoAK-ADP uygulaması devam etmiştir. Son görüşmeden sonra *Sıkışmış Hissetme Ölçeği (EK-3)* ve *Durumluk Kaygı Ölçeği (EK-4)* son test olarak uygulanmıştır. Nicel verileri desteklemek üzere GAS ve “Sizinle yürüttüğümüz bu program hastanızın durumuyla ilgili sizin üzerinizde nasıl bir etki yarattı?” sorusu sorularak kaygı ve sıkışmışlığa ait subjektif veri toplanmıştır.

Kontrol grubuna yapılan uygulamalar;

Araştırma tasarımında kontrol grubunda 21 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir fakat pandemi koşulları nedeniyle ziyaret yasağı getirildiği için çalışmaya devam edilememiştir. Araştırmanın dahil edilme kriterlerine uyan 17 hasta yakınına ulaşılmıştır. Hastanın yaşamını kaybetmesi (n=1) ve hastanın başka kliniğe nakil olması nedeniyle (n=2) üç hasta yakını süreci tamamlayamamış ve 14 hasta yakını ile çalışma sonlandırılmıştır.

AYBÜ I, II ve III de hasta yatışları takip edilmiştir. Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun hastaların yakınları randomizasyon listesine göre çalışmaya alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden hasta yakınlarıyla ortalama 15-20 dk süren tanışma görüşmesi yapılmıştır. Çalışmanın amacı ve içeriği anlatılmıştır. Aydınlatılmış onam formu imzlatılmıştır (EK- 9). Kişisel Bilgi Formu (EK-2), Sıkışmış Hissetme Ölçeği (EK-3) ve Durumluk Kaygı Ölçeği (EK-4) ön test olarak uygulanmıştır. Nicel verileri desteklemek üzere GAS ile kaygı ve sıkışmışlığa ait subjektif veri toplanmıştır. Kontrol grubuna herhangi bir müdahale uygulanmamıştır. Üç gün sonra Sıkışmış Hissetme Ölçeği (EK-3) ve Durumluk Kaygı Ölçeği (EK-4) son test olarak uygulanmıştır. Nicel verileri desteklemek üzere GAS ile kaygı ve sıkışmışlığa ait subjektif veri toplanmıştır.

3.13. Araştırmanın Etik ve Yasal Boyutu

Araştırmanın etik onayı Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’dan (01.11.2017 /644) (EK- 11), kurum izni Akdeniz Üniversitesi Hastanesi’den (EK-14) alınmıştır. Aydınlatılmış onam (EK-9, EK-10) katılımcılardan

alınmıştır. Araştırmanın temellendirildiği Kolaylaştırılmış Anlamlandırma Kuramı için kuramcı Judy E. Davidson ile mail yoluyla görüşülmüş ve izin alınmıştır (EK-12). Araştırmada kullanılacak Sıkışmış Hissetme Ölçeği (EK-3) için gerekli izin alınmıştır. Durumluk Kaygı Ölçeği genel kullanımda olan bir ölçek olduğundan izin alınmamıştır.

3.14. Verilerin Analizi

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için SAS 9.4 paket programı kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan testler Tablo 3.5’ te verilmiştir. Araştırmanın ölçümle belirlenen nicel değişkenleri için tanımlayıcı istatistikler olarak ortalama ve standart sapma, sayımla belirlenen nitel değişkenler için ise tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde şeklinde gösterilmiştir. Kullanılan verilerin öncelikle normal dağılıma uygunluk testleri Shapiro-Wilk testi ile yapılmıştır. Yapılan testler sonucu verilerin normal dağılım göstermediği anlaşılmış ve istatistiksel analizde parametrik olmayan testler kullanılmıştır. İki kategorili değişkenler arasındaki ikili karşılaştırmalarda parametrik olmayan testlerden Mann-Whitney U testi ve üç veya daha fazla kategorili değişkenler arasındaki farklılıkları bulabilmek amacıyla da Kruskal Wallis H testi uygulanmıştır. Ölçeklerin genel ve alt boyut puanlarının ön test ve son test değerlerini karşılaştırmada parametrik olmayan bağımlı grup (eşli) karşılaştırma testlerinden İşaretli Sıra Testi kullanılmıştır. Ölçek ifadelerinin, alt boyutların ve ölçek genel puanlarının ortalama ve standart sapmaları tanımlayıcı istatistik tablosu şeklinde sunulmuştur. Ölçeklerin ve alt boyutlarının güvenirlik katsayılarını hesaplamak için Cronbach alfa katsayısı kullanılmıştır. Ölçek alt boyut ve genel puan ortalamaları arasındaki ilişkiler için korelasyon katsayısı ile hesaplanmıştır. Buna karşılık nitel değişkenler arasındaki ilişkiler Ki-kare analizi ile elde edilmiştir. Çalışmanın tamamında anlamlılık düzeyi olarak 0.05 değeri kabul edilmiştir.

Tablo 3.5. Araştırmada kullanılan testler

İstatistiksel Testler	Değişkenler
Sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma	Tanımlayıcı veriler Kontrol ve müdahale grubu sosyo-demografik verileri
Shapiro-Wilk testi	Müdahale ve kontrol gruplarının normal dağılıma uygunluk testi
Ölçek puan ortalamaları, standart sapma, min-max. değerleri	Müdahale ve Kontrol Grupları Ölçek Değerlendirmesi -Durum Kaygı Ölçeği -Sıkışmış Hissetme Ölçeği Ölçeği
Parametrik olmayan testlerden Mann-Whitney U testi Üç veya daha fazla kategorili değişkenler için Kruskal Wallis H testi Parametrik olmayan bağımlı grup (eşli) karşılaştırma testlerinden İşaretli Sıra Testi	Müdahale ve Kontrol Grupları Öntest -Sontest -Durum Kaygı Ölçeği Öntest -Sontest -Sıkışmış Hissetme Ölçeği Ölçeği Öntest -Sontest
Cronbach alfa katsayısı	Ölçeklerin ve alt boyutlarının güvenirlik katsayılarını hesaplamak için
Ki-kare analizi	Nitel değişkenler arasındaki ilişkiler
Korelasyon katsayısı	Ölçek alt boyut ve genel puan ortalamaları arasındaki ilişkiler

3.15. Araştırmanın Sınırlılıkları /Zayıflıklar

Araştırmanın 15 Kasım 2019- 13 Mart 2020 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Anestezi Yoğun Bakım Ünitesi I, II ve III birimlerinde yapılması ve sadece bu birimlere gelen hastaların özelliklerine uygun hasta yakınları ile çalışmanın yapılması araştırmanın sınırlılıklarıdır.

Yoğun bakım ortamında hasta yakınlarıyla görüşme yapmak için uygun bir ortamın olmaması, pandemi koşullarının ortaya çıkması nedeniyle hasta yakınlarına ulaşamaması çalışmanın zorluklarıdır.

4. BULGULAR

Bu çalışmada kolaylaştırılmış anlamlandırma kuramına temellendirilmiş aile destek programının yoğun bakımda yatan hastaların yakınlarının sıkışmışlık hissine ve kaygı düzeyine etkisi incelenmiştir. Yoğun bakımda yatan hastaların yakınlarının durumluk kaygısına, içsel ve dışsal sıkışmışlık hissine ilişkin bulgular aşağıda sunulmuştur.

4.1. Yoğun Bakımda Yatan Hastaların Yakınlarının Durumluk Kaygısı ve Dışsal-İçsel Sıkışmışlık Hissine İlişkin Bulgular

Müdahale ve kontrol grubundaki hasta yakınlarının durumluk kaygısı ve dışsal-içsel sıkışmışlık hissine ait bulgular Tablo 4.1’de verilmiştir.

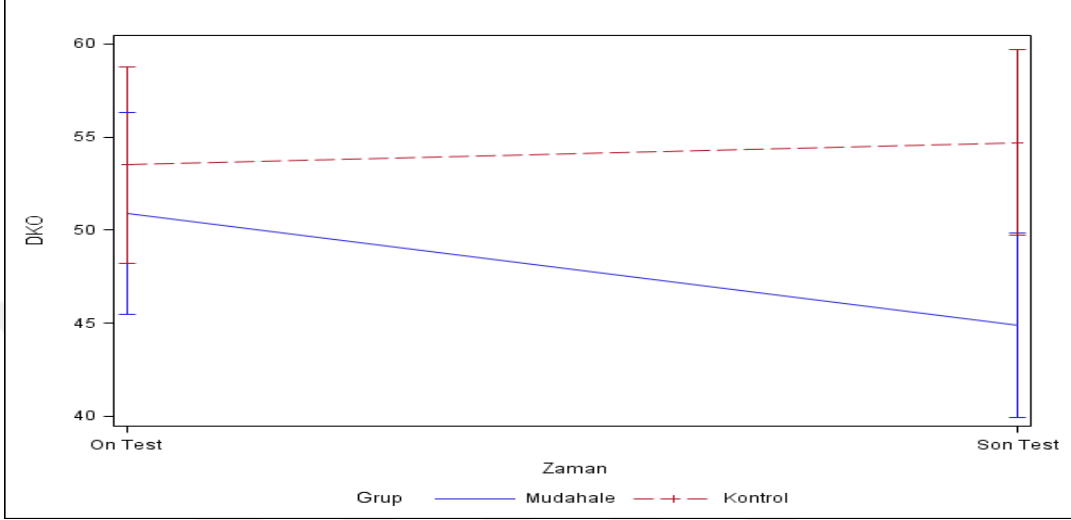
Tablo 4.1. Müdahale ve kontrol grubundaki hasta yakınlarına ait durumluk kaygı ve dışsal- içsel sıkışmışlık hissine ilişkin puan ortalamaları

		Müdahale			Kontrol			U	p
		X ±SS	S	p	X ±SS	S	p		
Durumluk Kaygı Ölçeği	Ön test	50.88±10.18	68	0.0001	53.50±9.16	18.5	0.1587	0.83902	0.35968
	Son Test	44.88±9.29			54.71±8.68			8.35650	0.00384
Sıkışmış Hissetme Ölçeği	Ön test	13.56±13.89	52.5	0.0001	10.79±14.61	12.5	0.0469	1.09542	0.29527
	Son Test	10.69±12.43			11.86±15.02			0.01091	0.91679
İçsel Sıkışmış Hissetme	Ön test	4.00±4.47	18	0.0078	3.57±5.05	1	1.0000	0.46235	0.49653
	Son Test	3.13±4.00			3.64±4.92			0.00046	0.98280
Dışsal Sıkışmış Hissetme	Ön test	9.56±9.76	39	0.0005	7.21±9.70	12	0.0625	0.96726	0.32536
	Son Test	7.56±8.70			8.21±10.25			0.00700	0.93331

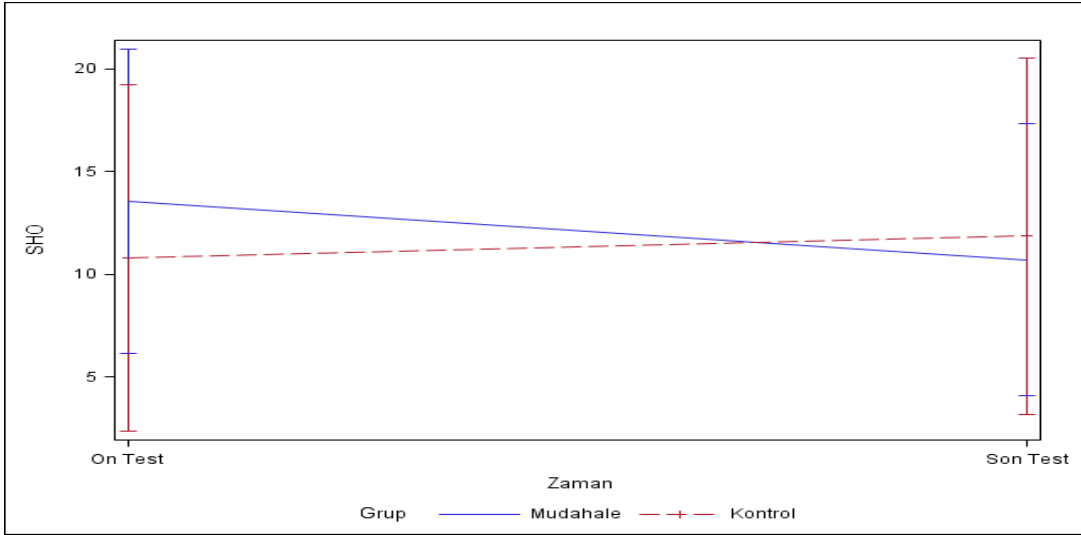
S: İşaretli Sıra Testi, U: Mann-Whitney U testi, p: Anlamlılık

Tabloda görüldüğü gibi, müdahale grubundaki hasta yakınlarının durumluk kaygı son test puan ortalamalarının, ön testten düşük olduğu bulunmuş olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (S=68, p=0.0001). Durumluk kaygı puan ortalamasının müdahale grubunda zamanla azaldığı saptanmıştır (Şekil 7). Müdahale grubunda sıkışmış hissetme ölçeği son test puan ortalamasının ön testten düşük olduğu saptanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlıdır (S=52.5, p=0.0001). Sıkışmış hissetme puan ortalamasının müdahale grubunda zamanla azaldığı saptanmıştır (Şekil 8). Müdahale grubunda içsel sıkışmış hissetme son test puan ortalamalarının ön testten düşük bulunduğu ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu (S=18, p=0.0078) ve

dışsal sıkışmış hissetme son test puan ortalamasının da ön testten düşük bulunduğu saptanmıştır ($S=39$, $p=0.0005$).



Şekil 7. Müdahale ve kontrol grubu durumluk kaygı ölçeği puan ortalamalarının zamana göre değişimi



Şekil 8. Müdahale ve kontrol grubu sıkışmış hissetme ölçeği puan ortalamalarının zamana göre değişimi

Kontrol grubundaki hasta yakınlarının durumluk kaygılarına ait son test puan ortalamalarının ön testten yüksek olduğu saptanmıştır. Bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($S=18.5$, $p=0.1587$) Kontrol grubundaki hasta

yakınlarında sıkışmış hissetme ölçeği son test puanı ön test puanından daha yüksektir ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($S=12.5$, $p=0.0469$). İçsel sıkışmış hissetme ve dışsal sıkışmış hissetme son test puan ortalamalarının kontrol grubundaki hasta yakınlarında ön testten yüksek olduğu fakat bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($S=1$, $p=1.0000$; $S=12$, $p=0.0625$) (Tablo 4.1)

Durumluk kaygı ölçeği ön test puan ortalaması müdahale grubunda kontrol grubuna göre düşüktür ve bu fark anlamlı değildir ($U= 0.83902$, $p=0.35968$). Müdahale grubunda durumluk kaygı ölçeği son test puan ortalaması kontrol grubuna göre düşük bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($U= 8.35650$, $p=0.00384$) (Tablo 4.1).

Sıkışmış hissetme ön test puan ortalaması müdahale grubunda daha yüksek olup bu değer anlamlı olmadığı saptanmıştır ($U= 1.09542$, $p=0.29527$). Sıkışmış hissetme son test puan ortalamasının kontrol grubunda daha yüksek olduğu fakat istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($U= 0.01091$, $p=0.91679$). İçsel sıkışmış hissetme ön test puan ortalamasının kontrol grubunda, son test puan ortalamasının ise müdahale grubunda daha düşük olduğu ve değerlerin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($U= 0.46235$, $p=0.49653$; $U= 0.00046$, $p=0.98280$). Dışsal sıkışmış hissetme son test puan ortalaması müdahale grubunda kontrol grubuna göre daha düşüktür bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($U= 0.00700$, $p=0.93331$) (Tablo 4.1).

Tablo 4.2’de müdahale grubuna ait durumluk kaygı ölçeği ve sıkışmış hissetme ölçeği alt boyutları arasındaki ilişki verilmiştir. Korelasyon katsayısı r ile değerlendirilmiştir. $0 < r < 0.3$ zayıf ilişki gücü, $0.3 < r < 0.7$ orta ilişki gücü, $0.7 < r < 1$ güçlü ilişki gücünü ifade etmektedir.

Tablo 4.2. Müdahale grubu durumluk kaygı ölçeği ve sıkışmış hissetme ölçeği alt boyutları arasındaki ilişki

		Durumluk kaygı ölçeği ön test	Durumluk kaygı ölçeği son test	Dışsal sıkışmış hissetme ön test	İçsel sıkışmış hissetme ön test	Sıkışmış hissetme ölçeği ön test	Dışsal sıkışmış hissetme son test	İçsel sıkışmış hissetme son test	Sıkışmış hissetme ölçeği son test
Durumluk kaygı ölçeği ön test	r p	1.00000							
Durumluk kaygı ölçeği son test	r p	0.94925 <.0001	1.00000						
Dışsal sıkışmış hissetme ön	r p	0.30045 0.2582	0.24032 0.3700	1.00000					
İçsel sıkışmış hissetme ön test	r p	0.41132 0.1135	0.34163 0.1953	0.88859 <.0001	1.00000				
Sıkışmış hissetme ölçeği ön test	r p	0.34363 0.1925	0.27893 0.2955	0.98903 <.0001	0.94659 <.0001	1.00000			
Dışsal sıkışmış hissetme son test	r p	0.24307 0.3644	0.20452 0.4474	0.97917 <.0001	0.88563 <.0001	0.97344 <.0001	1.00000		
İçsel sıkışmış hissetme son test	r p	0.35572 0.1763	0.29110 0.2740	0.90497 <.0001	0.97320 <.0001	0.94948 <.0001	0.90230 <.0001	1.00000	
Sıkışmış hissetme ölçeği son test	r p	0.28459 0.2854	0.23682 0.3772	0.97662 <.0001	0.93307 <.0001	0.98692 <.0001	0.99034 <.0001	0.95336 <.0001	1.00000

Tablo 4.2’ de görüldüğü gibi müdahale grubunda durumluk kaygı ön test ve son test puan ortalamaları arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki saptanmıştır ($r=0.94925$). Sıkışmış hissetme ön test ile son test ($r=0.98692$), içsel sıkışmış hissetme ön test- son test ($r=0.97320$), dışsal sıkışmış hissetme ön test- son test ($r=0.97917$) arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki saptanmıştır. İçsel sıkışmış hissetme ile dışsal sıkışmış hissetme arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki vardır ($r=0.88859$). Sıkışmış hissetme ölçeği ön test puan ortalaması ile dışsal sıkışmış hissetme ön test ($r=0.98903$) ve içsel sıkışmış hissetme ön test ($r=0.94659$); sıkışmış hissetme ölçeği son test puan ortalaması ile dışsal sıkışmış hissetme son test ($r=0.99034$) ve içsel sıkışmış hissetme son test ($r=0.95336$) arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki bulunmaktadır. İçsel sıkışmış hissetme son test ile dışsal sıkışmış hissetme son test arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki bulunmaktadır.

($r=0.90230$). Müdahale grubunda durumluk kaygı ön test ve son test puanları ile sıkışmış hissetme, içsel sıkışmış hissetme ve dışsal sıkışmış hissetme arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 4.3. Kontrol grubu durumluk kaygı ölçeği ve sıkışmış hissetme ölçeği alt boyutları arasındaki ilişki

		Durumluk kaygı ölçeği ön test	Durumluk kaygı ölçeği son test	Dışsal sıkışmış hissetme ön test	İçsel sıkışmış hissetme ön test	Sıkışmış hissetme ölçeği ön test	Dışsal sıkışmış hissetme son test	İçsel sıkışmış hissetme son test	Sıkışmış hissetme ölçeği son test
Durumluk kaygı ölçeği ön test	r p	1.00000							
Durumluk kaygı ölçeği son test	r p	0.95197 <.0001	1.00000						
Dışsal sıkışmış hissetme ön	r p	0.36058 0.2053	0.42772 0.1271	1.00000					
İçsel sıkışmış hissetme ön test	r p	0.38407 0.1752	0.47278 0.0878	0.95882 <.0001	1.00000				
Sıkışmış hissetme ölçeği ön test	r p	0.37209 0.1902	0.44731 0.1088	0.99517 <.0001	0.98207 <.0001	1.00000			
Dışsal sıkışmış hissetme son test	r p	0.39673 0.1602	0.47372 0.0871	0.98685 <.0001	0.96188 <.0001	0.98750 <.0001	1.00000		
İçsel sıkışmış hissetme son test	r p	0.34523 0.2267	0.46010 0.0978	0.95222 <.0001	0.98960 <.0001	0.97409 <.0001	0.95246 <.0001	1.00000	
Sıkışmış hissetme ölçeği son test	r p	0.38405 0.1752	0.47427 0.0866	0.98594 <.0001	0.98115 <.0001	0.99356 <.0001	0.99500 <.0001	0.97813 <.0001	1.00000

Tablo 4.3'te kontrol grubuna ait durumluk kaygı ölçeği ve sıkışmış hissetme ölçeği alt boyutları arasındaki ilişki verilmiştir. Kontrol grubunda durumluk kaygı ön test ve son test arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki saptanmıştır ($r=0.95197$). Sıkışmış hissetme ön test ile son test ($r=0.99356$), içsel sıkışmış hissetme ön test- son test ($r=0.98960$), dışsal sıkışmış hissetme ön test- son test ($r=0.98685$) arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki saptanmıştır. Sıkışmış hissetme ön test puan ortalamaları ile içsel sıkışmış hissetme ön test ($r=0.98207$) ve dışsal sıkışmış hissetme ön test ($r=0.99517$) puan ortalaması arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki bulunmuştur. Benzer şekilde sıkışmış hissetme son test puan ortalamaları ile içsel sıkışmış hissetme son test ($r=0.97813$) ve dışsal sıkışmış hissetme son test ($r=0.99500$) puan ortalamaları arasında da pozitif yönlü güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Kontrol grubunda durumluk kaygı ön test ve son test puanları ile sıkışmış hissetme, içsel sıkışmış hissetme ve dışsal sıkışmış hissetme arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.3)

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada kolaylaştırılmış anlamlandırma kuramına temellendirilmiş aile destek programının, yoğun bakımda yatan hasta ailelerinin sıkışmışlık hissine ve kaygı düzeyine etkisi incelenmiş ve sonuçlar aşağıda tartışılmıştır.

Araştırmamızda müdahale grubundaki hasta yakınlarına KoAK-ADP uygulanmıştır. Bu çerçevede kurama göre yapılandırılmış bakım ilişkilerinin geliştirilmesi, iletişim, bakımda varlığını sunma ve kararlara katılım protokollerindeki aktiviteler uygulanmıştır. Hasta ailelerinin bu süreçte durumu anlama ve anlamlandırma, ortaya çıkan yeni rollerine uyum sağlaması hemşirenin bu programda yaptığı aktivitelerle kolaylaşmıştır.

Kolaylaştırılmış anlamlandırma kuramının hasta yakınlarının bakım sürecine dahil edilmesi sonucunda ekip işbirliğinin artması ve güçlenmesi, aile bütünlüğünün korunması, hasta yakınlarında korku, kaygı ve çaresizlik duygularında azalma ve hasta yakınının bakıma katılımında artış olması beklenmektedir. Aile temelli bir yaklaşımla hasta ve hasta yakınlarının ihtiyaçlarının farkedilerek desteklenmesi sonucunda hastalarda PICS ve hasta yakınlarında PICS-F'nin görülme düzeyinde azalma olması önemli bir çıktıdır. Çalışmamızda KoAK-ADP'nin yoğun bakımda hastası olan hasta yakınlarının kaygı düzeyinde, içsel sıkışmışlık ve dışsal sıkışmışlık hissinde azalma sağladığı saptanmıştır.

Hasta ve ailesi ayrılmaz bir bütündür ve birbirlerine ihtiyaç duyarlar. Aile, hemşirenin bakım görevinin bir parçasıdır. Aile ile olumlu bir ilişki kurmak hastanın güvenini kazanmak kadar önemlidir. Yoğun bakımda yatmak hastaların alışkanlıklarını, sosyal hayatlarını devam ettiremedikleri, sevdiklerinden ve ailelerinden uzak oldukları için yalnızlık duygusu yaşamaktadır (Nural ve Alkan, 2015). Yoğun bakımda yatan hastaların anksiyete ve depresyon yönünden risk altında olduğu, anksiyete depresyon düzeyi arttıkça yoğun bakımda yaşanan olumsuz deneyimlerin arttığı bulunmuştur (Tuna ve ark., 2014). Yoğun bakımda hastaların duygu ve düşüncelerinin ne kadar farkında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada hastaların %72'sinde depresyon, %42'sinde anksiyete riski saptanmıştır. Hastalar yoğun bakım ünitesinde yatmayı

ölümle bağdaştırmakta, hemşirelerin kendilerini dinlemediğini, anlamadığını, konuşmadığını ve daha çok işlere yoğunlaştıklarını belirtmektedirler. Hastaların yaşadıkları bu zorlu süreçte yoğun korku ve endişe yaşadıkları, ölümü düşündükleri saptanmıştır. Hemşirelerin genel ve yüzeysel duyguların farkında oldukları, ancak hastanın derin duygularına ulaşamadıkları ve ele alamadıkları bulunmuştur (Alaca, Yiğit, & Özcan, 2011). Aile merkezli bakımın uygulandığı hastaların iyileşme süreçlerinin olumlu yönde etkilendiği ve yatış sürecinin kısaldığı saptanmıştır (Karimi ve ark. (2017). Hastanın aile bireyleriyle işbirliği yapılmasının hem hasta yakınının (Sadeghi ve ark., 2013), hem de hastaların yaşadığı kaygı düzeyini (Kumsar ve Yılmaz, 2013) düşürdüğü belirtilmektedir. Aile üyelerinin, yoğun bakımda yatan hastalarının bakımına katılmasının hastaları olumlu yönde etkilediği tespit edilmiştir (Black ve ark.,2011). Aile merkezli bakımı temel alan kolaylaştırılmış anlamlandırma kuramı uygulamalarının hasta ve hasta yakınının bir araya gelmesini kolaylaştırarak hastanın iyileşme sürecini ve hasta yakınının da başetme uyumunu olumlu yönde etkilediği görülmektedir.

Kolaylaştırılmış anlamlandırma kuramının hasta ailelerinin yaşadığı belirsizliği azaltarak bilinmeyenı açıklaştırıp aile üyelerindeki kaygı düzeyini ölçülebilir derecede azalttığı saptanmıştır. KoAK-ADP ile hasta yakınlarına uygulanan aile desteği, bilgilendirme, ortam tanıtımı, hasta bilgilendirme toplantısı değerlendirmeleri gibi uygulamalarla hasta yakınlarının belirsizliklerinin giderilmesi amaçlanmıştır. Çalışmamızın sonucunda müdahale grubunun kaygı düzeyinin kontrol grubuna göre düşük bulunması KoAK-ADP'nin etkililiğini göstermektedir. Çalışmamıza benzer olarak hasta yakınlarının kaygı düzeyinin değerlendirildiği randomize kontrollü yapılan bir çalışmada, müdahale grubunda liyezon hemşireliği hizmetlerinden hasta desteği, aile desteği, eğitim, servis personelinin desteği ve transfer desteği şeklinde verilen eğitimin aile üyelerinde kaygı düzeyinin önemli ölçüde azalmasını sağladığı saptanmıştır (Mottaghi et.al., 2022). Yoğun bakımda yatan hasta yakınlarının ruhsal hastalık yönünden riskli olduğu belirlenmiştir. Stresle başa çıkma yöntemleriyle ruhsal hastalık risk düzeyinin ilişkili olduğunun belirlenmesi nedeniyle hasta yakınlarının başa çıkma yöntemlerinin değerlendirilmesi ve güçlendirilmesi önemlidir (Erol, 2019). Hasta yakınlarının memnuniyet düzeyleri arttıkça stresle etkili başa çıkma tarzlarını daha fazla

kullandıkları görülmüştür. Hastaların yakınlarının stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarından etkili başa çıkma tarzı olarak en çok kendi kendine güvenli yaklaşımını, etkisiz başa çıkma tarzı olarak en çok çaresiz yaklaşımını kullandıkları saptanmıştır (İmre ve Özer, 2021). Sıkışmışlık hissi depresyon süreciyle ilişkili bir kavram olarak değerlendirilmektedir. Hasta yakınlarının stresle baş etmelerini kolaylaştırmayı hedefleyen KoAK-ADP sonrası sıkışmışlık hissinin müdahale grubunda daha düşük olduğu saptanmıştır.

Bakım ilişkilerinin geliştirilmesi için Ko-AK- ADP’de hasta yakınlarıyla otantik bakım davranışlarıyla rol model olma, empatik dinleme, amaç ve hedef belirleme, aileyi destekleme ve ekibin bir parçası olarak aileye saygı duyma aktiviteleri yapılmaktadır. Bakım ilişkilerinin geliştirilmesi aileye gereken güvenenin verilmesi açısından önemlidir ve ailelerin başetmelerini kolaylaştırır. Hemşire ile hasta yakını arasındaki ilişkinin baş etmeyi kolaylaştırıcı bir etkisinin olduğu belirtilmektedir. Otantik bakım davranışlarıyla hasta yakını ve hemşire arasında güvene dayalı doğal bir ilişki gelişmesi beklenmektedir. Bu davranış örüntüleri hasta yakınının sürece daha kolay uyum sağlayabilmesi, iyileşmesi, güven duygusunun gelişerek cesaretlenmesini sağlamaktadır. Hemşirelerin hasta yakını ile iletişimde terapötik olarak aktif dinleme, soru sorma, empati, yansıtma, konuya odaklanma, özetleme, plan yapmaya cesaretlendirme, ben dilini daha fazla kullandığı görülmüştür. Hasta yakınları ile iletişimin geliştirilmesinin hasta yakını memnuniyeti üzerine olumlu etkisinin olduğu saptanmıştır (Yalamanoğlu, 2012). Yoğun bakımda hastası olan hasta yakınlarının yüksek anksiyete ve depresyon belirtileri sergilediği, güvenlik ve yakınlık gereksinimlerini yoğun olarak hissettiği belirtilmiştir. Çalışmacılar tarafından güvenlik ve yakınlık gereksinimlerinin anksiyete ve depresyonla ilişkili olduğu, hastasının güvende olduğunu bilen ve yoğun bakım sağlık ekibini kendine daha yakın hisseden hasta yakınlarının, depresyon ve anksiyete düzeylerinin de azalacağı ileri sürülmüştür (Ölçüm ve ark, 2018). Başka bir çalışmada da hasta yakınlarının duygusal destek gereksinimi olduğu belirtilmiştir (Fox et.al.,2005). Yaşadıkları zorlu süreçte hasta yakınlarının kendini ifade etmeye, anlaşılmaya ve aktif bir şekilde dinlenmeye ihtiyacı bulunmaktadır.

Hasta yakınının kararlara katılımını desteklemek için, karar verme sürecindeki katılım ihtiyacını değerlendirme, ekip görüşmelerine katılımı kolaylaştırmak için destekleme, karar verme sürecinde vekil rolünü güçlendirme, tedavi planlarını ve amaçlarını açıklama, aile ile iletişimini sürdürmesi konusunda destekleme aktiviteleri uygulanmaktadır. Aileler günlük hasta vizitlerinde, aile bilgilendirme toplantılarında ve ziyarette karar alma süreçlerine katılma fırsatına sahiptir. Kolaylaştırılmış anlamlandırma kuramına göre, karar verme sürecine katılmak için aileyi bilgilendirmek hemşire sorumluluğundadır ve aileyi tedavi planı hakkındaki tartışmalar sırasında sürece dahil olmaya teşvik eder. Bir üniversite hastanesinin AYBÜ biriminde hasta yakınlarının memnuniyet algısının değerlendirildiği çalışmada, karar verme sürecine katılım ile ilgili memnuniyetin en düşük seviyede olduğu saptanmıştır. Kararlara katılım ile ilgili memnuniyetleri yüksek olan hasta yakınlarının bakımla ilgili memnuniyetleri de yüksek bulunmuştur (Yalçın, Ayyıldız ve Yelken, 2022). Hemşirelerin %42.0'ı hasta hakkında sadece acil durumlarda aile üyelerinden bağımsız olarak karar alınması gerektiğini belirtmiştir. Hemşirelerin %38.4'ü tüm karar alma aşamalarında aile üyelerine danışılması gerektiğini, %19.6'sı ise sağlık bakım ekibinin tüm karar alma süreçlerinde aile üyelerine danışmadan hareket etmesi gerektiğini düşünmektedir (Çakır Özmen ve ark., 2021).

Ko-AK- ADP hasta ve hasta yakınlarıyla etkili iletişimin başlatılması ve sürdürülmesinde çevreyi yeniden kodlama/ anlamlandırma, var olan ve karşılanmamış ihtiyaçlarını değerlendirme, hastası hakkında ekip ile yaptığı görüşmeleri değerlendirme, günlük yazma, süreçte gerekli ekipman ve materyalleri sağlama uygulamalarını içermektedir. Aileler, hastaları yoğun bakımda tedavi görürken sürekli bilgi almak isterler. Yaşadıkları kriz sürecinde kaygı, korku gibi duygular söylenenleri anlama ve anlamlandırma sürecini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu nedenle, ailelerle sık iletişim kurmanın daha iyi olduğu belirtilmektedir. Aile üyelerinin, durumla ilgili zihinlerindeki boşlukları, çarpıtmalar ve yanlış bilgilerle doldurmamaları için sağlık ekibine önemli bir görev düşmektedir. Kolaylaştırılmış anlamlandırma kuramında bilinmeyenin açıklanması aile üyelerindeki kaygı düzeyini ölçülebilir derecede azalttığı belirtilmektedir. Hasta yakınlarının yaşadığı kaygının temelinde hastalarına yeterli düzeyde bakım verilmediğini düşünmeleri yer almaktadır. Bu sorunun temel

nedenlerinden biri ise yeterli bilgi verilmemesidir (Appleyard et.al., 2000). Hasta yakınlarının kaygılarının azaltılmasında yapılan hemşirelik aktivitelerinin önemi büyüktür. Hasta yakını ile kurulan iletişimin açık olması, güven ilişkisinin kurulması, bilgi eksiksiklerinin giderilmesi, soru sormasına ve kendini ifade etmesine izin verilmesi, hasta bakımı konusunda desteklenmesi gibi temel bakım aktiviteleri kaygı ve sıkışmışlık duygularını azaltmada etkili olabilmektedir. Hasta yakınlarıyla açık ve dürüst bir iletişim kurulmasının bakım memnuniyetini etkilediği belirtilmiştir (Midega et.al.,2019). Hasta yakınlarının hemşirelerden en yüksek beklentisi hastalığın gidişi hakkında bilgi vermesi ve ekibe isteği zaman soru sorabilme güveni vermesidir (Gündoğan ve Adile, 2022). Hasta yakınları için en önemli gereksinimin hastasının iyileşme şansını bilme, günde bir kez olsun hastanın durumuna ilişkin bilgi verilmesi olduğu saptanmıştır (Karahan, Akın ve Çelik, 2020). Hasta yakınlarına günde üç defa bilgi vermenin ekip ile güven ilişkisini güçlendirdiği ve hasta yakınlarının kaygı ve depresyon oranlarının düşmesini sağladığı belirlenmiştir (Ünal Kantekin ve ark., 2019). Yoğun bakım ünitesinde yatan hasta yakınlarının gereksinimleri hastalarının güvende olduğunu bilmek, hastasına yakın olmak ve sağlık ekibinden bilgi alabilmek olduğunu belirtilmiştir (Coşkun ve Kol, 2021). Hasta yakınlarının öncelikli beklentilerinden biri “yeterli ve dürüst bilgi alma” şeklinde belirtilmiştir (Barış ve Karabacak, 2013). Yoğun bakımda hastası olan aile bireylerinin gereksinimlerinin karşılanması ile memnuniyet düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmada güven, bilgi ve yakınlık gereksinimlerinin karşılanmasının hasta yakınlarının bakımdan memnuniyetini etkilediği saptanmıştır (Öztürk ve Cerit, 2021). Hasta bakımında aile ile iletişim kurmak, bilgi ve destek vermek bütüncül hemşirelik bakımı çerçevesinde yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşireler tarafından yürütülmektedir (Taşdemir ve Özşaker, 2007). YBÜ memnuniyeti için yapılan değerlendirmede hasta yakınlarının %72’si yeterli bilgilendirme yapıldığını, %70’i yapılan işlemlerin içeriğinin yeterli anlatıldığını bildirmişlerdir. (Tokur ve ark,2016)

Ko-AK- ADP’de hasta yakınının hastası hakkında ekip ile yaptığı görüşmeleri değerlendirme aktivitesi uygulanmaktadır. Hemşireler, hasta yakınlarına doktor ya da diğer ekip üyeleri tarafından verilen bilgilerin hasta yakınları tarafından yeniden yorumlanmasına yardımcı olur. Hasta yakınlarının gereksinimleri ile ilgili yapılan bir

çalışmada hasta yakınları ekip tarafından bilgilendirmeyi istediğini ancak hemşire ve doktorların yaptıkları açıklamayı anlamakta zorlandıklarını ve onlara ulaşmanın zor olduğunu ifade etmişlerdir (Yang, 2008). Hemşire ve hasta yakını ilişkisinde terapötik iletişimin önemini değerlendiren bir çalışmada hemşirelerin terapötik iletişim tekniklerinden “bilgi verme” tekniği kapsamında katılımcıların dörtte biri bilgi verme işinin doktorun sorumluluğu olduğunu belirterek bilgi vermekten kaçındıklarını belirtmiştir. Katılımcıların yarıya yakını destekleyici geri bildirim vermediğini, hastanın durumuyla ilgili bilgilerin doktor tarafından verilmesi gerektiğini söylemiştir (Güz ve Demir Yaleze, 2019). Nörosirürji yoğun bakım biriminde yatan hasta yakınlarının bilgi verme, hasta bakımına katılımı destekleme alanlarında beklentilerinin karşılanmadığını belirtmişlerdir (Kaya ve ark., 2006). Her kurumun hasta yakınlarını bilgilendirme politikası farklılık gösterebilmektedir. Çalışmamızı uyguladığımız birimde hasta bilgilendirmeleri hekim tarafından yapılmaktadır. Ko-AK- ADP ile hasta bilgilendirme toplantılarına hasta yakını ile katılmak ve toplantı sonrası değerlendirme yaparak anlaşılmayan konuları netleştirmek hasta yakınlarının kaygı düzeyine olumlu etki yapmaktadır.

Yoğun bakım ortamını tanımak, aile üyelerinin bilgi ihtiyaçlarını fark etmek ve onları gidermek, Kolaylaştırılmış Anlamlandırma Kuramına göre hemşirenin hasta yakınları için uyguladığı bakım faaliyetlerindendir. Hastalar ve hasta yakınları için yoğun bakım ortamı yabancı ve belirsizliklerle dolu bir ortamdır. Bu belirsizliğin giderilmesinde bilgilendirme ve ortam tanıtımı önemli yer tutmaktadır. Yapılan bir çalışmada hasta yakınlarının kullanılan cihazlarla ilgili bilgi alma konusunda hemşirelerden beklentilerinin yüksek olduğu (Gündoğan ve Adile, 2022) benzer olarak başka bir çalışmada da hasta yakınlarının kullanılan cihazlar konusunda bilgi alma gereksinimi olduğu saptanmıştır (Kaya ve ark., 2006). KoAK-ADP aktivitelerinden biri hastanın bağlı olduğu araç ve ekipmanların hasta yakınlarına açıklanmasıdır. Hasta yakınlarına verilen yoğun bakım ünitesi ekipman eğitiminin kaygı düzeylerine etkisinin araştırıldığı çalışmada ön test- son test düzeninde değerlendirilme yapılmıştır ve verilen eğitimin hasta ailesinin kaygı düzeylerini anlamlı ölçüde düşürerek yararlı olduğu saptanmıştır (Sayar, 2019).

Hasta yakınının bakımda varlığını sunması ve katılımı için Ko-AK- ADP ailenin varlığını içtenlikle karşılama, hastasının bakım aktivitelerine katılımı konusundaki isteğini değerlendirme, hastasının bakım aktivitelerine katılımını destekleme ve öğretme, tedavi planına dahil etme, bakım sürecinde önerilerde bulunma aktivitelerini içermektedir. Bakım aktivitelerine katılmaları hastalarının durumunu kabullenmelerini ve içinde bulundukları durumu yeniden anlamlandırmalarını sağlamaktadır. Yoğun bakımda yatan hasta ailelerinin bakıma katılımı Kolaylaştırılmış Anlamlandırma Kuramının standart bir unsuru olarak sunulmalıdır. Hasta ailelerinin bakıma katılması çaresizlik duygusunu azaltmaya yardımcı olur. Hasta yakınlarının hastaları için bir eylemde bulunması ve bir amacının olması zor olan durumla başetmelerine yardımcı olur. Kritik hastası olan bir aile üyesi yeni rolüne uyum sağlamak için hangi eylemleri gerçekleştirebileceğini öğrenmesi gerekmektedir. Bunun, hemşire tarafından desteklenmesi ve öğretilmesi önemlidir. Bakıma nasıl katılacağını anlatmak, bilinmeyen korkusunun azalmasına katkı sağlamaktadır. Yoğun bakım hemşirelerinin yaklaşık üçte biri, eğitim amacıyla aile üyelerini hasta bakımına katmayı istemektedirler. Hemşirelerin %79.1'i aile üyesini bakıma katmanın sonucu olarak hastanın ankiyetesinin azaldığını, %80.9'u aile üyesinin hasta hakkında daha fazla bilgi sahibi olduğunu belirtmektedir (Çakır Özmen ve ark., 2021). Başka bir çalışmada ailelerin yoğun bakım ünitesindeki bakıma katılım konusunda istekli olduğu ve yoğun bakım personelinin de bakıma katılma koşunda aileleri desteklediğini bulmuşlardır (Garrouste-Orgeas et.al.,2010).

Hastası bilinçli olan hasta yakınlarının hastası ile vakit geçirmelerine izin verilmesi konusunda beklentisi yüksektir (Ören, 2018). Hasta yakınlarıyla yapılan bir çalışmada, ailelerin hastalarıyla vakit geçirme ve bakımlarına katılma beklentilerinin karşılanmadığı belirlenmiştir (Barış ve Karabacak, 2013). Aile üyelerini bakıma katmayan hemşirelerin hastane prosedürünün izin vermemesi nedeni ile aile üyesini bakıma katmadığı bildirilmiştir. Aile üyesini bakıma katmak istemeyen hemşirelerin hasta anksiyetesini artırdığı ve hemşire ile aile üyesi arasındaki ilişkinin profesyonel ilişkiden sosyal ilişkiye geçtiği düşüncesi ile aile üyelerini bakıma katmak istemediği belirlenmiştir (Çakır Özmen ve ark., 2021).

KoAK- ADP’de bilinci açık olmayan hasta ile uykudaymış gibi konuşmaya teşvik edilmesi bakımında varlığını sunma aktivitelerindendir. Bilinci kapalı olan hasta yakınları hastalarını ziyaret konusunda sıkıntı yaşadıklarını belirtmiştir (Koyuncu ve ark., 2016). Hasta yakınlarının bilinçsiz hastalar iletişim kuramayacağından hasta yakınlarının hastalarını ziyaret etme konusunda istekli olmadığı belirtilmiştir (Ören, 2018). Hasta yakınlarıyla yapılan nitel bir çalışmada bir hasta yakınının *“bence hiç içeriye hasta alınmayacak, doktorlar çıkacak hasta yakınına diyecek ki, işte senin hastan, bu, bu, bu, böyle, şöyle, ben şimdi oraya gidip te nıpyom, gidiyom hastanın başında dikiliyom, konuşmuyor etmiyor, normal bi koğuş değil, yoğun bakım, başında dikil dikil çık, dikil dikil çık. Sabah dikil, akşam dikil, ...”* (Baykal ve Tütüncü, 2017) ifadeleri hasta yakınlarının bilinci kapalı hasta ile iletişim konusunda yeterli bilgilendirilmediğini göstermektedir. Kolaylaştırılmış Anlamlandırma Kuramına göre hasta yakınlarının bu yönde bilgilendirilerek teşvik edilmesi hem hasta hem de hasta yakını için yararlı olmaktadır. Ailelerin bakıma katılmasına izin vermek yeterli değildir. Bununla birlikte gelişlerini memnuniyetle karşılamak ve aktif katılımlarını desteklemek, ailelerin korku ve endişelerini dinlemek için uygun bir ortam yaratmak önemlidir. Hasta yakınlarına hastasına yaklaşırken korkmaması gerektiği, hasta ile iletişimde sözel ve dokunma ile iletişimin daha etkili olacağı yönünde bilgilendirme yapılan hasta yakınlarının hastalarına yaklaşımlarında korku ve kaygılarının azaldığı gözlemlenmiştir (Efil, Kurucu ve Eser, 2011). KoAK- ADP ile hasta yakınlarının bakım aktivitelerine katılımını desteklemek için görüşmeler yapılarak hasta yakınının hazıroluşluğu değerlendirmektedir. Hasta yakınının sınırları çerçevesinde hastasına uygulanan bakım aktivitesi sonrasında hasta yakınlarının kendilerini işe yaramış hissettiklerini ve hastası için birşey yapmanın mutluluğunu yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Hasta yakınları için ziyaretin öne çıkan gereksinimlerinden olduğu (Fox et.al.,2005), esnek yoğun bakım ziyaret saatlerinin aile üyelerinin memnuniyetini artırma potansiyeline sahip olduğu (Nassar Junior ve diğerleri, 2018) belirtilmiştir. Hasta ziyareti ile ilgili yapılan bir çalışmada hastane idaresinin yoğun bakım ziyaretlerini yasaklamasına karşın yoğun bakım çalışanlarının kısa sürelerle hasta ziyaretine izin verdiği belirtilmiştir (Torun, Kadıgölu ve Öztunç, 2012). Bir üniversite hastanesinin anestezi yoğun bakım biriminde hasta yakınlarının memnuniyet algısının

değerlendirildiği çalışmada, istedikleri zaman hastalarını görebilme ile ilgili memnuniyetin en düşük seviyede olduğu saptanmıştır (Yalçın, Ayyıldız ve Yelken, 2022). Hasta ziyaretlerinin kurum politikasına göre değişim göstermekte olduğu görülmektedir. Hasta özellikleri, hastane koşulları gibi nedenlerle ziyaret sıklığı değişebilmektedir. Hasta yakınlarının hastasını görme, dokunma ve iletişim kurma gereksinimleri literatürde belirtilmiştir. Gerekli hijyen önlemleri alınarak kısa bir zaman dilimini hem hasta hem de hasta yakını için yararlı hale getirmek iyileşme ve bəşetme süreçlerini olumlu yönde etkileyebileceğini söyleyebiliriz.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde KoAK-ADP'nin uygulandığı araştırmanın sonuç ve önerileri yer almaktadır. KoAK-ADP'nin yoğun bakımda hastası olan hasta yakınlarının sıkışmışlık hissine ve kaygı düzeyine etkisinin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Kolaylaştırılmış anlamlandırma kuramına temellendirilmiş aile destek programının yoğun bakım hasta yakınlarının içsel sıkışmışlık hissini azaltmada etkili olduğu
- Kolaylaştırılmış anlamlandırma kuramına temellendirilmiş aile destek programının yoğun bakımda hastası olan hasta yakınlarının dışsal sıkışmışlık hissini azaltmaya etkisi olduğu,
- Kolaylaştırılmış anlamlandırma kuramına temellendirilmiş aile destek programının yoğun bakımda hastası olan hasta yakınlarının durumluk kaygılarını azaltmaya etkisi olduğu saptanmıştır.

Öneriler

- Araştırma kapsamında hazırlanan KoAK-ADP protokollerinin yoğun bakım hasta yakınlarına uygulanması
- Yoğun bakım ünitelerinde hastası olan hasta yakınlarının baş etme süreçlerini desteklemek için destek sisteminin oluşturulması
- Farklı hasta gruplarındaki hasta yakınlarına KoAK-ADP'nin uygulanması ve sonuçlarının bu çalışma ile karşılaştırılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Abrao FMDS, Santos EFD, Araújo RAD, Oliveir RCD & Costa AMD. Feelings of patients while staying in intensive care unit. journal of nursing Ufpe/Revista De Enfermagem Ufpe. 2014;8(3).
2. Alaca Ç, Yiğit R, & Özcan A. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların hastalık sürecinde yaşadığı deneyimler konusunda hasta ve hemşire görüşlerinin karşılaştırılması. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi.2011; 2(2), 69-74.
3. Alfheim HB, Hofso K, Smastuen MC, Toien K, Rosseland LA, Rustoen T. Post-traumatic stress symptoms in family caregivers of intensive care unit patients: a longitudinal study. Intensive Crit Care Nurs. 2019; 50:5–10.
4. Akbal Ergün Y, Demir H, Sağnak N. Yoğun bakım hemşirelerinin görev tanımları ile ilgili çalışma. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2007;11(2):102-113.
5. Aksoy B. Örgütsel Analizde Alternatif Bir Bakış Açısı: Karl Weick ve Anlam Yaratma. Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi. 2014; (29): 42-63.
6. Akün E. Yapısal aile sistemleri kuramı bağlamında ergenlik döneminde aile yapısı ve ergenlik dönemi sorunları. Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih Coğrafya Fakültesi Dergisi. 2013; 53(1): 85-116.
7. Albert RK, Slutsky A, Ranieri M, Takala J, Torres A. Clinical Critical Care Medicine. Çeviren: Akpir K, Tuğrul S. Klinik Yoğun Bakım. İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul; 2009.
8. Anderson WG, Arnold RM, Angus DC & Bryce CL. Passive decision-making preference is associated with anxiety and depression in relatives of patients in the intensive care unit. Journal of critical care. 2009; 24(2), 249-254.

9. Appleyard ME, Gavaghan SR, Gonzalez C, Ananian L, Tyrell R, Carroll DL. Nurse-coached intervention for the families of patients in critical care units. *Crit Care Nurse*. 2000;20(3), 40-8.
10. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Lemaire F, Mokhtari M, Le Gall J, et al. Meeting the needs of intensive care unit families. *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine*. 2001; 163:135–139.
11. Bahçıvan G, Sütçüççek H, Özcan CT. Yoğun bakımda yatan hasta ve yakınlarıyla iletişim. *İç Hastalıkları Dergisi*.2011; 18:117- 122.
12. Barış N, Karabacak Ü. Yatarak tedavi gören hastaların yakınlarının hemşirenin rolünü algılamaları. *Clinical and Experimental Health Sciences*. 2013; 3(3): 131-137.
13. Baykal D, Tütüncü SK. Yoğun bakımdaki sağlık çalışanlarının hasta yakınlarıyla olan iletişiminin araştırılması. *IGUSABDER*.2017; 1: 33-47.
14. Besey Ö & Dağcı S. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin karşılaştıkları sorunlar. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2021; 24(3), 170-183.
15. Birtürk. A. 12 Haftalık Rekreatif Etkinliklerin Seviye Belirleme Sınavına Girecek İlköğretim Öğrencilerinin Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeyine Etkisi. Kocaeli Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014. Kocaeli.
16. Black P, Boore JRP, Parahoo K. The effect of nurse-facilitated family participation in the psychological care of the critically ill patient. *J Adv Nurs*. 2011;67(5),1091-1101.

17. Coşkun H, & Kol E. (2021). Yoğun bakım ünitesinde hastası yatan aile üyelerinin gereksinimlerinin belirlenmesi. *Journal of Education & Research in Nursing/ Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2021; 18(1).
18. Davidson JE, Jones C, Bienvenu OJ. Family response to critical illness: postintensive care syndrome-family. *Crit Care Med*. 2012; 40:618–24.
19. Day A, Haj-Bakri S, Lubchansky S, Mehta S. Sleep, anxiety and fatigue in family members of patients admitted to the intensive care unit: a questionnaire study. *Crit Care*. 2013; 17: R91.
20. Davidson, JE. Facilitated sensemaking: a strategy and new middle- range Theory to support families of intensive care unit patients. *Critical Care Nurse*. 2010; 30(6):28-39
21. Davidson JE, Daly BJ, Agan D, Brady NR, Higgins PA. Facilitated sensemaking: a feasibility study for the provision of a family. *Crit Care Nurs Q*. 2010; 33(2):177-89.
22. Davidson JE, Harvey MA. Patient and family post-intensive care syndrome. *AACN Advanced Critical Care* 2016; 27(2):184-186.
23. Davidson J, Powers K, Hedaya TK, Tieszen M, Kon A, Shepard E, et al. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004–2005. *Crit Care Med*. 2007; 35(2):605–622.
24. Davidson JE, Zisook S. Implementing family-centered care through facilitated sensemaking. *AACN Adv Crit Care*. 2017; 28(2):200-9.
25. Dedeli Ö, Akyol AD. Yoğun bakım hastalarında psikososyal sorunlar. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2008; 12(1-2):26-32.

26. Efil S, Kurucu NM, Eser O. Beyin cerrahi yoğun bakımında takip edilen hastaların hasta yakını ziyaret sıklığının ve hemşire ile olan iletişimin hastanın iyileşmesine etkisi. Kocatepe Tıp Dergisi. 2011;12(3):151-5.
27. Eklind S, Olby K, & Akerman E. The intensive care unit diary—A significant complement in the recovery after intensive care. A focus group study. Intensive and Critical Care Nursing. 2023; 74, 103337.
28. Erdal Ç, Tunalı Y, Dilmen ÖK, Akçıl FE, Yentür E, Bahar M. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların yakınlarının memnuniyetinin değerlendirilmesi. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi. 2013; 11: 64-71.
29. Erol D. Yoğun Bakımda Yatan Hastaların Yakınlarının Ruhsal Sağlık Durumlarının ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi. Doğu Akdeniz Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2019, Kıbrıs.
30. Eskandari Haris Z, Heravi-Karimooi M & Zayeri F. (2023). Anxiety, depression and stress in family members of patients admitted to the intensive care units. Payesh. 2023; 22(4), 403-413.
31. Fortunatti CP & Silva NR. Families on adult intensive care units: Are they really satisfied? Australian Critical Care. 2018; (31):318- 324.
32. Fox SM, El-Masri MM, Williamson KM. Family perceptions of nurses' roles toward family members of critically ill patients: A descriptive study. Heart & Lung. 2005; 34(5):335-344.

33. Garrouste-Orgeas M, Willems V, Timsit JF, et al. Opinions of families, staff, and patients about family participation in care in intensive care units. *J Crit Care.* 2010; 25:634-40.
34. Gries CJ, Engelberg RA, Kross EK, Zatzick D, Nielsen EL, Downey L, et al. Predictors of symptoms of posttraumatic stress and depression in family members after patient death in the ICU. *Chest.* 2010; 137:280–7.
35. Grant S, Mayo-Wilson E, Montgomery P, Macdonald G, Michie S, Hopewell S. & Moher D. CONSORT-SPI 2018 explanation and elaboration: guidance for reporting social and psychological intervention trials. *Trials.*2018; 19(1), 1-18.
36. Gilbert P, Gilbert J. Entrapment and arrested fight and flight in depression: An exploration using focus groups. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice.* 2003;76, 173–188
37. Gilbert P, Allan S. The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: An exploration of an evolutionary view. *Psychological Medicine.*1998; 28(3):585-598
38. Griffiths AW, Wood AM, Maltby J, Taylor PJ, Tai S. The prospective role of defeat and entrapment in depression and anxiety: A 12-month longitudinal study.*Psychiatry Research.* 2014;216: 52–59.
39. Gündoğan R & Adile N. Yoğun bakım hastası olan hasta yakınlarının hemşirelerden beklentilerinin belirlenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi.*2022; 26(1), 9-17.
40. Gurbuz H & Demir N. Anxiety and Depression Symptoms of Family Members of Intensive Care Unit Patients: A Prospective Observational Study and the Lived Experiences of the Family Members. *Avicenna Journal of Medicine.* 2023;13;89-96

41. Güz H & Yaleze HD. Sağlık iletişimi bağlamında hemşire-hasta yakını ilişkisinde terapötik iletişim kullanımı ve duygusal zeka üzerine bir analiz. Kurgu, IV. Sağlık İletişimi Sempozyumu Özel Sayısı.2019; 27(3), 27-52.
42. Harrison L, Nixon G. Nursing activity in general intensive care. J Clin Nurs. 2002 ;11: 158-67.
43. Heradstveit SH, Larsen MH, Solberg MT & Steindal SA. Critical care nurses' role in the decision-making process of withdrawal of life-sustaining treatment: A qualitative systematic review. Journal of Clinical Nursing. 2023; 00:1–16.
44. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. T.C. Resmi Gazete, 27910, 19 Nisan 2011. Erişim Tarihi: 01 Ağustos 2023. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>
45. Hickman RL, Douglas SL. Impact of Chronic Critical Illness on the Psychological Outcomes of Family Members. AACN Adv Crit Care.2010; 21(1): 80–91.
46. Hwang DY, Yagoda D, Perrey HM, Currier PF, Tehan TM, Guanci M, ... & Rosand J. Anxiety and depression symptoms among families of adult intensive care unit survivors immediately following brief length of stay. Journal of critical care, 2014; 29(2), 278-282
47. Hintistan S, Nural N, Öztürk H. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların deneyimleri. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi.2009;13(1):40-46.
48. Inoue S, Hatakeyama J, KondoY, Hifumi T, Sakuramoto H, Kawasaki T & Nishida O. Post-intensive care syndrome: its pathophysiology, prevention, and future directions. Acute medicine & surgery. 2019; 6(3), 233-246.

49. İmre A & Özer Z. Yoğun bakım ünitelerinde hasta yakınlarının memnuniyet düzeyleri ve stresle baş etme tarzlarının değerlendirilmesi. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi.Yüksek Lisans Tezi ,2016, İstanbul.
50. Jensen HI, Downey L, Koopmans M, Curtis JR, Engelberg RA, Gerritsen RT. Family ratings of ICU care. Is there concordance within families?. J Crit Care. 2020 ; 55:108–115.
51. Johnston ML & Cowman S. An examination of the services provided by psychiatric consultation liaison nurses in a general hospital. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2008; 15, 500–507.
52. Karahan E, Akın N, Çelik S. Yoğun bakımda yatan hastaların deneyimleri ve aile gereksinimlerinin incelenmesi. ADYÜ Sağlık Bilimleri Dergisi.2020;6(2):140-149
53. Karimi V, Hanifi N, Bahraminezhad N, Faghihzadeh S. Impact of family-centered orientation program on hemodynamic indices and hospitalization duration in coronary artery. Medsurg Nursing. 2017;5(4):15-21.
54. Kaya H, Bolat S, Turan Y, Şendir M, Acaroğlu R. Nöroşirürji yoğun bakım ünitesinde hastası olan aile üyelerinin hemşirelerden beklentileri ve memnuniyet durumu. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2006;14(57):87-97.
55. Kentish-Barnes N, Chaize M, Seegers V, et al. Complicated grief after death of a relative in the intensive care unit. Eur Respir J. 2015; 45:1341–1352
56. Kim SJ, Park K & Kim K. Post-intensive care syndrome and health-related quality of life in long-term survivors of intensive care unit. Australian Critical Care. 2023; 36(4), 477-484.

57. Kocaman N. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği ve rolü nedir? Anadolu hemşirelik ve sağlık bilimleri dergisi.2005; 8(3), 107-118.
58. Koyuncu A, Eti Aslan F, Yava A, Çınar D, Olgun N. Kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesinde tedavi gören terminal dönemdeki hastaların yakınlarının hasta ziyaretinden beklentileri. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi. 2016;24(1):68-75.
59. Köse I, Zincircioğlu Ç, Öztürk YK., Çakmak M, Göldoğan EA, Demir HF., ... & Gonullu M. Factors affecting anxiety and depression symptoms in relatives of intensive care unit patients. Journal of intensive care medicine.2016; 31(9), 611-617.
60. Kumsar AK, Yılmaz FT. Yoğun bakım ünitesinin yoğun bakım hastası üzerindeki etkileri ve hemşirelik bakımı. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2013;10(2):56-60.
61. Lautrette A, Darmon M., Megarbane B, et al: A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. N Engl J Med. 2007; 356:469–478
62. Lin Q, Dong F, Xue Y, Yu Q, Ren J & Zeng L. Predictors of posttraumatic growth of the family members of neurosurgical intensive care unit patients: A cross-sectional study. Intensive and Critical Care Nursing. 2022; 68, 103134.
63. Liang Y, Li J, Pan W. Family satisfaction in the intensive care unit: The influence of disease severity, care relationship, patient anxiety and patient pain. Intensive Crit. Care Nurs. 2021; (63):102995.

64. Lukmanulhakim L & Syukrowardi DA. The effects of spiritual counseling on the anxiety level of patient's family at the intensive care unit (ICU) of dr. Dradjat Prawiranegara Hospital in Serang, Banten Province, Indonesia. *Belitung Nursing Journal*. 2018; 4(4), 403-410.
65. Marriner-Tomey A, Alligood MR. *Nursing Theorists and Their Work*. 5th ed. St Louis, MO: Mosby; 2002.
66. Maxwell KE, Stuenkel D & Saylor C. Needs of family members of critically ill patients: a comparison of nurse and family perceptions.. *Heart Lung*, 2007; (36): 367-376.
67. Midega TD, Oliveira HSB, Fumis RRL. Satisfaction of family members of critically ill patients admitted to a public hospital intensive care unit and correlated factors. *Rev Bras Ter Intensiva* .2019; 31(2), 147-55.
68. Mills JH, Thurlow A, Mills AJ. Making sense of sensemaking: the critical sensemaking approach, *Qualitative Research in Organizations and Management: An International Journal*.2010; 5(2): 182-195
69. Mitchell M, Courtney M. Reducing family members' anxiety and uncertainty in illness around transfer from intensive care: an intervention study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2004; 20:223–231.
70. Mitchell M, Dwan T, Takashima M, et al. The needs of families of trauma intensive care patients: A mixed methods study. *Intensive Critical Care Nursing*. 2019;50:11-20.
71. Mitchell ML, Courtney M, Coyer F. Understanding uncertainty and minimizing families' anxiety at the time of transfer from intensive care. *Nurs Health Sci*. 2003;5(3):207–17.

72. Mottaghi K, Hasanvand S, Goudarzi F, Heidarizadeh K, Ebrahimzadeh F. The role of the ICU liaison nurse services on anxiety in family caregivers of patients after ICU discharge during COVID-19 pandemic: A randomized controlled trial. *BMC Nurs.* 2022; 21(1):253.
73. Myers EA, Smith DA, Allen SR, Kaplan LJ. Post-ICU syndrome: rescuing the undiagnosed. *JAAPA* .2016;29:34–7.
74. Naef R, von Felten S, & Ernst, J. Factors influencing post-ICU psychological distress in family members of critically ill patients: a linear mixed-effects model. *BioPsychoSocial Medicine.* 2021; 15,1-9.
75. Nassar Junior AP, Besen BAMP, Robinson CC, Falavigna M, Teixeira C, Rosa RG. Flexible versus restrictive visiting policies in ICUs: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care Med.* 2018;46 (7):1175-1180
76. Needham DM, Davidson J, Cohen H, Hopkins RO, Weinert C, Wunsch H, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholder's conference. *Crit Care Med.* 2012;40 (2):502-9.
77. Netzer G, Davidson JE. Creating patient-and family-focused care in the intensive care unit. Editörler; Zimmerman DL, Osborn-Harrison DG. *Person-focused healthcare management* New York: Springer.2017; p. 39-62.
78. Nural N, Alkan S. Mekanik ventilasyonda olan hastalarla iletişim: olgu sunumları. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi.*2015; 18(1), 29-34.
79. Ölçüm Hİ, Özşen K, Diken Aİ, Yazla E, Karadere ME. Kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım birimlerinde hasta yakınının gereksinimleri: anksiyete ve depresyon ile ilişkisi. *Yoğun Bakım Dergisi.* 2018; 9 (3), 63-7.

80. Ören B. Yoğun bakım hasta yakınlarının hemşirelerinden beklentileri ve etkileyen faktörler. HSP. 2018; 5(2): 217-226.
81. Özcan A. Hemşire-hasta ilişkisi ve iletişim. Sistem Ofset Baskı, Ankara; 2006
82. Özgürsoy BN, Akyol AD. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların ailelerinin gereksinimleri. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2008;12(1-2):33-38
83. Özmen GÇ, Bulut E, Çilingir D, Güven, B & Müezzinoğlu, M. Yoğun bakım hemşirelerinin aile merkezli bakıma ilişkin tutumları. Türk Hemşireler Derneği Dergisi. 2021; 2(2), 27-40.
84. Öztürk E& Cerit B. Yoğun bakımda hastası olan aile bireylerinin gereksinimlerinin karşılanması ile memnuniyet düzeyleri arasındaki ilişki. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi. 2021; 9(1), 55-70.
85. Petersson JS, Bredow, TS. Middle Range Theories: Application to Nursing Research. Philadelphia: Lippincott; 2013
86. Pochard F, Darmon M, Fassier T, Bollaert PE, Cheval C, Coloigner M, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study. Journal of Critical Care. 2005;20:90–96.
87. Pochard F, Darmon M, Fassier T, et al; French FAMIREA study group. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study. J Crit Care. 2005; 20:90–96
88. Pochard F, Azoulay E, Chevret S, et al; French FAMIREA Group .Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: Ethical

hypothesis regarding decision-making capacity. Crit Care Med. 2001; 29:1893–1897

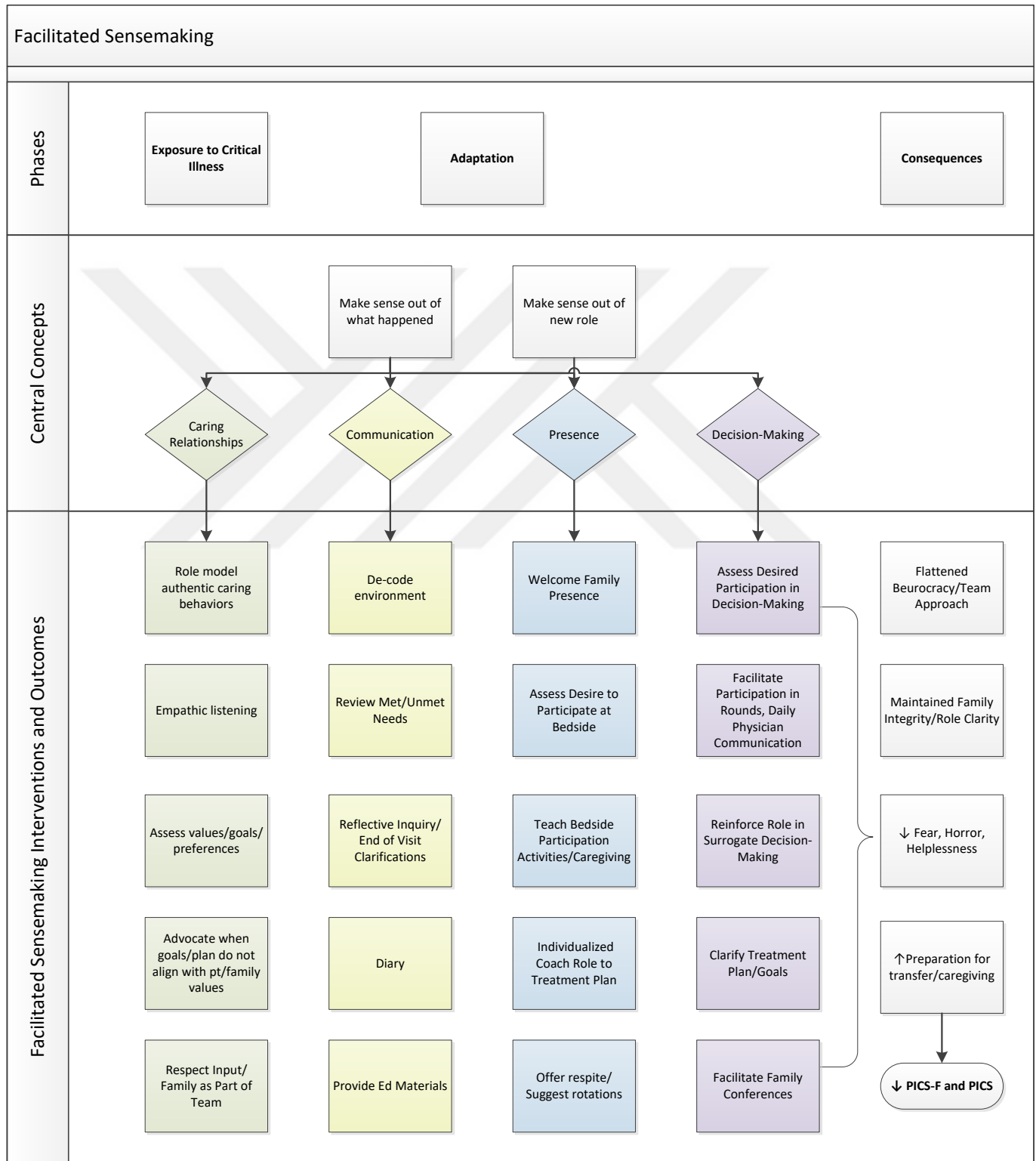
89. Sayar G. Yoğun bakım ünitesi ekipmanları ile ilgili eğitimin hasta yakınlarının kaygı düzeyine etkisi. Marmara Üniversitesi, Doktora Tezi, 2019, İstanbul.
90. Sadeghi Z, Payami M, Moosavinasab SN. Effect of family participation in ICU patients care on family's anxiety level. Prev Care Nurs and Midwifery J. 2013;2(2),10-17.
91. Skoog M, Milner KA, Gatti-Petito J, Dintyala K. The impact of family engagement on anxiety levels in a cardiothoracic intensive care unit. Critical care nurse. 2016;36(2):84-9.
92. Taşdemir N, Özşaker E. Yoğun bakım ünitesinde ziyaret uygulaması: ziyaretin hasta, hasta ailesi ve hemşire üzerine etkileri C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2007; 11:27- 31
93. Terzi B, Kaya N. Yoğun bakım hastasında hemşirelik bakımı. Yoğun Bakım Dergisi.2011; 1:21-5.
94. Tekinsoy P. Yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastaların refakatçilerinin gereksinimlerinin saptanması. Erciyes Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi, 2005, Kayseri.
95. Tokur ME, Aydın K, Çalışkan T, Savran Y, Cömert B & Ergan B. Hasta yakınlarında yoğun bakım algısı ve memnuniyeti. Yoğun Bakım Dergisi.2016; 7, 57-61.
96. Toros F. Yoğun bakım ünitesinde hastası olan aile üyelerinin gereksinimlerinin karşılanması. Ege Üniversitesi.Yüksek Lisans Tezi, 2003, İzmir.

97. Torun S, Kadioğlu S, Öztunç G. Yoğun bakımda yatan bilinci açık hastaların ziyaret edilme hakkı. Cumhuriyet Tıp Dergisi. 2012; 34: 33-40.
98. Tuna A, Bektaş M, Orhan F, Ayran G & Çelik GO. Koroner yoğun bakımda hasta deneyimleri. Anatolian Journal Of Clinical Investigation. 2014; 8(2).
99. Uysal R, Akın A, Arslan N. Sıkışmış hissetme ölçeğinin türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. Batı Anadolu Eğitim Bilimleri Dergisi.2015;6(12):1-10.
100. Uzun Ö, Özer N, Akyıl RÇ. Bazı cerrahi kliniklerde ve cerrahi yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların ailelerinin gereksinimleri. Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi. 2002; 34: 39-45.
101. Uzunbacak HH, Erhan T, Köse Yürük S. & Gençel B. Denetimli serbestlik tedbiri altındaki bireylerin yaşadıkları iş bulma kaygısının sıkışmışlık hissi üzerine etkisi. Business & Management Studies: An International Journal, 2021; 9(3), 1104-1119.
102. Ünal Kantekin Ç, Tekeli AE, Kaaraaslan Ö, Talih G , Hacımusalar Y. An evaluation of the effect on depression and anxiety levels of the frequency of providing informing to the relatives of patients treated in intensive care unit. J Surg Med. 2019; 3(1): 36-38.
103. Ünver V. Yoğun bakım ünitesinde hastası olan ailelerin gereksinimlerinin saptanması. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi.2003; 7(2):75-81.
104. Ünver Y. Yoğun bakım ünitesinde yatan hasta ailelerinin gereksinimlerinin saptanması ve ailenin bakıma katılım düzeyinin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi, 1998, İzmir.

105. Wong P, Liamputtong P, Koch S, Rawson H. Families' experiences of their interactions with staf in an Australian intensive care unit (ICU): a qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2015;31(1):51–63.
106. Yalamoğlu M. Yoğun bakım ünitesinde hasta yakınlarının farklı kişilerce bilgilendirilmesinin ve bilgilendirme sıklığının aile memnuniyeti üzerine etkisi. Mersin Üniversitesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, 2012, Mersin.
107. Yalçın D, Ayyıldız A & Yelken B. Evaluation of satisfaction level in family-centered intensive care concept; a single-center survey study. *Medical Records.* 2022; 4(3), 279-285.
108. Yang S. A mixed methods study on the needs of korean families in the intensive care unit. *Australian Journal of Advanced Nursing.* 2008; 25(4):79-86.
109. Zante B, Camenisch SA & Schefold JC. Interventions in post-intensive care syndrome-family: a systematic literature review. *Critical care medicine.* 2020; 48(9): e835-e840.

EKLER

EK 1: Facilitated Sensemaking Middle Range Theory



EK 2 : Kişisel Bilgi Formu

KOLAYLAŞTIRILMIŞ ANLAMLANDIRMA KURAMINA TEMELLENDİRİLMİŞ AİLE DESTEK PROGRAMININ YOĞUN BAKIMDA YATAN HASTA AİLELERİNİN SIKIŞMIŞLIK HİSSİNE VE KAYGI DÜZEYİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Katılımcının; Adı Soyadı : Telefon: Hasta ile akrabalık dereceniz:	Hastanın Adı Soyadı; Tanısı: Yaşı: Cinsiyeti:
---	--

1.Cinsiyetiniz	1-Kadın 2-Erkek
2.Yaşınız	
3.Yaşadığınız şehir	1-Antalya 2-Başka bir şehir
4.Medeni Durumunuz	1-Evli 2- Bekar
5.Öğrenim Durumunuz	1-Okuryazar 2- İlköğretim 3-Ortaöğretim 4-Üniversite 5-Lisansüstü
6.Yaşamda size destek olacak biri/ birileri var mı? Evet cevabını verdiyseniz kim olduğunu açıklayınız?	1-Evet 2-Hayır
7.Çalışıyor musunuz?	1-Evet 2-Hayır
8.Kronik bir hastalığınız var mı? Evet cevabını verdiyseniz kullandığınız ilacı yazar mısınız?	1-Evet 2-Hayır
9.Bu şehirde nerede kalıyorsunuz?	1-Kendi evimde 2-Akrabamın /Arkadaşımın yanında 3- Misafirhanede/ otelde 4- Aracımda 5- Hastane içinde herhangi bir yerde 6- Diğer
10.Hastanızın yoğun bakımda kaç gündür yatıyor?	
11.Bugünlerde hastanızın durumu dışında sizi zorlayan, endişelendiren olay/durum var mı? Evet cevabını verdiyseniz olayı/durumu kısaca açıkla mısınız?	1-Evet 2-Hayır

EK 3: Sıkışmış Hissetme Ölçeği

SIKIŞMIŞ HİSSETME ÖLÇEĞİ

Lütfen tüm durumları dikkatlice okuyun ve aşağıdaki durumlarla ilgili ne hissettiğinizi ve sizi en iyi tanımlayan durumu işaretleyin. Lütfen her ifadeye mutlaka TEK yanıt veriniz ve kesinlikle BOŞ bırakmayınız. Her sorunun karşısında bulunan; **1 Bana Hiç Uygun Değil, 2 Bana Çok Az Uygun, 3 Bana Biraz Uygun 4 Bana Genellikle Uygun ve 5 Bana Tamamen Uygun** anlamına gelmektedir.

1	Kendimi köşeye sıkışmış hissediyorum	1	2	3	4	5
2	Hayatımdaki her şeyden kaçmak için çok güçlü bir arzum var.	1	2	3	4	5
3	Bir türlü kaçamadığım bir ilişkim var.	1	2	3	4	5
4	Sürekli bir şeylerden uzaklaşma isteğim var.	1	2	3	4	5
5	Bir şeyleri değiştirme konusunda kendimi güçsüz hissediyorum.	1	2	3	4	5
6	Yükümlülüklerim beni sıkıştırıyor, bunaltıyor..	1	2	3	4	5
7	Şu an ki durumumdan kurtulmanın hiç bir yolunu bulamıyorum.	1	2	3	4	5
8	Çevremdeki güçlü insanlardan uzaklaşmak istiyorum	1	2	3	4	5
9	İçinde bulunduğum durumdan kaçmak –uzaklaşmak arzusu duyuyorum.	1	2	3	4	5
10	Diğer insanlar tarafından kapana kısılmış hissediyorum.	1	2	3	4	5
11	Kendimden uzaklaşmak istiyorum.	1	2	3	4	5
12	Kendimi değiştirme konusunda kendimi güçsüz hissediyorum.	1	2	3	4	5
13	Düşüncelerimden ve duygularımdan kaçmak istiyorum.	1	2	3	4	5
14	Kendimi içimde hapsolmuş gibi hissediyorum	1	2	3	4	5
15	Her şeyi terk etmek ve yeni bir başlangıç yapmak istiyorum..	1	2	3	4	5
16	Kaçamayacağım derin bir boşluktaymışım gibi hissediyorum.	1	2	3	4	5

EK 4: Durumluk Kaygı Ölçeği

DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanına işaretleyin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla düşünmeden anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyiniz.

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

EK 5: KoAK-ADP Uygulama Protokolleri

Kolaylaştırılmış Anlamlandırma Kuramı:

Kolaylaştırılmış Anlamlandırma Kuramı yoğun bakım hastalarının aile bireylerinin sağlığını en üst düzeye çıkarmak için uygulama düzeyinde belirli hemşirelik müdahalelerini belirlemek üzere tasarlanmıştır. Bu teori ailenin hasta bakımına katılması için bir yöntem olarak sunulmuştur. Aileler için kritik bir hastalıkla karşılaşmaları onlar için bir kriz yaratır. Neler olduğunu anlamak, yoğun bakım hastasının yakını olarak yeni bir rol üstlenmek hayatlarını yeniden biçimlendirmelerini gerektirmektedir. Kolaylaştırılmış anlamlandırma kuramı bu süreci yeniden yapılandırmak için oluşturulmuş aile odaklı bir bakım felsefesidir.

Kolaylaştırılmış Anlamlandırma Kuramına Temellendirilmiş Aile Destek Programı:

Bu program Kolaylaştırılmış Anlamlandırma Kuramının dört teması çerçevesinde oluşturulan protokollerden oluşan bir destek programıdır. Kuramın “*Bakım ilişkilerinin Geliştirilmesi, İletişim, Bakımda Varlığını Sunma, Kararlara Katılım*” temaları doğrultusunda dört protokol olarak yapılandırılmıştır. Uygulamada protokollerin belirli bir sırası yoktur. Hasta yakınının gereksinimine göre protokollerdeki talimatlar karışık olarak uygulanabilir.

Kolaylaştırılmış Anlamlandırma Kuramına Temellendirilmiş Aile Destek Programının

Amacı:

Kolaylaştırılmış Anlamlandırma Kuramına Temellendirilmiş Aile Destek Programının amacı yoğun bakımda tedavi gören hastaların aile bireylerinin sağlığını en üst düzeye çıkarmaktır.

Uygulayıcının Özellikleri:

Kolaylaştırılmış Anlamlandırma Kuramına Temellendirilmiş Aile Destek Programı hemşire tarafından uygulanır. Uygulayıcının terapötik iletişim becerilerini kullanabilme, görüşme ve gözlem yapabilme yeterliliklerinin olması gerekmektedir.

Temel ilkeler:

Kolaylaştırılmış Anlamlandırma Kuramına Temellendirilmiş Aile Destek Programı yoğun bakımda tedavi gören hastaların ailelerine uygulanan bir destek programıdır.

Uygulayıcı;

-Hasta bakımına müdahale etmez.

-Hasta ailesine hasta hakkında bilgi vermez.

-Hasta yakınının tedavi ekibine kolay ulaşması için aracı değildir.

-Protokolleri kurumun işleyişi doğrultusunda hasta yakınına göre planlar ve uygular.

-Görüşmeleri terapötik iletişim tekniklerini kullanarak yapar. Görüşmeleri görüşme odasında ve hasta başında gerçekleştirir.

Tanışma Görüşmesi:

Kolaylaştırılmış Anlamlandırma Kuramına Temellendirilmiş Aile Destek Programının amacının açıklandığı ve programın tanıtıldığı ilk görüşmedir. Protokollerin uygulaması bu görüşmeden sonra başlar.

EK 5: KoAK-ADP Uygulama Protokolleri (Devam)

KoAK -ADP PROTOKOLLERİ

BAKIM İLİŞKİLERİNİN GELİŞTİRİLMESİ (Görüşme Odası)

1. Hasta yakınının gelişi olumlu karşılanır. *“Hoşgeldiniz. Geçmiş olsun .Gelmenizden memnuniyet duydum. Sizi burada görmek güzel. Eminim eşiniz/ çocuğunuz/ anneniz/ babanız burada bulunmanızdan çok memnun olurdu. Yanında sizin olmanızın onun için rahatlatıcı olacağını düşünüyorum.”* ifadesi kullanılır.
2. Görüşmenin amacı açıklanır. *“Bugünkü görüşmenin amacı size ihtiyacınız olan desteği sağladığımızdan emin olmaktır çünkü sizin eşinize/ çocuğunuza/ annenize/ babanıza verdiğiniz önem kadar biz de sizi önemsiyoruz.”* ifadesi kullanılır.
3. Hasta yakınının duygu ve düşüncelerine yoğunlaşılır. *“Bu zor bir durum. Nasıl hissediyorsunuz, bu durum sizi nasıl etkiliyor?”* sorusu sorulur. Dinleme, duygulara yoğunlaşma, gözlemleri iletme, duyguların yansıtılması gibi terapötik iletişim teknikleri kullanılır.
4. Eşi/çocuğu/annesi/babası ile ilgili duygu ve düşüncelerine yoğunlaşılır. *“Bu süreçte size yardım edebileceğim, bu durumun üstesinden gelmenizi kolaylaştırmak için yapabileceğimiz bir şey var mı?”* sorusu sorulur. Dinleme, duygulara yoğunlaşma, gözlemleri iletme, duyguların yansıtılması, açıklığa kavuşturma gibi terapötik iletişim teknikleri kullanılır.
5. Devamında *“Bu günlerin sizin ve aileniz için zor bir zamanlar olduğunu biliyoruz ve yaşadıklarınız göz önüne alındığında mümkün olduğu kadar bu süreci iyi ve rahat geçirmenizi istiyoruz. Bugün sizin veya aileniz için yapabileceğim bir şey var mı?”* sorusu sorulur.
 - a. Cevap evet ise hangi konuda olduğunu sorulur. Hemşirenin görev sınırlarını aşan bir talep ise birey uzmana yönlendirilir. Hemşirenin yapabileceği bir talep ise planlama yapılır.
 - b. Cevap hayır ise birey ile ilgili fark edilen duygu ve gereksinimler bireyle paylaşılır ve bakım ilişkisi geliştirilir.
6. Görüşme sonlandırılır. Bu amaçla *“Bugün benimle konuştuğunuz için teşekkür ederim. İhtiyaçlarınızı dile getirdiniz, Bunlarla ilgileneceğim ve takip edeceğimden emin olabilirsiniz. Bunlar konusunda sizi bilgilendireceğim.”* şeklinde özetleme yapılır.
7. Bir sonraki görüşme planlanır. Hasta yakını ile görüşme zamanı ve yeri planlanır. Hasta yakını görüşme takip formunu doldurulur.

BAKIM İLİŞKİLERİNİN GELİŞTİRİLMESİ (Yoğun Bakım Ünitesi)

1. Görüşmenin amacı açıklanır. *“Bugünkü görüşmenin amacı “Eşinizin/ çocuğunuzun/ annenizin/ babanızın şu anda yoğun bakımda içinde bulunduğu durum ile ilgili ihtiyacınız olan bilgiyi, açıklamaları sağlamak ve merak ettiklerinizi açıklamaktır.”* ifadesi kullanılır.
2. Hasta yakınına hastasının durumu ile ilgili gözlem ilkeleri doğrultusunda bilgi verilir. Aşağıda verilen örnek ifade hastanın durumuna göre değiştirilerek kullanılır. *“Eşiniz/ çocuğunuz/ anneniz/ babanız şu anda anestezi yoğun bakım ünitesinde yatmaktadır. Eşinizin/ çocuğunuz/ anneniz/ babanızın bakımının rahat yapılabilmesi için kıyafeti yoktur. Saçında bone bulunmaktadır. Ağzında bulunan tüp nefes almasını sağlamaktadır ve etrafındaki gazlı bezler tüpün çıkmaması ve ağız çevresinde yara oluşturmaması için bağlanmıştır. Kolundaki serum hortumu boyunca ona ağrı kesici ve diğer ilaçlar gitmektedir. Ayrıca idrarını mesaneden otomatik olarak boşaltan bir idrar hortumu vardır.”* şeklinde bir ifade ile hastanın











EK 6: KoAK-ADP Hasta Yakını Görüşme Takip Formu

Hasta Yakınının Adı –Soyadı:

GÖRÜŞME KONUSU	GÖRÜŞME YERİ VE ZAMANI	GÖRÜŞME NOTLARI
Tanışma görüşmesi		
1. görüşme		
2.görüşme		
3.görüşme		

DEĞERLENDİRME SORUSU;

Sizinle yürüttüğümüz bu program hastanızın durumuyla ilgili sizin üzerinizde nasıl bir etki yarattı?"

EK 7: Hasta Bilgi Formu

ADI SOYADI:	YATIŞ TARİHİ:
TANISI:	BÖLÜM/ YATAK NO:
Yatış Nedeni:	
Travma Nedeni (Yaralanma Şekli):	
Fizik Muayene Bulguları:	
Bilinç Durumu (GKS/ ISS):	
Yoğun Bakım Öncesi Yapılan İşlemler:	
Hastanın Yaşam Bulguları:	
Genel Görünüm:	
Konuşma:	

HASTANIN BAĞLI OLDUĞU ARAÇLAR VE EKİPMANLAR	
Monitör:	Göğüs tüpü:
Entübasyon tüpü:	Dren:
Solunum Destek Cihazları (Mekanik Ventilator):	Trakeostomi:
Santral katater:	Gastrostomi:
Periferik katater:	Kolostomi:
Arteriyel katater:	İnfüzyon pompaları:
	Nazogastrik sonda

İLAÇLARI	SIVILARI

BAKIM GEREKSİNİMLERİ
Beslenme
Boşaltım
Uyku
Vücut Hijyeni
Aktivite Egzersiz:
Bağımsız Yaptığı Aktiviteler

EK 8 KoAK- ADP Protokol Takip Formu

KOLAYLAŞTIRILMIŞ ANLAMLANDIRMA KURAMINA TEMELLENDİRİLMİŞ “AİLE DESTEK PROGRAMI” NIN YOĞUN BAKIMDA YATAN HASTA AİLELERİNİN SIKIŞMIŞLIK HİSSİNE VE KAYGI DÜZEYİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ
KoAK ADP PROTOKOL TAKİP FORMU











EK 9: Aydınlatılmış Onam Formu (Kontrol Grubu)

Ben (katılımcı adı) katılmam istenen çalışmanın amacını ve kapsamını gönüllü olarak üzere düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum. Araştırmacı Arş.Gör.Cansu ÇAKIR tarafından tatmin edici yanıtlar aldım. Bana çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir nedenle belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı- Soyadı:

Adresi:

Telefon No:

Tarih (gün/ ay/yıl):

İmza :

Açıklamaları Yapan Araştırmacının

Adı-Soyadı: Cansu ÇAKIR

EK 10: Aydınlatılmış Onam Formu (Müdahale Grubu)

Ben (katılımcı adı) katılmam istenen çalışmanın amacını ve kapsamını gönüllü olarak üzere düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum. Araştırmacı Arş.Gör.Cansu ÇAKIR tarafından tatmin edici yanıtlar aldım. Bana çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Uygulamanın dört gün boyunca görüşmeler ve uygulamalar şeklinde devam edeceği tarafıma anlatıldı. Çalışmanın başlangıcında ve bitişinde araştırmacı tarafından verilen formların doldurulacağı belirtildi. Çalışma sırasında duygu değişimleri yaşayabileceğim ve araştırmacının bu sırada yanımda bulunarak destek olacağı belirtildi. Çalışmanın programı ve uygulamaları hakkında her şey açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir nedenle belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı- Soyadı:

Adresi:

Telefon No:

Tarih (gün/ ay/yıl):

İmza :

Açıklamaları Yapan Araştırmacının

Adı-Soyadı: Cansu ÇAKIR

EK 11. Etik Kurul İzni



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu**

Sayı : 70904504/ ¹³⁸⁹
Konu :

08/11/2017

Sayın

Prof.Dr.Kadriye BULDUKOĞLU
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Öğretim Üyesi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz, "Kolaylaştırılmış Anamlandırma Kuramına Temellendirilmiş "Aile Destek Programı"nın Yoğun Bakımda Yatan Hasta Ailelerinin Sıkışmışlık Hissine ve Kaygı Düzeyine Etkisinin İncelenmesi" adlı çalışmaya ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Arif TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Eki: Etik Kurul Kararı

Adres : Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 1. Kat ANTALYA
Tel : (242)249 69 54
Faks : (242) 249 69 03
e-posta : etik@akdeniz.edu.tr

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

2017

KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Kadriye BULDUKOĞLU	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kolaylaştırılmış Anlamlandırma Kuramına Temellendirilmiş "Aile Destek Programı"nın Yoğun Bakımda Yatan Hasta Ailelerinin Sıkışmışlık Hissine ve Kaygı Düzeyine Etkisinin İncelenmesi	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 644	Tarih: 01.11.2017
	Yukarıdaki bilgileri verilen çalışmanın bütçesinin Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir. Araştırmacılara çalışmalarında başarılar dileriz	

Prof.Dr.Dr.Özgür AKSATIRGİL
Klinik Araştırmalar Etik Karar Başkanı

Öğr.Gör.Dr.M. Leyla ÖZGÖNÜL
Başkan Yardımcısı

Prof.Dr. Murat CANPOLAT
Üye

Prof.Dr. Dilan İNAN
Üye (İznilî)

Prof.Dr. Sabit KUMRU
Üye

Prof.Dr. Dilek KARSLI
Üye

Prof.Dr. Neli SAZISIZ
Üye

Doç.Dr. Mustafa ÖZAYSAI
Üye

Doç.Dr. Dile KIRPIN KORGUN
Üye

Doç.Dr. Feriye BİTİRGEN
Üye

Yrd.Doç.Dr. Mehmet TÜRKAY
Üye

Yrd.Doç.Dr. Mustafa ÖZAYSAI
Üye

Dr. Ümit HÜLÜR
Üye (İznilî)

Turgut ALTUN
Üye

Av. Mustafa AÇIKIL
Üye

EK 12: Kolaylaştırılmış Anlamlandırma Kuramı İzni

09.10.2017

Gmail - Facilitated Sensemaking



Cansu Cakir

Facilitated Sensemaking

4 İlet

Davidson, Judy
Alıcı:

25 Temmuz 2017 02:27

Thank you for contacting me on such an important topic.

I am honored that you are thinking of using the theoretical model for your dissertation.

The theoretical model was developed in an adult ICU, but the theoretical premise should work for all age groups.

With that said, the family engagement interventions would have to be tailored for the age of the child.

The .PDF attached that starts with FS is someone else's doctoral project using the theory, so yes, it can be done. I like the way she operationalized it, but it needs to be replicated in other patient populations.

Facilitated Sensemaking is also recommended as one strategy to promote translation of the Society of Critical Care Recommendations for Family Centered Care Into Practice.

<http://www.sccm.org/Research/Guidelines/Pages/Guidelines.aspx>

Scroll at this site until you see the section for Family-Centered Care

The word document is an in-press book chapter due to come out soon. .

Roy and Welck are included as citations below (but not attached). Facilitated Sensemaking was derived from those theories:

1. Davidson JE. Facilitated Sensemaking A Strategy and New Middle-Range Theory to Support Families of Intensive Care Unit Patients. *Critical care nurse*. 2010;30(6):28-39.
2. Davidson JE, Daly BJ, Agan D, Brady NR, Higgins PA. Facilitated sensemaking: a feasibility study for the provision of a family. *Crit Care Nurs Q*. 2010;33(2):177-89.
3. Skoog M, Milner KA, Gatti-Petito J, Dintyala K. The Impact of Family Engagement on Anxiety Levels in a Cardiothoracic Intensive Care Unit. *Critical care nurse*. 2016;36(2):84-9.
4. Netzer G, Davidson JE. Creating patient-and family-focused care in the intensive care unit. In: Zimmerman DL, Osborn-Harrison DG, editors. *Person-focused healthcare management* New York: Springer; 2017. p. 39-62.
5. Davidson JE, McDuffie M, Campbell K. Family Centered Care. In: Kleinpell R, editor. *Global Best Practices in Critical Care*: Springer; In Press.
6. Davidson JE, Zisook S. Implementing Family-Centered Care Through Facilitated Sensemaking. *AACN Adv Crit Care*. 2017;28(2):200-9.

At your service,

Judy

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=de90bd7cbe&jeiver=uzcusaetnas4.tr&view=pt&search=inbox&th=15e0a11149e7337e&siml=15d83fc9f3...> 1/4

Gmail - Facilitated Sensemaking

cid:image005.jpg@01D1B757.8332FE50

If the family communication and information needs are met, the net time should decrease.

Chapter10WFCN_Family_Centred_care_Davidson et al_Reviced JD.12.28.2018.docx
484K

09.10.2017

Gmail - Facilitated Sensemaking

Kimden:

Gönderildi: 25 Temmuz 2017 Salı 02:27

Kime: Cansu Çakır

Konu: Facilitated Sensemaking

[Ayrıntıları görmek için tıklayın]

7 eklenti

 NetzerDavidson.CreatingFamilyFocusedCare.Chapter.pdf

792K

 Final.DavidsonSense 28_2.pdf

189K

 F8.Impact of family engagement on anxiety (1).pdf

221K

 CCNQ_33_02-08-177-188.pdf

681K

 CCN. Facilitated sensemaking 2010.pdf

362K

 Chapter10WFCCN_Family_Centred_care_Davidson et al_ Revised JD.12.28.2018.docx

484K

 Facilitated Sensemaking Word.docx

186K

K.Cansu Cakir

22 Ağustos 2017 16:10

Alici:

[Ayrıntıları görmek için tıklayın]

7 eklenti

 NetzerDavidson.CreatingFamilyFocusedCare.Chapter.pdf

792K

 Final.DavidsonSense 28_2.pdf

189K

 F8.Impact of family engagement on anxiety (1).pdf

221K

 CCNQ_33_02-08-177-188.pdf

681K

 CCN. Facilitated sensemaking 2010.pdf

362K

 Chapter10WFCCN_Family_Centred_care_Davidson et al_ Revised JD.12.28.2018.docx

484K

 Facilitated Sensemaking Word.docx

186K

EK 13: Sıkışmış Hissetme Ölçeği İzni

09.10.2017

Gmail - "Sıkışmış Hissetme Ölçeği" için kullanım izni talebi



Cansu Cakir

"Sıkışmış Hissetme Ölçeği" için kullanım izni talebi

4 İlet

Cansu Cakir

10 Temmuz 2017 12:03

Alıcı:

Sayın Doç.Dr. Ahmet AKIN,

Geçerlik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz "Sıkışmış Hissetme Ölçeği"ni kullanım izni konusunda bu maili size yazıyorum.

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinde Araştırma Görevlisi olarak çalışmaktayım. Psikiyatri Hemşireliği Doktora programında öğreniminizi sürdürmekteyim ve doktora tez önerisi aşamasındayım. Danışman hocam Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Kadriye Buldukoğlu'na dur.

Doktora tezinde yoğun bakım hasta yakınları ile yapmayı planladığım çalışmada "Sıkışmış Hissetme Ölçeği"ni kullanmak istiyorum. Geçerlik ve güvenilirliğini yaptığınız "Sıkışmış Hissetme Ölçeği"ni tezinde kullanma izni talep ediyorum. Saygılarımla.

Arş.Gör.Cansu ÇAKIR
Akdeniz Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
0242 310 2962

Ahmet Akın

10 Temmuz 2017 13:14

Alıcı:

Prof. Dr. Ahmet Akın
İstanbul Medeniyet Üniversitesi
Eğitim Bilimleri Fakültesi
Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Anabilim Dalı

10 Tem 2017 12:03 tarihinde "Cansu Cakir" <
[Ayrıntıları gizlendi]>

> yazdı:

64. sıkışmışlık hissi ölçeği.doc
52K

Cansu Cakir

10 Temmuz 2017 15:25

Alıcı:

----- Yönlendirilmiş İlet -----

Gönderen: Ahmet Akın <
Tarih: 10 Temmuz 2017 13:14
Konu: Re: "Sıkışmış Hissetme Ölçeği" için kullanım izni talebi
Alıcı: Cansu Cakir <
[Ayrıntıları gizlendi]>

64. sıkışmışlık hissi ölçeği.doc
52K

Cansu Cakir

10 Temmuz 2017 15:28

Alıcı:

Sayın Prof. Dr. Ahmet Akın,

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=de90bd7cbe&jeve=uzcuazehrs4.t.&view=pt&search=inbox&th=15d2c78bee8da3f7&siml=15d2bbd047...> 1/2

EK 14: Kurum İzni



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Üniversite Hastanesi Başmüdürlüğü



Sayı : 26708535-302.14.03-E.124357
Konu : Cansu ÇAKIR Araştırma İzni

09/10/2018

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 01/10/2018 tarihli ve 57830559-302.14.03-E.119899 sayılı yazı,

Enstitünüz Psikiyatri Hemşireliği doktora programı öğrencisi Cansu ÇAKIR'ın "Kolaylaştırılmış Anlamlandırma Kuramına Temellendirilmiş "Aile Destek Programı"nın Yoğun Bakımda Yatan Hasta Ailelerinin Sıkışmışlık Hissine ve Kaygı Düzeyine Etkisinin İncelenmesi" başlıklı tez araştırmasını 02 Ocak - 30 Aralık 2019 tarihleri arasında Hastanemiz Anestezi Yoğun Bakım Ünitesi I-II-III'te yapabilmesi uygun görülmüştür.
Gereğini arz ederim.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Bülent AYDINLI
Başhekim

EK 15: KoAK-ADP Protokolleri İçin Judy E. Davidson'un Uzman Görüşü

Facilitated Sensemaking Middle Range Theory- Cansu Cakir PhD Student

7 İlet

K.Cansu Cakir

23 Eylül 2019 16:49

Aktıcı

Dear Ms. Davidson,

I'm Cansu Cakir. I work as a research assistant at the Faculty of Nursing at Akdeniz University in Turkey. I'm studying psychiatric nursing doctorate program.

I wrote to you about Facilitated Sensemaking Theory on 21 July 2017.

I'm writing to about "Facilitated Sensemaking Middle Range Theory". I have been formed the program that uses for my doctoral thesis. Program's name is " Family Support Program Framed Facilitated Sensemaking Theory". The program consists of four protocols. Protocols were structured by Facilitated Sensemaking Theory's four themes.

I want you to evaluate the availability of this program as an author of the Facilitated Sensemaking Theory. (I sent the file in attachment)

I want to ask a few more questions;

My research is a randomized-controlled the experimental trial. We will use The **State-Trait Anxiety Inventory (STAI)** and Entrapment Scale as a pre-test and post-test in experimental group and control group. I will interview patient's relatives within 24 hours when patient hospitalize.

There is no order of practice in protocols. Protocols will be applied according to the needs of the patient's relatives.

We will apply a post-test when protocols are finished. We will make four interviews with experimental group. We consider application post-test to control group after four days because our program has four protocols. In your opinion, is this practice convenient? What do you think about it? When should I apply the post-test to the control group? How many interview do I need with experimental group?

Is it necessary to have a certain number of interviews with the experimental and control groups?

Thanks a lot for your contribution and help.

6 eklenti

 CARING RELATIONSHIPS PROTOCOL 1a.docx
18K

 PARTICIPATION IN DECISION-MAKING PROTOCOL .docx
18K

 COMMUNICATION PROTOCOL .docx
17K

 CARING RELATIONSHIPS PROTOCOL 1b .docx
18K

 PRESENCE IN CARE PROTOCOL 3a.docx
18K

 PRESENCE IN CARE PROTOCOL 3b.docx
18K

EK 15: KoAK-ADP Protokolleri İçin Judy E. Davidson'un Uzman Görüşü

20.08.2023 07:00

Gmail - Facilitated Sensemaking Middle Range Theory- Canan Cakir PhD Student

Davidson, Judy

*, 4 Eki 2019 Cum, 23:48 tarihinde şunu yazdı:

You will need a power analysis to determine the number of subjects needed in each group.

Your statistician can use this study to help with the determination of effect size needed for the power analysis.

It is the closest study to what you are planning to do.

I am not familiar with the entrapment scale, or why entrapment might be an appropriate measure in this study. Could you send that?

I've edited the others for you a little bit. They might not be right for your culture, though. I've never been to Turkey.

I do read a fair amount of articles from Turkish authors, though, that submit leadership studies to the Journal of Nursing Management.

You might want to consider a formal assessment of preference for inclusion in care, and preference for inclusion in decision-making.

There are clinical tools available for that, but I do not have them easily stored to attach.

Judy

Dr. Judy E. Davidson, DNP RN MCCM FAAN

Pronouns: (she/her/hers)

Nurse Scientist, UC San Diego Health

Research Scientist, UC San Diego School of Medicine, Department of Psychiatry

Associate Editor, Journal of Nursing Management

UC San Diego Health

MCM1 9425 Health Sciences Drive, MC 7691

La Jolla, Ca 92037

T:

<https://orcid.org/0000-0003-1458-181X>

Inspiring advancements in our caring profession

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Cansu	Uyruğu	T.C.
Soyadı	Çakır	Tel no	
Doğum tarihi		e-posta	

Eğitim Bilgileri

	Mezun olduğu kurum	Mezuniyet yılı
Lise	Giresun Y.D.A. Lisesi- Giresun	2004
Lisans	Hacettepe Üniversitesi-Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü	2009
Yüksek Lisans	Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği YL Programı	2014
Doktora	Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Doktora Programı	

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Hemşire	Hacettepe Üniversitesi -Ankara	2009-2009
Araştırma Görevlisi	Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu -Burdur	2009-2011
Araştırma Görevlisi	Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	2011-2020
Araştırma Görevlisi	Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi -Burdur	2020-

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
İngilizce	ÜDS	60
	Yökdil	66

Proje Deneyimi

Proje Adı	Destekleyen kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Öğrenci ve Mezun Hemşirelerde Bilişsel Çarpıtmaların, Mesleki Benlik Saygısı ve Hemşirelik Algısı ile İlişkisinin Belirlenmesi	Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi	2012-2014

Yayınlar

- Arslan, B. Ş., Çakır, C., & Ergün, G. (2022). Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Dersini Yüz Yüze Ve Uzaktan Eğitimle Alan Öğrencilerin Dersin Kazanımları Ve Psikiyatri Hemşireliğini Algılama Açısından Karşılaştırılması. Göbeklitepe Sağlık Bilimleri Dergisi, 5(10), 41-50.
- Çakır, C , Buldukoğlu, K . (2020). Bilişsel Çarpıtmaların, Hemşirelerin Mesleki Benlik Saygısına ve Hemşirelik Algısına Etkisi . Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi , 9 (1) , 193-206
- Ergün,G. ,Çakır, C.(2015). Sağlık Yüksekokulu Son Sınıf Öğrencilerinin Cinsel Sağlıkla İlgili Bilgi, Tutum ve Davranış Özelliklerinin İncelenmesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6 (2), 99-104.

Bildiriler

- Ergün G. ,Çakır C. (2010). “Sağlık Yüksekokulu Son Sınıf Öğrencilerinin Cinsel Sağlıkla İlgili Bilgi, Tutum ve Davranış Özelliklerinin İncelenmesi “IV. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi. 24-26 Haziran 2010, Samsun.
- Çakır C. ,Ergün G. ,Tekin D. ,Yaman A. (2011). “Burdur İl’inde Lise Düzeyinde Eğitim Alan Öğrencilerin Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Düzeylerinin ve Kullanım Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlerle İlişkisinin İncelenmesi” I.Uluslararası V. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi. 22-24 Eylül 2011, İstanbul.
- Çakır C. , Buldukoğlu, K. (2012). “Altruizm Profesyonelliğe Zarar Verir mi?” II. Uluslararası VI. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi. 4-7 Ekim 2012. Erzurum.
- Çakır C. , Buldukoğlu, K. (2012). “İntihara Bağlı Ergen Ölümelerini Önlemek”. II. Uluslararası VI. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi. 4-7 Ekim 2012. Erzurum.
- Çakır C., Akcan A., Buldukoğlu, K. (2015). “Genel Kliniklerde Psikiyatri Hemşireliği Uygulaması”. 12. Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Ve Psikosomatik Tıp Kongresi. 26-28 Mart 2015, Konya.
- Çakır C., Buldukoğlu, K. (2017).Öğrenci ve Mezun Hemşirelerde Bilişsel Çarpıtmaların Mesleki Benlik Saygısı ve Hemşirelik Algısı ile ilişkisinin Belirlenmesi. 4. Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi. 25-27 Mayıs 2017, Bodrum
- Keser İ., Karakaya D., Taş S., Çakır C. (2018). Hemşirelik Öğrencilerinin Madde Bağımlılığı Tedavisi Gören Bireye Bakım Vermeye İlişkin Düşünce ve Deneyimleri. V.Uluslararası IX.Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi 20-23 Kasım 2018, Antalya.

Görevler

Bilimsel Program Kurulu Üyeliği, V. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, 20-23 Kasım 2018, Antalya