

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

NEUMAN'IN SİSTEMLER MODELİ'NE
TEMELLENDİRİLMİŞ PSİKOEĞİTİMİN
YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN BİREYLERİN
EŞLERİNİN PSİKOLOJİK SIKINTI ve STRESLE BAŞA
ÇIKMALARI ÜZERİNE ETKİSİ:
EYLEM ARAŞTIRMASI

Yeliz KARAÇAR

DOKTORA TEZİ

2024-ANTALYA

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

NEUMAN'IN SİSTEMLER MODELİ'NE
TEMELLENDİRİLMİŞ PSİKOEĞİTİMİN
YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN BİREYLERİN
EŞLERİNİN PSİKOLOJİK SIKINTI ve STRESLE BAŞA
ÇIKMALARI ÜZERİNE ETKİSİ:
EYLEM ARAŞTIRMASI

Yeliz KARAÇAR

DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Kerime BADEMLİ

“Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

2024-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği
Doktora Programında Doktora tezi olarak kabul edilmiştir. .../...../2024

İmza

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Kerime BADEMLİ
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Prof. Dr. İlhan GÜNBAYI
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Doç. Dr. Figen ŞENGÜN İNAN
Gazi Üniversitesi

Üye : Doç. Dr. Hatice ÖNER
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun
görölmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../2024 tarih ve/.....
sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Enstitü Müdürü

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.

Yeliz KARAÇAR

İmza

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Kerime BADEMLİ

İmza

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim süresince rehberlik eden, akademik yolculuğumda karşılaştığım zorluklarda dayanıklılığımı geliştirmeme yardımcı olan değerli doktora tez danışmanım Doç. Dr. Kerime Bademli'ye

Doktora tez izleme komitesinde yer alan ve sürecin her aşamasında değerli katkılarını sağlayan, destekleyen ve motive eden değerli hocalarım Prof. Dr. Kadriye Buldukoğlu ve Prof. Dr. İlhan Günbayı'ya,

Doktora eğitimim boyunca ders aldığım, gelişimime katkı sağlayan ve emek veren değerli hocalarıma,

Doktora eğitimimin her aşamasında bilgi ve destek sağlayan Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü çalışanlarına,

Programın geliştirilmesinde değerli görüş ve önerileriyle sağladıkları katkılardan dolayı uzman görüşü veren değerli hocalarıma,

Uygulama aşamasında her türlü iş birliği, yardım ve desteği sağladıkları için Antalya Kepez Devlet Hastanesi'nin değerli yöneticilerine, yoğun bakım ünitesindeki tüm meslektaşlarıma ve çalışanlarına,

Araştırmaya katılmayı kabul eden, değerli zamanlarını bana ayıran, duygu ve düşüncelerini içtenlikle paylaşan tüm katılımcılara ve ailelerine,

Doktora eğitimim süresince bilgisini ve desteğini esirgemeyen, her daim beni cesaretlendiren değerli arkadaşlarıma,

Bana inanan, güvenen ve beni destekleyen Ailem'e; özellikle bu günlere gelmemizi sağlayan ancak göremeyen, varlığını her daim yanımda hissettiğim canım Annem'e,

Sevgisi ve desteğiyle bu zorlu yolculuğu daha da anlamlı kılan, birlikte geçirdiğimiz her anın bu süreçteki en kıymetli hazine olduğunu hissettiren değerli eşim Halil İbrahim Karaçar'a ve canım oğlum Çınar Karaçar'a

Gönülden sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Amaç: Neuman’ın Sistemler Modeline (NSM) temellendirilmiş psikoeğitim programının yoğun bakım ünitesinde yatan bireylerin eşlerinin psikolojik sıkıntı ve stresle başa çıkma tarzları üzerine etkisini incelemektir.

Yöntem: Araştırma modele dayalı program geliştirme ve iç içe geçmiş eylem araştırmasını birleştiren tekli karma yöntem araştırmasıdır. Araştırma, bir devlet hastanesinde yoğun bakımlarda yatan bireylerin eşleriyle (n=14) ile yürütülmüştür. NSM’ye temellendirilmiş psikoeğitim programı yüz yüze bireysel görüşme yöntemiyle altı oturumda uygulanmıştır. Nicel veriler, eylem öncesi ve sonrası “Psikolojik Sıkıntı Ölçeği” ve “Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği” ile, nitel veriler eylem sonrası toplanmıştır. Nicel verilerin analizinde Wilcoxon testi, nitel verilerin analizinde tematik ve betimsel analiz kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların psikolojik sıkıntılarının azaldığı ($p=.002$), kendine güvenli ($p=.001$), iyimser ($p=.003$) ve sosyal destek arama ($p=.001$) yaklaşımlarının arttığı, çaresiz ($p=.001$) ve boyun eğici ($p=.020$) yaklaşımlarının azaldığı belirlenmiştir. Nitel verilerden üç ana ve 13 alt tema elde edilmiştir. Katılımcıların, en fazla deneyimledikleri başa çıkma stratejilerinin “duyguları ifade edebilme”, “kabullenme” ve “sosyal destek alma” olduğu, en fazla deneyimledikleri duygusal tepkilerin “azalmış kaygı” ve “baş etmeye ilişkin güçlenme” olduğu ortaya çıkmıştır. Katılımcılar psikososyal destek gereksinimleri olduğunu belirtmişlerdir.

Sonuç: NSM’ye temellendirilmiş psikoeğitimin psikolojik sıkıntıyı azalttığı, başa çıkma tarzlarını geliştirdiği belirlenmiştir. Eylem sonrası en fazla duyguları ifade edebilme, kabullenme, sosyal destek stratejilerinin kullanıldığı, kaygılarının azaldığı ve başa çıkmalarının güçlendiği ortaya çıkmıştır. Bu programın, yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin psikolojik sağlığının ve başa çıkmalarının desteklemesinde kullanılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: neuman’ın sistemler modeli, psikoeğitim, psikolojik sıkıntı, stresle başa çıkma, yoğun bakım

ABSTRACT

Objective: To examine the effect of a psychoeducation program based on Neuman's Systems Model (NSM) on psychological distress and stress coping styles of spouses of individuals hospitalized in an intensive care unit.

Method: The study is a single mixed methods study that combining model-based program development and intertwined action research phases. The study was conducted with the spouses (n=14) of patients admitted to the intensive care unit of a state hospital. The NSM-based on psychoeducation was implemented in six sessions with face-to-face individual interview method. Data were collected with the “Psychological Distress Scale” and “Stress Coping Styles Scale” before and after the action, and qualitative data were collected after the action. Wilcoxon test was used to analyze quantitative data, and thematic and descriptive analysis were used to analyze qualitative data.

Results: Participants' psychological distress levels decreased ($p=.002$); self-confident ($p=.001$), optimistic ($p=.003$) and social support seeking ($p=.001$) of approaches increased; helpless ($p=.001$) and submissive ($p=.020$) of approaches decreased. Three main and 13 sub-themes were obtained from the qualitative data. It has been found that the most frequently experienced coping strategies by the participants are “expressing emotions”, “acceptance”, and “seeking social support”. The most frequently experienced emotional responses are “reduced anxiety” and “empowerment in coping”. Participants stated that they needed psychosocial support.

Conclusion: The NSM-based on psychoeducation was found to reduce psychological distress and improve coping styles with stress. It has been found that after the action, the most used strategies were expressing emotions, acceptance, and seeking social support, and that participants experienced reduced anxiety and increased strength in coping. It is recommended that this program be used to support the psychological health and coping of spouses of individuals in intensive care.

Key words: coping with stress, intensive care, neuman's systems model, psychoeducation, psychological distress

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
SİMGELER ve KISALTMALAR	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Yoğun Bakım Ünitesi ve Kritik Hastalık	3
2.2. Yoğun Bakımda Yatan Bireyin Eşi Olmak	4
2.3. Yoğun Bakımda Yatan Bireylerin Eşlerinin Gereksinimleri	7
2.4. Yoğun Bakımda Yatan Bireylerin Eşlerinde Psikolojik Sıkıntı	8
2.5. Yoğun Bakımda Yatan Bireylerin Eşlerinde Stresle Başa Çıkma	10
2.6. Yoğun Bakımda Yatan Bireylerin Eşlerine Yönelik Uygulanan Hemşirelik Müdahaleleri	13
2.7. Araştırmanın Kavramsal Çerçevesi	16
2.7.1. Neuman'ın Sistemler Modeli	16
2.7.2. Neuman'ın Sistemler Modelinin Kavramları	19
2.7.3. Neuman'ın Sistemler Modeline Temellendirilmiş Psikoeğitim Programı	26
3. GEREÇ ve YÖNTEM	34
3.1. Araştırmanın Türü	34
3.1.1. Araştırmaya Yön Veren Paradigmalar	34
3.1.2. Araştırmanın Uygulama Basamakları	36
3.2. Tanılama (Araştırmanın kavramsallaştırılması)	38
3.2.1. Araştırmacının Deneyimi	38
3.2.2. Neuman'ın Sistemler Modeline Temellendirilmiş Hemşirelikte Araştırma Yaklaşımı (Research Approach in Nursing- RAIN)	39
3.3. Keşfetme (Araştırmanın tasarlanması)	42
3.3.1. Araştırma Soruları	42

3.3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	44
3.3.3. Uygulama Alanının Özellikleri	44
3.3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	45
3.3.5. Araştırma Örneklemine Özellikleri	46
3.3.6. Araştırmanın Veri Toplama Araçları	49
3.3.7. Araştırma Verilerinin Toplanması	50
3.3.8. Araştırmanın Etik Yönü	51
3.4. Planlama (İlk Eylem Adımının Atılması)	52
3.4.1. NSM'ye Temellendirilmiş Psikoeğitim Programının Geliştirilmesi	54
3.4.2. NSM'ye Temellendirilmiş Psikoeğitim Programına İlişkin Uzman Görüşü	54
3.5. Eylem	58
3.5.1. NSM'ye Temellendirilmiş Psikoeğitim Programının Uygulanması	58
3.6. Değerlendirme	64
3.6.1. Nicel Verilerin Değerlendirilmesi	64
3.6.2. Nitel Verilerin Değerlendirilmesi	65
3.6.3. Araştırmanın Geçerlik ve Güvenirliği	65
3.6.4. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları	69
3.7. İzleme	71
4. BULGULAR	73
4.1. NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programının etkinliğine yönelik eylem öncesi ve eylem sonrası psikolojik sıkıntı düzeylerine ve stresle başa çıkma tarzlarına ilişkin nicel bulgular	73
4.2. NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programının etkinliğine yönelik eylem sonrası stresle başa çıkma deneyimlerine ilişkin nitel bulgular	74
4.2.1. Ana Tema 1: Stresle Başa Çıkma Stratejileri	76
4.2.2. Ana Tema: Duygusal Tepkiler	84
4.2.3. Ana Tema: Bilgi ve Destek Gereksinimleri	89
4.2.4. Metaforik Algı Temaları	91

4.2.5. NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programının etkinliğine yönelik eylem öncesi ve eylem sonrası nicel ve nitel bulguların karşılaştırılması	92
--	----

5. TARTIŞMA 101

5.1. Yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin psikolojik sıkıntı düzeyleri ve stresle başa çıkma deneyimleri	102
--	-----

5.2. Yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin stresle başa çıkma tarzları ve stresle başa çıkma deneyimleri	108
---	-----

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 118

6.1. Sonuçlar	118
---------------	-----

6.2. Öneriler	119
---------------	-----

KAYNAKLAR

EKLER

- EK-1 Motivasyonel Görüşme Tekniği Eğitimi Katılım Belgesi
- EK-2 Psikoeğitim ve Terapötik Grup Yönetimi Eğitimi Katılım Belgesi
- EK-3 Psychological First Help Based on PPT Katılım Belgesi
- EK-4 Temel Yoğun Bakım Hemşireliği E-Kursu Katılım Belgesi
- EK-5 Path2Integrity Training for Educators Katılım Belgesi
- EK-6 Mindfulness Temelli Şefkatli Yaşam Eğitimi Katılım Belgesi
- EK-7 Kuram/ Model Temelli Uygulama/ Araştırma Geliştirme Katılım Belgesi
- EK-8 Yoğun Bakım Hemşireliği Kursu Katılım Belgesi
- EK-9 Psikiyatri Hemşireliğinde Psikoeğitim Uygulayıcı Kursu Katılım Belgesi
- EK-10 Tanıtıcı Özellikler Formu
- EK-11 Psikolojik Sıkıntı Ölçeği (K10-PSÖ)
- EK-12 Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)
- EK-13 Eylem Sonrası Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu
- EK-14 Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu Onayı
- EK-15 Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onayı
- EK-16 Antalya İl Sağlık Müdürlüğü Kurum Onayı
- EK-17 Psikolojik Sıkıntı Ölçeği Kullanım Onayı
- EK-18 Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

EK-19 Bilgilendirilmiş Onam Formu

EK-20 Neuman Sistemler Modeline Temellendirilmiş Psikoeğitim Programının

Oturum İçerikleri ve Kuramsal Temeli

ÖZGEÇMİŞ



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 2.1.	Neuman'ın Sistemler Modeline temellendirilmiş YÖKTEZ veri tabanına kayıtlı doktora tezleri	28
Tablo 3.1.	Araştırmanın Dahil Edilme, Dışlama ve Çıkarılma Kriterleri	46
Tablo 3.2.	Yoğun Bakımda Yatan Bireyler ve Eşlerinin Tanıtıcı Özellikleri	47
Tablo 3.3.	Yoğun Bakımda Yatan Bireylerin Eşlerinin Tanıtıcı Özellikleri	48
Tablo 3.4.	NSM'ye Temellendirilmiş Psikoeğitim Programına ilişkin Uzman Uyum İstatistikleri	54
Tablo 3.5.	NSM'ye Temellendirilmiş Psikoeğitim Programının Puanlamasına ilişkin Uzman Uyum İstatistikleri	55
Tablo 3.6.	NSM'ye Temellendirilmiş Psikoeğitim Programının Uzman Görüşlerine İlişkin Betimsel Analiz Sonuçları ve Yapılan Düzenlemeler	57
Tablo 4.1.	Katılımcıların Eylem Öncesi ve Eylem Sonrası Psikolojik Sıkıntı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	73
Tablo 4.2.	Katılımcıların eylem öncesi ve eylem sonrası stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması	74
Tablo 4.3.	Katılımcıların Stresle Başa Çıkma Deneyimlerine Yönelik Ana Tema ve Alt Temaları	75
Tablo 4.4.	Katılımcıların Stresle Başa Çıkma Stratejileri Ana Temasına İlişkin Alt Temaları	77
Tablo 4.5.	Katılımcıların Duygusal Tepkiler Ana Temasına İlişkin Alt Temaları	84
Tablo 4.6.	Katılımcıların Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ana Temasına İlişkin Alt Temaları	89
Tablo 4.7.	Katılımcıların Metaforik Algı Temaları	91
Tablo 4.8.	NSM'ye Temellendirilmiş Psikoeğitim Programının Etkinliğine Yönelik Eylem Öncesi ve Eylem Sonrası Nicel ve Nitel Bulguların Karşılaştırılması	93

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1.	Neuman'ın Sistemler Modeli	18
Şekil 3.1.	Araştırmanın Türü	34
Şekil 3.2.	Eylem Araştırması için Karma Yöntem Metodolojik Çerçevesi	37
Şekil 3.3.	NSM'ye Temellendirilmiş Hemşirelikte Araştırma Yaklaşımı (RAIN)	40
Şekil 3.4.	Araştırmanın Metodolojik Çerçevesi	43
Şekil 3.5.	Araştırmanın Uygulama Akış Şeması	46
Şekil 3.6.	Eylem Öncesi ve Eylem Sonrası Veri Toplama Araçları	51
Şekil 3.7.	Araştırmanın Kavramsal-Teorik-Deneysel Yapısı	59
Şekil 3.8.	NSM'ye Temellendirilmiş Psikoeğitim Programı Oturumları, Hedefleri ve Hemşirelik Girişimleri	60
Şekil 3.9.	Nitel Araştırmalarda Geçerlik ve Güvenirlik Göstergeleri	66
Şekil 4.1.	Eylem Sonrası Nitel Bulguların Kavramsal Çerçevesi	75

SİMGELER ve KISALTMALAR

EÖ	: Eylem Öncesi
ES	: Eylem Sonrası
KLP	: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi
K10-PSÖ	: Psikolojik Sıkıntı Ölçeği
NSM	: Neuman'ın Sistemler Modeli
SBTÖ	: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği
YBÜ	: Yoğun Bakım Ünitesi
YÖKTEZ	: Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi

1. GİRİŞ

Yoğun bakım ünitesine yatış süreci aile üyeleri için ciddi klinik ve psikolojik sonuçları olan stresli ve travmatik bir deneyimdir (van Beusekom ve ark., 2016; Abdul Halain ve ark., 2022). Yoğun bakıma aileden bir bireyin yatışı tüm aile üyeleri için stresli olmakla birlikte eşlerin daha yüksek düzeyde stres ve psikolojik sıkıntı yaşadığı belirtilmektedir (Konstanti ve ark., 2016; Köse ve ark., 2016; Abdul Halain ve ark., 2022). Eşlerin yakın ilişki kurarak birlikte yaşaması ve etkileşimlerinin diğer aile üyelerine göre daha fazla olmasının bu süreçten daha fazla etkilenmelerine neden olabileceği belirtilmektedir (Rosendahl ve ark., 2013; Putowski ve ark., 2023).

Yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin belirsizlik, iletişimde zorluklar, stres ve anksiyete gibi sorunlar yaşadıkları belirtilmektedir (Chan ve Twinn, 2007). Bununla birlikte yoğun bakımda yatan bireylerin taburcu olduktan altı ay sonrasında eşlerinin travma sonrası stres bozukluğu semptomları yaşadıkları bildirilmiştir (Dithole ve ark., 2013). Yapılan çalışmalarda yoğun bakımda yatan bireyin eşi olmanın ruhsal bozukluk geliştirme açısından önemli bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir (Gil-Juliá ve ark., 2021; Miyamoto ve ark., 2021; Putowski ve ark., 2023).

Yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin belirsizliğin üstesinden gelmek istediği, bilgiye ihtiyaç duydukları ve duygusal olarak desteklenmeye gereksinimleri olduğu belirtilmektedir (Matt ve ark., 2017). Yoğun bakıma yatışı yapılan bireylerin aile üyelerinin; kritik hastalık durumu ve sürecin belirsiz olması, kritik hastalığı olan aile üyesi hakkında yeterli bilgi alamama, yoğun bakım ekibiyle iletişim sorunları, kritik hastalığı olan aile üyesini görememe, yoğun bakım çevresi, karmaşık ekipmanlar ve yoğun bakıma yabancı olma gibi konularda bilgi gereksinimleri olduğu belirtilmektedir (Frivold ve ark., 2015, 2016; Hussin ve Hashim, 2017; Kynoch ve ark., 2021). Bununla birlikte yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin stresle başa çıkmada etkisiz başa çıkma yaklaşımını daha çok kullandığı ve bunun da psikolojik sıkıntıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (Rückholdt ve ark., 2019).

Stres ve stresle başa çıkma tarzlarıyla ilişkili olarak Neuman Sistemler Modeli (NSM), hemşirelerin bakım verdiği bireyin stresle başa çıkmasına yardımcı olacak bir modeldir (Neuman ve Fawcett, 2011). NSM bireyi eşsiz bir sistemsel bütün olarak tanımlamakta ve bu bütünlüğünü korumayı amaçlayan hatlarla çevrili bir yapıdan

oluşturduğunu belirtmektedir. Bireyin kişi içi, kişiler arası ve kişi dışı çevresel tüm stresörleri savunma ve direnç hatlarını zorlayarak, bireyin dengesinin ve uyumunun bozulmasına neden olabilmektedir (McEwen ve ark., 2018). Bu süreçte hemşirelerin bireylerin uyum mekanizmalarını güçlendiren ve sisteme yönelik stresörlerin sayı ve etkisini azaltmayı amaçlayan müdahalelerle bireyi desteklemesi temel yapının korunması açısından önemlidir (Neuman ve Fawcett, 2011). Modelde bu amaçlara yönelik birincil koruma düzeyinde bireyin sağlık/iyilik halinin en yüksek düzeyde tutulması, ikincil ve üçüncül korumada bireylerde stresi azaltabilecek etkili başa çıkma tarzlarını geliştirmek yer almaktadır (Fawcett ve Garity, 2009; Neuman ve Fawcett, 2011).

Yoğun bakımda yapılan NSM'ye temellendirilmiş yedi araştırmanın incelendiği bir sistematik derlemede (Khatiban ve ark., 2016), yoğun bakımda yatan birey ve aileleri için çevresel stresörlerin belirlenmesi ve kontrol altına alınmasının yüksek kaliteli bakım ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Kritik hastaya psikolojik bakım sağlanmasında NSM'ye temellendirilmiş hemşire destekli aile katılımının hastanın kritik hastalık sırasında yaşadığı stres faktörlerine karşı savunma ve direnç hatlarını güçlendirebileceği ve psikolojik iyileşmeyi artırabileceği belirtilmiştir (Black ve ark., 2011). Dolayısıyla NSM, bireyin denge ve uyumunu etkileme potansiyeli olan ya da etkileyen stresörlere yönelik müdahalelerin geliştirilmesi ve uygulanması önemlidir (Neuman ve Fawcett, 2011). Ulaşılabilen literatürde, yoğun bakım ünitesinde yatan bireylerin eşlerine yönelik yapılan NSM'ye temellendirilmiş herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bağlamda çalışmanın amacı, NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitimin yoğun bakım ünitesinde yatan bireylerin eşlerinin psikolojik sıkıntı ve stresle başa çıkma tarzları üzerine etkisini tekli karma yöntem araştırmasıyla değerlendirmektir. Bu kapsamda çalışmanın birinci safhasında NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programının geliştirilmesi, ikinci safhasında teknik eylem araştırmasıyla yürütülmesi planlanmıştır. Bu çalışmadan elde edilecek sonuçların, yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin psikolojik sağlığının ve stresle başa çıkma stratejilerinin desteklemesinde yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yoğun Bakım Ünitesi ve Kritik Hastalık

Yoğun bakım ünitesi, yaşamsal risk doğurabilecek tıbbi durumlardan, çoklu organ işlev bozukluğu gibi karmaşık durumlara kadar, ilk stabilizasyonun sağlanmasından en üst düzeyde tıbbi tedavi ve bakım hizmetlerinin verildiği özellikli birimdir (T.C. Resmî Gazete. Yataklı sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ 21 Ağustos 2020. Sayı 31220). Yoğun bakım ünitesine kabul edilen bireyler kritik hasta olarak değerlendirilmektedir. Kritik hastalık, tıbbi müdahalenin yokluğunda mortalite veya morbidite ile sonuçlanması beklenen yaşamı tehdit eden bir süreçtir (Robertson ve Al-Haddad, 2013). Kritik hastalık grupları; taşikardi, bradikardi ve ritim bozuklukları, akut solunum yetmezliği, organ yetmezlikleri, kafa travmaları, beyin kanamaları, ani bilinç değişikliği, intoksikasyon, ağır travmalar ve büyük cerrahi girişim sonrası yakın gözlem yapılması gereken durumlardır (Menemencioğlu, 2020).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yılda yaklaşık 5 milyondan fazla (<https://www.sccm.org/Communications/Critical-Care-Statistics>, Erişim tarihi: 10.05.2024), Birleşik Krallık'ta yılda yaklaşık 200 binden fazla (<https://www.icnarc.org/>, Erişim tarihi: 10.05.2024), Fransa'da ise yılda 150 binden fazla (Leone ve ark., 2018) kritik hastalığa sahip bireyin yoğun bakım ünitesine yatışı yapılmaktadır. Japonya'da 2015-2018 yılları arasında yapılan bir çalışmada toplam 5341 yoğun bakım yatak kapasitesine sahip 495 hastaneye 1.379.618 kritik hastalığa sahip bireyin yatışı yapıldığı bildirilmiştir (Ohbe ve ark., 2021). Türkiye'de Sağlık İstatistikleri Yıllığına (2022) göre sektörlere göre yetişkin yoğun bakım yatak sayısı Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde 17.974, Üniversite hastanelerinde 4.741, özel hastanelerde 10.099 olmak üzere toplam 32.814'tür. Ülkemizde Esen ve Yiğit (2021) tarafından yapılan bir çalışmada yoğun bakımların yatak doluluk oranlarının ortalamasının 2017 yılında %74.10 iken, 2018 yılında %82.04 olduğu bildirilmiştir. Bu veriler, yoğun bakım ünitesine kabul gerektiren kritik hastalıkların dünya genelinde sıklığının ve yoğun bakım ihtiyacının artmaya devam ettiğini göstermektedir (Ullman ve ark., 2014).

Yoğun bakıma yatırışı yapılan bireyler akut kritik hastalığın yanı sıra deliryum, korku, mahremiyet eksikliği, gürültü, ağrı, sedasyon uygulaması, uyku yoksunluğu ve yoğun bakım ortamı nedeniyle birçok stresör ile karşı karşıya kalabilmektedirler (Rengel ve ark., 2019). Yoğun bakıma yatırışı yapılan bireylerin aile üyeleri; kritik hastalık durumu, yoğun bakıma yatışın ani ve plansız olması, belirsizlik, yeterli bilgi alamama, yoğun bakım ekibiyle iletişim sorunları, yoğun bakımda yatan yakınıni görememe, yoğun bakım çevresi, karmaşık ekipmanlar ve yoğun bakıma yabancı olma gibi nedenlerle korku, kaygı, umutsuzluk, fiziksel ve psikolojik yorgunluk, uyku bozukluğu, stres ve anksiyete yaşayabilmektedir (Frivold ve ark., 2015; Hussin ve Hashim, 2017).

Bu nedenle yoğun bakıma yatış, kritik hastalığı olan bireylerde, anksiyete, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu gibi kısa ve uzun vadeli olumsuz psikolojik sonuçlara neden olabilmektedir (Held ve Moss, 2019). Yoğun bakım ünitesinde yatan birey kadar aile üyelerinin de bu karmaşık süreçten olumsuz etkilenmesi aile üyelerinin de hemşireler tarafından desteklenmesini ve bütüncül bakımın sağlamasını gerekli kılmaktadır (Abdul Halain ve ark., 2022). Yoğun bakımda bireylere bireyselleştirilmiş bakıma aile üyelerinin de dahil edilerek kavramsallaştırılması vurgulandığından eşleri de kapsayan müdahaleler planlanması gerektiği belirtilmektedir (Gu ve ark., 2024).

2.2. Yoğun Bakımda Yatan Bireyin Eşi Olmak

Aile bir sistem olarak ele alındığında, sistemin parçaları arasında sürekli bir etkileşim vardır ve hastalık durumunda hasta bireydeki değişim tüm aileyi etkilemektedir (Hallaç ve Öz, 2014). Aile üyelerinden birisinin yoğun bakıma yatması durumu aile dengesini bozabilmektedir (Gu ve ark., 2024). Yoğun bakıma kabul, aile rolleri ve sorumluluklarındaki değişiklikler, ekonomik kaygılar, günlük yaşam rutinlerin bozulması dahil olmak üzere aile üyelerinin yaşamlarını önemli ölçüde etkileyebilen bir süreçtir (Gürkan, 2009; Ågård ve ark., 2015). Hallaç ve Öz (2014) tarafından yapılan bir çalışmada, bakımın odağının yalnızca bireye değil aileye yöneltilmesi, aileyi sadece bir patoloji değil aynı zamanda yapısı, dinamikleri ve süreçleriyle dikkate almanın önemli olduğu ve aile merkezli bakıma öncelik vermenin gerekliliği vurgulanmıştır. Günümüzde yoğun bakım sürecindeki hastanın bakımının hasta odaklı olması yerine aile merkezli bakıma geçilmesi ve ailenin kritik bakım ortamına dahil edilmesine yönelik yaklaşımlar uygulanmaktadır (Davidson ve ark., 2017; Vester ve ark., 2022).

Yoğun bakım ortamı ve kritik hastalığın belirsizliği aile içinde şok, çaresizlik, öfke, suçluluk, inkar ve depresyon duygularının ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Wong ve ark., 2015). Yapılan çalışmalarda (Frivold ve ark., 2015, 2016; Hussin ve Hashim, 2017; Kynoch ve ark., 2021) aileden bir bireyin yoğun bakıma kabulü diğer aile üyelerinin stres, anksiyete, korku, fiziksel ve psikolojik yorgunluk, umutsuzluk yaşadıklarını göstermektedir. Yoğun bakıma kabul edilen bireylerin ailelerinin yaşadığı en yaygın psikolojik sıkıntı belirtileri depresyon, anksiyete ve strestir (Frivold, ve ark., 2015). Yapılan çalışmalarda (Davidson ve ark., 2012; Komachi ve Kamibepu, 2015), yoğun bakımda kalış süreci ve sonrasında, aile üyelerinin önemli ölçüde akut stres bozukluğu (%22), anksiyete (%40), depresyon (%23) ve travma sonrası stres bozukluğu (%21) yaşadığı bildirilmiştir. İlgili literatür (Dziadzko ve ark., 2017), aile üyelerinin %10 ile %69 oranında kısa ya da uzun süreli olarak orta-yüksek düzeyde psikolojik sıkıntı yaşadığını göstermektedir.

Yoğun bakım süreci, aileler için stresli bir deneyim olmasının yanı sıra çoğu zaman aileleri bir araya getiren ve onları derin bir şekilde birbirine bağlayan bir deneyimdir (Eggenberger ve Nems, 2007; Nelderup ve Samuelson, 2020). Yapılan bir çalışmada (Koukouli, 2018), yoğun bakıma yatan bireylerin eşleri, yoğun bakım sürecinin stres ve kaygı yaşamalarına neden olduğu aynı zamanda bu sürecin insan ilişkilerinde değişim ve gelişimi desteklediğini ifade etmişlerdir. Eşlerin yakın ilişki kurarak birlikte yaşaması, belirli işlevleri ve rollerinin olması, etkileşim biçimleri, sahip oldukları kaynakları, bir yaşam döngüsü ve geçmişleri vardır (Vester ve ark., 2020). Dolayısıyla eşlerin etkileşimlerinin diğer aile üyelerine göre daha fazla olması nedeniyle yoğun bakıma yatış sürecinden daha fazla etkilendikleri belirtilmektedir (Rosendahl ve ark., 2013; Vester ve ark., 2020). Vester ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan bir çalışmada, yoğun bakıma yatış sırasında eşler, birlikte kalma, ortak hareket etme, bakım süreçlerinde görünür olma ve desteklenme ihtiyaçları olduğunu ifade etmişlerdir. Yoğun bakım ünitesinde yatan bireylerin eşlerinin deneyimlerinin değerlendirildiği bir çalışmada, eşlerin bir arada olmasının önemli olduğu, yoğun bakım sürecinin yaşamlarını önemli düzeyde olumsuz etkilediği ve gelecekle ilgili kaygı duydukları ortaya çıkmıştır (Engström ve Söderberg, 2004). Yoğun bakımda yatan bireylerin eşleri, fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak birçok stresör ile karşılaşmakta ve bu durum onların psikolojik sağlıklarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Gil-Juliá ve ark., 2021; Abdul Halain ve ark., 2022).

Eşlerden birinin kritik hastalığı ve yoğun bakıma kabulü diğer eşin günlük yaşam deneyimlerinde zorluklar ortaya çıkarabilir ve bu zorlukların günlük yaşamlarına devam etme yeteneklerini etkileyebilir (Ågård ve ark., 2015; Vester ve ark., 2021;). Yapılan çalışmalarda (Pochard ve ark., 2005; Siegel ve ark., 2008, Gil-Juliá ve ark., 2021; Abdul Halain ve ark., 2022) aileden bir bireyin yoğun bakıma yatışının tüm aile üyeleri için stresli bir durum olduğu ve eşlerin daha yüksek düzeyde stres ve psikolojik sıkıntı yaşadığı belirtilmektedir. Chan ve Twinn (2007) tarafından yapılan fenomenolojik bir çalışmada, yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin belirsizlik nedeniyle kaygı, iletişim problemleri ve stres yaşadıkları belirtilmektedir (Chan ve Twinn, 2007). Rückholdt ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan sistematik derlemede, yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin etkisiz başa çıkma yaklaşımını daha çok kullandığı ve bunun da psikolojik sıkıntıyla ilişkili olduğu gösterilmektedir (Rückholdt ve ark., 2019). Başka bir çalışmada (Miyamoto ve ark., 2021), yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin ruhsal bir bozukluğa sahip olma riskinin diğer aile üyelerine göre daha fazla olduğu belirtilmektedir. Dithole ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan çalışmada yoğun bakımda yatan bireyler taburcu olduktan altı ay sonra eşlerinin travma sonrası stres bozukluğu yaşadıkları bildirilmektedir (Dithole ve ark., 2013; Nelderup ve Samuelson, 2020).

Kritik hastalığın ardından gelişen ve yoğun bakıma yatıştan sonra da devam eden yeni veya kötüleşen fiziksel, psikolojik ve bilişsel sağlık sorunları yoğun bakım sonrası sendrom olarak tanımlanmaktadır (Needham ve ark., 2012; Vester ve ark., 2022; Yeni ve Enç, 2022). Yoğun bakım deneyiminin ardından aile üyeleri akut stres bozuklukları, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu geliştirme açısından risk altındadır (Davidson ve ark., 2012). Bu semptomlar topluca yoğun bakım sonrası sendromu-aile olarak tanımlanmaktadır (Davidson ve ark., 2012; Hayes ve ark., 2024). Yoğun bakımda yatan bireyin eşi olmanın yoğun bakım sendromu-aile için önemli risk faktörlerinden biri olduğu bildirilmiştir (Inoue ve ark., 2019). Bu bağlamda yoğun bakımda bakım verilen bireylerin aile üyelerinin kaygı düzeylerini ve psikolojik sıkıntılarını azaltmak amacıyla öncelikli gereksinimlerinin saptanması ve karşılanması önerilmektedir (Alsharari, 2019). Kritik hastalık deneyiminin yol açtığı büyük değişimlerle ilgili aile üyelerinin yaşadıkları stresi erken tespit etmek ve azaltmak için uygun müdahalelerin planlanması hemşirelik bakımı kapsamında ele alınmalıdır (Eggenberger ve Nelms, 2007; Vester ve ark., 2020). Dolayısıyla, bu durum yoğun

bakımda yatan bireylerin eşlerinin psikolojik sıkıntı ve stresle başa çıkma durumlarının değerlendirilerek yoğun bakım sürecinde uygun psikososyal destek ve müdahalelerin sağlanmasının gerekliliğini göstermektedir.

2.3. Yoğun Bakımda Yatan Bireylerin Eşlerinin Gereksinimleri

Yoğun bakım, eşleri fiziksel, psikolojik, spiritüel ve sosyal yönden etkileyebilmektedir ve bu alanlarda çeşitli gereksinimlerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Verhaeghe ve ark., 2005; Nelderup ve Samuelson, 2020). Yoğun bakımda yatan bireylerinin ailelerinin gereksinimlerini belirlemek üzere yapılmış çalışmalar (Auerbach ve ark., 2005, 2009; Gürkan, 2009; Coskun ve Kol, 2021) hastalarının durumu ve tedavi süreci hakkında bilgi gereksinimi, hastalarının bakımının profesyonel bir şekilde yapıldığı ile ilgili güvence gereksinimi, hastalarına fiziksel ve duygusal olarak yakın olma gereksinimi, duygusal ve sosyal destek gereksinimi, yoğun bakım ortamında fiziksel ve duygusal rahatlık sağlayacak konfor gereksinimi olduğunu göstermiştir.

Yoğun bakımda yatan bireylerin yakınlarının %61.04'ünün hastanın durumu ile ilgili her gün bilgi aldığı bununla birlikte %55.84'ünün hasta ile ilgili yeterli bilgi almadığı belirtilmektedir (Erol ve Kublay, 2019). Yoğun bakıma yatışı yapılan bireylerin aile üyelerinin; kritik hastalık durumu ve sürecin belirsiz olması, aile üyesi hakkında yeterli bilgi alamama, yoğun bakım ekibiyle iletişim sorunları, yoğun bakımda yatan yakınına görememe, yoğun bakım çevresi, karmaşık ekipmanlar ve yoğun bakıma yabancı olma gibi konularda bilgi gereksinimleri olduğu belirtilmektedir (Frivold ve ark., 2015, 2016; Hussin ve Hashim, 2017; Kynoch ve ark., 2021). Yoğun bakımda yatan bireylerin ailelerinin yoğun bakımda kalış süresi arttıkça bilgi gereksinimi, hastayla birlikte olma ya da hastaya yakın olma gereksinimi ve psikolojik destek gereksiniminin arttığı belirtilmiştir (Erol ve ark., 2022). Yoğun bakımda yatan bireylerin aileleri sıklıkla bakımın duygusal/ilişkiler arası yönlerini vurgulamakta, iletişim ve karar verme süreçlerinin, aileleri desteklenmenin bakımın önemli hedefleri arasında göstermektedirler (Hansen ve ark., 2016). Yapılan başka çalışmalarda benzer şekilde, yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin de benzer şekilde bilgi, destek ve iletişim gibi temel gereksinimlerinin olduğu belirtilmiştir (Nelderup ve Samuelson, 2020). Engström ve Söderberg (2004) tarafından yapılan bir çalışmada, yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin destek gereksinimleri yeterli bilgi almak, sağlık personelinin ve arkadaşlarından destek almak ve belirsizlik durumuyla baş etmek

olarak belirlenmiştir. Başka bir çalışmada (Theobald, 1997), eşlerin belirsizliğin üstesinden gelmek istedikleri, bilgiye ihtiyaç duydukları ve duygusal olarak destek gereksinimleri olduğu bulunmuştur. Bu araştırmalar hemşirelerin eşlerin duygularını yönetme, destek sistemleriyle ilgili sağlık profesyonelleriyle iletişimlerini sağlama, bilgi gereksinimlerini giderme, stres ve kaygılarını azaltmaya yönelik müdahale çalışmalarının yapılmasına ihtiyaç olduğunu göstermektedir (Nelderup ve Samuelson, 2020).

Yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin zaman içinde gereksinimleri değişebilmektedir. Yoğun bakımın ilk evrelerindeki gereksinim sağlık profesyonelleri tarafından bilgilendirilme ve iletişim gereksinimi olduğu (Al-Mutair, 2013), ilerleyen evrelerde (yatıştan birkaç ay sonra) yoğun bakımdan sonraki bilgilendirme gereksinimi, başa çıkma ve hayatlarına devam edebilmeleri için ne tür desteğe ihtiyaç duyduklarını bilmeye gereksinimleri olduğu belirtilmektedir (Nelderup ve Samuelson, 2020). Eşler, yoğun bakıma yatış sürecinde kritik hastalık nedeniyle eşini kaybetmekle ilgili kaygı duyarken taburculuk sonrasında bakımından sorumlu olmakla ilgili kaygı yaşayabilmektedirler (Nelderup ve Samuelson, 2020). Yoğun bakım sırasında ve sonrasında eşlerin sağlık profesyonellerinden kapsamlı ve sürekli desteğe ihtiyaçları olduğu belirtilmektedir (Nelderup ve Samuelson, 2020). Dolayısıyla eşlerin gereksinimlerinin saptanması ve karşılanması kaygı düzeylerini ve psikolojik sıkıntılarını azaltabilmektedir (Alsharari, 2019). Yapılan çalışmalarda yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin gereksinimlerine yönelik hemşirelerin duyguları yönetme, sosyal destek, bilgi gereksinimi ve stresle başa çıkmaya yönelik müdahaleleri planlamasının önemi vurgulanmaktadır (Theobald, 1997; Engström ve Söderberg, 2004; Nelderup ve Samuelson, 2020). Bu bağlamda hemşireler tarafından, kritik hastalık bakımında birey ve ailenin bütüncül değerlendirilmesi, aile üyelerinin bilgilendirilmesi, duygusal tepkilerinin anlaşılması, paylaşılması ve desteklenmesi ailelerin baş etmelerini güçlendirerek psikolojik iyi oluşlarının geliştirilmesi önemlidir (Rnanicrnt, 2014).

2.4. Yoğun Bakımda Yatan Bireylerin Eşlerinde Psikolojik Sıkıntı

Psikolojik sıkıntı, stresli yaşam olayları karşısında uyumsuz psikolojik işleyişin genel kavramını ifade etmektedir (Johnson ve ark., 2019; Abdul Halain ve ark., 2022). Psikolojik sıkıntı; stres, anksiyete, depresyon veya travma sonrası stres bozukluğuna kadar uzanan birden fazla yaygın psikolojik durumu kapsayan bir şemsiye terim olarak

kavramsallaştırılabilir (Zhu ve ark. 2022). Başka bir ifadeyle psikolojik sıkıntı, bir bireyin belirli bir stres faktörüne yanıt olarak deneyimlediği, kişiye geçici veya kalıcı zarar veren, rahatsız edici duygusal durum olarak tanımlanmaktadır (Ridner, 2004). Ridner (2004) tarafından yapılan bir çalışmada, psikolojik sıkıntının özellikleri, etkili başa çıkmayı zorlaştıran algılanan yetersizlik, duygusal değişiklikler, rahatsızlık, bu rahatsızlığın ifade edilmesi ve ortaya çıkan zarar olarak belirtilmiştir. Yoğun bakımda yatan bireylerinin eşlerinin yaşadıkları belirsizlik, sevdiği kişinin durumu hakkında kaygılanma, değişen aile için roller, yüklenen ek sorumluluklar gibi faktörler yüksek düzeyde psikolojik sıkıntıya yol açabilir. Yüksek düzeyde psikolojik sıkıntının, ruh sağlığını bozulmasının veya yaygın ruhsal bozuklukların bir özelliği olabileceğinin göstergesi olabilir (Zhu ve ark. 2022). Yapılan çalışmalarda (Dziadzko ve ark., 2017; Abdul Halain ve ark., 2022; Zhu ve ark. 2022) yoğun bakımda yatan bireylerin ailelerinde psikolojik sıkıntıya ilişkin orta ile yüksek düzeyde psikolojik semptomlar yaşadıkları bildirilmiştir. Kritik hastalık nedeniyle yoğun bakımda yatan bireylerin aile üyelerinin %10-69'unun orta-yüksek düzeyde psikolojik sıkıntı yaşadıkları bildirilmiştir (Dziadzko ve ark., 2017). Yapılan bir başka çalışmada da benzer şekilde yoğun bakım ünitesinde kritik hastalığa sahip bireylerin aile üyelerinin yüksek düzeyde kaygı, depresyon, stres yaşadığı ve orta/yüksek düzeyde psikolojik sıkıntı semptomları deneyimledikleri bildirilmektedir (Abdul Halain ve ark., 2022).

Putowski ve arkadaşları (2023) yoğun bakımda yatan bireyin eşi olmanın ruhsal bozukluk geliştirme açısından önemli bir risk faktörü olduğunu saptamıştır. Yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin ruhsal bir bozukluğa sahip olma riskinin daha fazla olduğu belirtilmektedir (Miyamoto ve ark., 2021). Dithole ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan bir çalışmada yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinde travma sonrası stres bozukluğu değerlendirilmiş ve taburculuktan altı ay sonra travma sonrası stres bozukluğu belirtileri olduğu belirtilmiştir. Psikolojik sıkıntıya müdahale edilmediği takdirde tükenmişlik sendromu, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu gibi ruhsal bozukluklar görülebilmektedir (Zhu ve ark., 2022). Fumis ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan yoğun bakımda kalış sırasında ve sonrasında hasta çiftlerinde ve aile üyelerinde görülen ruhsal bozuklukların incelendiği çalışmada, anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu semptomlarının aile üyelerinde hastalardan daha yüksek olduğu, aile üyelerindeki bu semptomların taburculuk sonrası üçüncü ayda devam ederken, hastalarda azaldığı belirlenmiştir.

Başka bir çalışmada (Mcadam ve ark., 2012) ise aile üyelerinin travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete ve depresyon semptomları yoğun bakım deneyiminden üç ay sonra önemli ölçüde azaldığı ancak hastaların son durumlarına göre farklılık göstermediği ortaya koyulmuştur. Bu çalışmalara bakıldığında Mcadam ve ark., 2012; Fumis ve ark., 2015; Zhu ve ark., 2022) tanımlayıcı türde olduğu, yoğun bakımda yatan bireylerin ailelerine yönelik en iyi stratejilerin belirlenmesi için yeterli kanıt bulunmadığı belirtilmektedir. Dolayısıyla yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin fiziksel, psikososyal, spiritüel, kültürel, gelişimsel gereksinimleri anlamak ve psikolojik sıkıntılarını azaltmak için müdahale çalışmalarına ihtiyaç olduğu görülmektedir (Choi ve ark., 2016).

Yapılan çalışmalarda yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin diğer aile üyelerine göre daha fazla psikolojik sıkıntı yaşadıkları bildirilmektedir (Siegel ve ark., 2008; Konstanti ve ark., 2016; Genç Köse ve Demirbağ, 2018; Abdul Halain ve ark., 2022). Rückholdt ve arkadaşları (2019) tarafından bir sistematik derlemede ise, 15 çalışma incelenmiş ve yoğun bakım ünitesinde tedavi gören bireylerin eşlerinin kaçınma başa çıkma stratejisini daha çok kullandığı ve bunun da psikolojik sıkıntıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (Rückholdt ve ark., 2019). Bu bağlamda değerlendirildiğinde yoğun bakımda yatan bireylerin aile üyelerinin yoğun bakıma yatış sürecinde psikolojik sıkıntı yaşama açısından risk altında olduğu ve bu sürecin etkisini azaltmak için mümkün olan en erken zamanda psikososyal bakımın sunulması önemlidir (Black ve ark., 2011; Turner-Cobb ve ark., 2016). Bu durum özellikle kritik hastalığa sahip bireyin eşiyle daha önemlidir çünkü eşlerde psikolojik sıkıntı yaşama ve ruhsal bozukluğun ortaya çıkma riski daha fazladır (Caballero-Suárez ve ark., 2023). Wang ve arkadaşları (2023) tarafından yapılan bir sistematik çalışmada, aile merkezli müdahalelerin ruh sağlığı sonuçları üzerindeki iyileştirici etkisi olduğunu ortaya koyulmuştur. Dolayısıyla yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin psikolojik sıkıntılarının ele alınması kapsamlı bir kritik bakım yaklaşımının ayrılmaz bir parçası olmalıdır (Choi ve ark., 2016). Bu nedenle psikolojik sıkıntının azaltılması ve etkili başa çıkma stratejileri geliştirilmesi için psikososyal destek ve müdahale çalışmalarının yapılmasına ve en iyi uygulamaların belirlenmesine ihtiyaç vardır (Siegel ve ark., 2008; Konstanti ve ark., 2016; Genç Köse ve Demirbağ, 2018).

2.5. Yoğun Bakımda Yatan Bireylerin Eşlerinde Stresle Başa Çıkma

Yoğun bakım ünitesinde bir yakının olması tüm aile üyelerini etkileyen ve başa çıkması oldukça karmaşık bir süreçtir (Rückholdt ve ark., 2019). Yoğun bakımda yatan

bireylerin aile üyelerinin maruz kaldığı stres, uyku bozukluklarına, psikolojik sıkıntıya, anksiyeteye, depresyona ve travma sonrası bozukluğa yol açabilmektedir (Carter ve Clark, 2005). Matt ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan çalışmanın nitel bulguları, yoğun bakımda yatan bireylerin yakınlarındaki en belirgin stres faktörlerini; yakınlarının kendi çaresizlik duyguları (%20), belirsizlik duygusu (%20), kritik hastalığın şiddeti (%14), tehdit edici yoğun bakım ortamı (%13) ve yoğun bakım ekibinden bilgi alamamak (%13) olduğunu göstermiştir. Aileden bir bireyin yoğun bakıma yatışı tüm aile üyeleri için stresli olmakla birlikte eşlerin daha yüksek düzeyde stres yaşadığı belirtilmektedir (Siegel ve ark., 2008). Eşlerin yakın ilişki kurarak birlikte yaşaması ve etkileşimlerinin diğer aile üyelerine göre daha fazla olması nedeniyle yoğun bakıma yatış sürecinden daha fazla olumsuz etkilenebilmektedirler (Rosendahl ve ark., 2013). Dolayısıyla bir aile üyesinin, özellikle de bir eşin yoğun bakıma yatışı diğer aile üyelerine göre eşler için daha stresli olabilmektedir (Azoulay ve ark., 2005). Yoğun bakıma yatan bireylerin eşlerinin başlıca stres faktörlerini saptamak amacıyla yapılan çalışmada (Chan ve Twinn, 2007) stresörlerin belirsizlik, iletişim zorlukları, roller ve sorumluluklardaki değişiklikler, karar verme zorlukları, ekonomik sıkıntı ve ilişkilerdeki değişiklikler olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmada (Chan ve Twinn, 2007) yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin en önemli stres faktörlerinden birinin belirsizlik olduğu, belirsizlik nedenlerinin ise; hastaneye yatışın ani olması, hastalığın sonucunu bilmeme ve gelecek kaygısı olduğu bildirilmiştir (Chan ve Twinn, 2007). Yoğun bakım ünitesinde yatan bireylerin eşleri sorumluluklarındaki artış nedeniyle stres yaşayabilmekte ve kendilerini yalnız hissedebilmektedirler (Hupcey ve Penrod, 2000; Hupcey ve ark., 2000).

Başa çıkma, bireyin stres faktörlerine karşı verdiği tepki ve bu faktörlerin fiziksel ve duygusal sağlığı üzerindeki etkilerini belirleyen bilişsel ve davranışsal çabalar olarak tanımlanmaktadır (Lazarus ve Folkman, 1984). Başa çıkma kavramı, başa çıkma stratejileri ve başa çıkma tarzları arasında farkı belirten iki ana kavramı içerecek şekilde kavramsallaştırılmıştır (Rückholdt ve ark., 2019). Başa çıkma tarzı, bireyin stresörler ile etkileşimini karakterize eden istikrarlı bir başa çıkma tarzını ifade etmektedir (Moos ve Holahan, 2003; Shikai ve ark., 2014). Bu, bireyin stresle başa çıkma yöntemlerinin genel bir yönelimini veya kişilik özelliklerini ifade etmektedir. Stresle başa çıkma stratejisi ise bireylerin belirli stresli durumları yönetmek için kullandıkları başa çıkma becerileri veya tekniklerini içermektedir (Moos ve Holahan,

2003; Shikai ve ark., 2014). Bu, bireylerin stresörler ile karşılaştığında gösterdiği bilişsel veya davranışsal eylemleri içermektedir. Bireylerde başa çıkma tepkileri ve becerilerinin bireylerin karşılaştığı stres faktörlerinin değişkenliği tarafından belirlendiği, başa çıkma tarzı ve başa çıkma stratejilerinin birbiriyle ilişkili olduğu belirtilmektedir (Shikai ve ark., 2014). Araştırmacılar, Lazarus ve Folkman'ın (1984) fikirlerini birleştirerek üç başa çıkma yaklaşımı tanımlamışlardır. Bunlar; problem odaklı, aktif duygu odaklı ve kaçınmacı duygu odaklı başa çıkma yaklaşımlarıdır. Kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı problemi çözmeye yönelik olan etkili başa çıkma yolları, çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım duygulara yönelik olan etkisiz başa çıkma yolları olarak kabul edilmektedir (Folkman ve Lazarus, 1984; Connor-Smith ve Flachsbart, 2007). Genel olarak, problem odaklı ve aktif duygu odaklı başa çıkma uyumlu olarak kabul edilir ve iyileştirilmiş psikolojik sağlık sonuçlarıyla pozitif olarak ilişkilidir, kaçınmacı başa çıkma ise uyumsuz ve olumsuz zihinsel sağlık sonuçlarıyla ilişkilidir (Folkman ve Lazarus, 1984).

Yoğun bakımda yatan bireylerin aile üyeleri tarafından kullanılan başa çıkma tarzları ile ilişkili sosyal destek, cinsiyet, yaş, hasta ile ilişki, karar verici rolü ve önceki yoğun bakım deneyimi olmak üzere altı önemli faktör vurgulanmaktadır. Aynı zamanda başa çıkma tarzları aile üyelerinin karar alma yeteneğini etkilediği; uyum sağlayabilen başa çıkma becerilerine sahip olanların, hastaneye kaldırılan yakınları için tıbbi tedavileri reddetme olasılığı, uyum sağlayabilen başa çıkma becerilerine sahip olanlara kıyasla iki kat daha fazla olduğu bildirilmektedir (Rückholdt ve ark., 2019). Yoğun bakıma eşlerden birinin yatışı ile aile rolleri ve sorumluluklarındaki değişiklikler, ekonomik kaygılar, günlük yaşam rutinlerin bozulması dahil olmak üzere aile üyelerinin yaşamlarını önemli ölçüde etkilenebilmektedir (Ågård ve ark., 2015). Yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin stres faktörlerini saptamak ve bu tür stres faktörlerini yönetmek amacıyla kullanılan başa çıkma stratejilerini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada (Chan ve Twinn, 2007), sıklıkla kullanılan başa çıkma stratejilerinin; bilgi edinme, destek alma, kültürel inançlara ve uygulamalara güvenme, dini inançlara yönelme, umudu sürdürme ve hastalığı kabullenme olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin belirsizliğin üstesinden gelmek istediği, bilgiye ihtiyaç duydukları ve duygusal olarak desteklenmek istedikleri bulunmuştur (Theobald, 1997). Engström ve Söderberg (2004) tarafından yapılan bir

çalışmada, yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin destek gereksinimleri yeterli bilgi almak, sağlık personelinin ve arkadaşlarından destek almak ve belirsizlik durumuyla baş etmek olarak belirlenmiştir (Engström ve Söderberg, 2004). Bu araştırmalar eşlerin duygularını yönetme, destek sistemleriyle ilgili sağlık profesyonelleriyle iletişimlerini sağlama, bilgi gereksinimlerini sağlanmanın yanı sıra stresle başa çıkma becerilerinin geliştirilmesine yönelik müdahale çalışmalarının yapılmasına ihtiyaç olduğunu göstermektedir (Theobald, 1997; Engström ve Söderberg, 2004; Matt ve ark., 2017).

2.6. Yoğun Bakımda Yatan Bireylerin Eşlerine Yönelik Uygulanan Hemşirelik Müdahaleleri

Yoğun bakım hemşirelerinin, Resmî Gazetede 19 Nisan 2011 tarihli ve 27910 sayılı “Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik”te “*Yoğun bakım hastaları ile hasta yakınlarının psikososyal problemlerine uygun hemşirelik yaklaşımını sağlar*” ifadesi ile yoğun bakım ünitesinde yatan bireylerin ailelerine yönelik hemşirelik bakımına ilişkin önemli rolü belirtilmektedir (T.C. Resmî Gazete. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. 19 Mart 2011. Sayı: 27910). Yoğun bakım hemşireleri hasta ve ailesine yönelik temel iletişim ve tanılama becerileri ve psikososyal desteği sağlayabilmelidir (Kocaman, 2005, 2006). Bununla birlikte Arslan ve Yazıcı (2022) tarafından yapılan bir çalışmada, yoğun bakım hemşirelerinin hastaların psikososyal bakım konusunda konsültasyon liyezon psikiyatrisi (KLP) hemşireleri ile iş birliğine ihtiyaçları olduğu bildirilmiştir. Yoğun bakımda yatan bireylerin ailelerinin desteklenmesinde yoğun bakım hemşiresinin rolünün yanı sıra genel hastane ortamında birey ve ailesini biyopsikososyal açıdan ele alarak bütüncül bir bakımı hedefleyen KLP hemşirelerinin rolü bulunmaktadır (Kocaman Yıldırım ve Terakye, 2017; Arslan ve Yazıcı, 2021; Grover ve Naskar, 2023). KLP hemşiresinin birincil amacı hasta ve ailesinin içinde bulunduğu duruma psikososyal uyumunu sağlamak, stresle başa çıkmalarını güçlendirmektir (Johnston ve Cowman, 2008; Kocaman Yıldırım, 2016; Oldham ve ark., 2021). Resmî 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 birey ve ailesinin bakımı ile ilgili sorumlulukları belirlenmiştir. Hemşirelik yönetmeliğinde Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Hemşiresi görev, yetki ve sorumlulukları arasında

verilen, “Fiziksel hastalığı olan bireyin ve ailesinin hastalığa, tedaviye psikolojik uyumunu sağlamada, adaptif fonksiyonlarını geliştirmelerinde, yeniden kazanmalarında yardım eder”, “Genel hastanedeki tedavi ekibi ile iş birliği içinde hasta/hasta ailesine yönelik eğitim ihtiyacını saptar, psikolojik eğitimi planlar, hastanın aktif katılımını teşvik eder, eğitimi uygular ve değerlendirir”, “Hasta ve ailelerine ruh sağlığını, problemlerle baş etme yollarını geliştirmeleri için yardım eder, eğitim verir.” maddeleri yoğun bakım ünitesinde yatan bireylerin eşlerine yönelik uygulanan psikososyal müdahaleler için psikiyatri hemşirelerinin rolünü vurgulamaktadır (T.C. Resmî Gazete. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. 19 Mart 2011. Sayı: 27910).

Yoğun bakım liyezon hemşirelerinin amacı ve rollerinden biri de aile eğitim ve desteğidir (Kocaman, 2007; Arslan ve Yazıcı, 2021; Grover ve Naskar, 2023). Bu kapsamda yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerini desteklemede KLP hemşireliğinin önemli olduğu, yoğun bakım hemşireleri ile KLP hemşirelerinin aile eğitim ve desteği için iş birliği yapmaları gerektiği vurgulanmaktadır (Özaltın ve Nehir, 2010; Yıldırım ve ark., 2019; Arslan ve Yazıcı, 2021). Yoğun bakım sürecinde aile eğitim ve desteğinde psikolojik bakım sağlanması önemlidir (Kocaman, 2005, 2006; Sharrock ve Happell, 2002; Arslan ve Yazıcı, 2021, Grover ve Naskar, 2023). Psikolojik bakım dört düzeyi içermektedir: birinci düzey bilgi verme, görüşme, dinleme ve empati becerileri gibi temel iletişim ve tanı becerilerini, psikolojik ihtiyaçları belirleme becerisini, sunumu ve aktarılan sorun hakkında bilgi alabilmeyi; ikinci düzey hasta/aile stresiyle başa çıkma becerisi, terapötik ilişki kurma, duyguları ifade etmeyi kolaylaştırma ve aktarılan sorun hakkında bilgi alabilmeyi gibi koruyucu psikolojik bakımı; üçüncü düzey kuramsal modeller ve çeşitli beceri eğitimlerine dayalı psikolojik yaklaşımlar gibi özelleşmiş psikolojik yaklaşımları; dördüncü düzey ise bilişsel ve davranış terapisi gibi psikoterapi uygulamalarını içermektedir (Kocaman, 2005; Fung ve ark., 2014). Kocaman Yıldırım (2016), konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliğinde terapötik uygulamaları; temel düzey psikoterapötik beceriler (terapötik iletişim, psikososyal değerlendirme, destek, bilgilendirme, başa çıkma becerisini geliştirme, riskli gruba belirleme ve yönlendirme), özelleşmiş psikolojik müdahaleler (danışmanlık, motivasyonel görüşme tekniği, krize müdahale, relaksasyon, psikoeğitim vb.) ve psikoterapi (kognitif davranışçı terapi, kişilerarası ilişkiler terapisi, sanat terapileri, psikoanalitik terapi vb.) olarak sınıflandırıldığını

belirtmiştir. Yoğun bakımda yatan bireylerin psikolojik bakım gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik yapılan bir çalışmada (Aktaş ve Baysan Arabacı, 2023), yoğun bakım hemşireleri genel olarak birinci ve ikinci düzey psikolojik bakım gereksinimlerini karşıladıkları, ikinci düzeyde hasta-aile stresiyle başa çıkmada yetersiz oldukları, üçüncü ve dördüncü düzey gereksinimleri karşılayamadıkları belirlenmiştir. Aynı çalışmada (Aktaş ve Baysan Arabacı, 2023), yoğun bakım hemşireleri, yoğun bakımda yatan bireylerin psikolojik bakımına yönelik iletişim kurma, uzman desteği alma, farmakolojik destek alma, bilgi veya açıklama yapma gibi yöntemleri kullandıkları, çalışmaya katılan 15 hemşireden 8'inin yoğun bakım hastalarının psikolojik bakım gereksinimlerinin uzman hemşire (konsültasyon liyezon psikiyatri hemşiresi) tarafından karşılanması gerektiğini belirttikleri ortaya koyulmuştur. Başka bir çalışmada (Alaca ve ark., 2011), hemşirelerin %92.4'ü hasta ve ailesine psikososyal bakım vermede psikiyatri hemşireliği alanında uzmanlık eğitimi almış bir meslektaşından destek almak istedikleri ortaya koyulmuştur. Bu bağlamda yoğun bakım hemşirelerinin birey ve aileye yönelik psikososyal destek müdahalelerinde KLP hemşireleri ile iş birliği yapmaları önemlidir.

Yoğun bakımda yatan bireylerin aile üyelerinin psikolojik sonuçlarını iyileştirmek amacıyla yapılan sınırlı sayıda randomize kontrollü çalışma bulunmaktadır. Yoğun bakımda yatan bireylerin aile üyeleri ile yapılan randomize kontrollü çalışmalarda, yoğun bakım günlüklerinin travma sonrası stres bozukluğunu azalttığı (Garrouste-Orgeas ve ark., 2012; Jones ve ark., 2012), iletişimi kolaylaştırma müdahalelerinin depresyon ve anksiyeteyi azalttığı (Curtis ve ark., 2016; Garrouste-Orgeas ve ark., 2012), yatak başı hasta bakımına katılımın anksiyeteyi azalttığı (Skoog ve ark., 2016), kolaylaştırılmış anlamlandırma kuramına temellendirilmiş aile destek programının ailelerin durumluk kaygı düzeyinin, içsel ve dışsal sıkışmışlık hissini anlamlı düzeyde azalttığı (Çakır ve Buldukoğlu, 2023) gösterilmiştir. Bu çalışmaların sonuçlarının aksine yapılan bir randomize kontrollü çalışmada aile desteği müdahalesinin psikolojik sıkıntıyı önemli ölçüde azaltmadığı (White ve ark., 2018), başka bir çalışmada bilgilendirici ve duygusal destek toplantılarının (Carson ve ark., 2016) anksiyete ve depresyonu anlamlı düzeyde azaltmadığı bildirilmiştir. Bununla birlikte yoğun bakımlarda sürekli aile desteği ve açık iletişimin aile üyelerinin bakımdan memnuniyetini artırdığını gösteren çalışmalara rağmen (Iglesias ve ark., 2013 ; Osborn ve ark., 2012), yoğun bakımlarda, aile merkezli bakımın ve ailelere

yönelik duygusal ve psikolojik desteğin yetersiz olması nedeniyle ailelerin desteklenmesi gerektiği bildirilmektedir (Visser ve ark., 2014).

Kiwanuka ve arkadaşları (2022) tarafından yapılan bir sistematik derlemede, yoğun bakımda uygulanan hemşire liderliğindeki müdahalelerin aile sonuçlarında küçük-orta düzeyde iyileşme sağladığı ortaya çıkmıştır. Özellikle eğitim ve bilgilendirici müdahalelerin aile desteğini ve ailelerin bakımdan duyduğu memnuniyeti artırdığı, bakım sürecinde aile katılımını/varlığını artıran hemşire liderliğindeki müdahalelerin ardından tedavi süreçleri, karar alma ve taburculuğa hazır olmayı desteklediği, yoğun bakım günlüklerini ailelerin bir hastalığın ciddiyetini anlamasını desteklediğini, bilgi sağladığını ve aile üyeleri arasında psikolojik sağlığı desteklediğini, iletişim tabanlı müdahalelerin güveni ve iletişim kalitesini artırdığı gösterilmiştir (Kiwanuka ve ark., 2022).

Khatiban ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan bir sistematik derlemede, yoğun bakım ünitelerinde yapılmış hemşireler, birey ve ailesi, yoğun bakım ortamı olmak üzere üç kategoride Neuman Sistemler Modeline temellendirilmiş yedi araştırma incelenmiş ve sonucunda hasta ve aileleri için çevresel stresörlerin belirlenmesi ve kontrol altına alınması yüksek kaliteli bakım ile ilişkilendirilmiştir Cairns ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan bir çalışmada, yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerine stres yönetimi müdahale programı uygulanmış ve eşlerin stres puanlarının anlamlı düzeyde azaldığı gösterilmiştir. Yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerine yönelik sınırlı sayıda müdahale çalışması bulunmakla birlikte yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerine yönelik NSM'ye temellendirilen herhangi bir psikoeğitim müdahalesine rastlanmamıştır. Bu bağlamda yoğun bakıma kabul edilen bireylerin ve aile üyelerinin stresle başa çıkmalarını geliştirmek ve psikolojik sıkıntılarını azaltmak için NSM'ye temellendirilen müdahale çalışmalarına ihtiyaç duyulduğu düşünülmektedir.

2.7. Araştırmanın Kavramsal Çerçevesi

2.7.1. Neuman'ın Sistemler Modeli

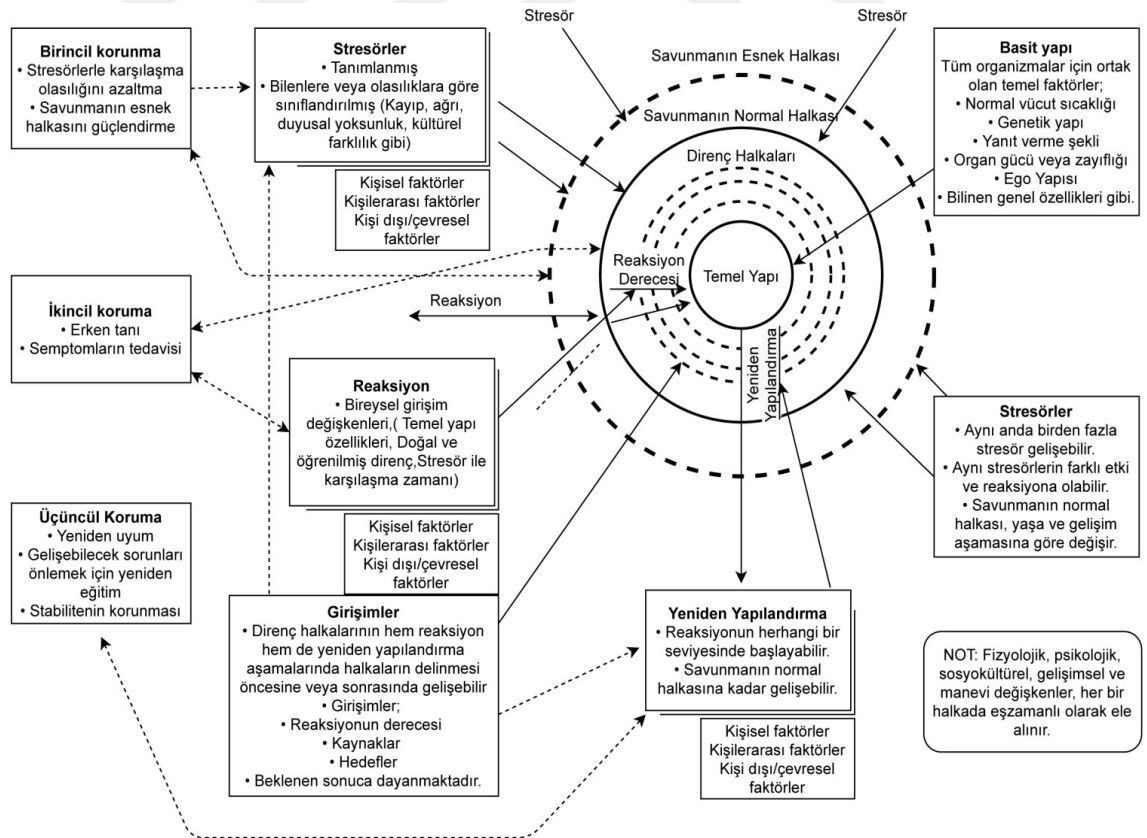
Betty Neuman tarafından 1970 yılında hemşirelik eğitimine yardımcı olmak amacıyla geliştirilen bu model öncelikli olarak hemşirelik eğitim ve uygulamalarında kullanılmış, 1972 yılında ise “Neuman Sistemler Modeli” kitabıyla yayınlamıştır (Neuman ve

Fawcett, 2011; Walker, 2005). Neuman Sistemler Modeli (NSM) bütüncül yaklaşımlı, iyiliğe uyum sağlamış, açık sistem özellikleri ile bireyin fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, spiritüel ve gelişimsel beş majör değişkenine yer verilmesi nedeniyle birey ve ailelerine bütüncül bakım sağlama ve hemşirelik uygulamalarına rehber olmada uygun bir modeldir (Neuman ve Fawcett, 2011). NSM'nin 1990'lardan günümüze kadar klinik uygulama, araştırma, eğitim ve yönetim alanlarında bir rehber olarak kullanımının arttığı bilinmektedir (Neuman ve Fawcett, 2011).

Neuman sağlık-bakım açık sistemler modelini geliştirirken Gestalt Teorisi, sistemler teorisi, stres adaptasyon teorisinden yararlanmıştır. Aynı zamanda alan teorilerinden de yararlanmıştır (Neuman ve Fawcett, 2011). Neuman, genel sistem teorisinden etkilenmiştir. Genel sistem teorisi, her bir canlının birbiri ve çevre ile etkileşimleri açık sistem içinde yaşayan organizmaların doğasını yansıtır (Bertalanffy, 1968; Sitzman ve Eicheberger, 2011). NSM'ye göre eğer bir sistem bir bozulma deneyimlirse bu diğer sistemleri de etkileyecektir. Geniş sistemler küçük sistemlerin tabakalarından oluşmaktadır (Sitzman ve Eicheberger, 2011). Neuman modelini geliştirirken aynı zamanda Gestalt teorisinden de etkilenmiştir. Gestalt teorisi, homeostatik sürecin çeşitli durumlar altında organizmayı dengelediğini ve dolayısıyla sağlığın sürdürülmesini sağlayan bir süreç olduğunu belirtmektedir (Koffka, 1992). Homeostazis, organizmanın gereksinimlerini kendisinin sağladığı bir süreçtir. Bütün yaşam organizmada denge ve dengesizliklerin yer değiştirmeleri ile karakterizedir (Meleis, 2007). Homeostatik süreç belli derecelerde bozulduğu zaman ve uzun süreli dengesizlik durumunda kendi gereksinimlerini karşılayamadığı için hastalık ortaya çıkar ve bu süreç tamamen bozulduğunda organizma ölür (Koffka, 1992; Meleis, 2007). Bu yüzden Gestalt yaklaşımı, bireyi organizma çevre alanının bir fonksiyonu, olarak görür ve bireyin davranışını da bu alanla olan ilişkisinin yansıması olarak tanımlamaktadır (Neuman ve Fawcett, 2011). NSM, genel sistem teorisi ve Gestalt teorisinin yanı sıra Selye'nin Stres Adaptasyon Sendromuna temellendirmiştir. Selye'ye göre stres bedenden beklenene karşı bedenin nonspesifik yanıtıdır. Stres, yeni koşullara uyum ihtiyacını artırır ve sorunun ne olduğuna bakılmaksızın soruna karşı uyum sağlamayı gerektirir (Wlaker, 2005; Meis, 2007). Bu model aynı zamanda Chardin ve Marks'ın felsefi görüşünden etkilenmiştir. Marxist felsefe, parçaların özelliklerinin dinamik olarak örgütlenmiş sistemlerin daha büyük parçalar tarafından belirlendiğini ileri sürmektedir (Wlaker, 2005; Meis, 2007). Neuman'da bütünün

biçiminin parçaların anlaşılmasını etkilediğini doğrulamıştır. Bu görüş de Chardin'ın felsefesinden etkilendiğini göstermektedir (Lawson, 2014). Neuman, Caplan'ın korunma düzeylerine (primer, sekonder, tersiyer) ilişkin kavramsal modelinden yararlanarak bu düzeyleri tanımlar ve bunları devamlı birbirini kapsayan düzeyler olarak tanımlamaktadır.

NSM, stres ve strese verilen yanıt üzerine temellendirilmiştir. Bu model, bireyin stresörlere tepkisini etkileyen tüm değişkenleri dikkate alarak ve bireyin çevresel stresörlere karşı sistemin dengesini nasıl sağladığını kapsamlı şekilde açıklamaktadır (Neuman ve Fawcett, 2011). NSM, açık sistem özellikleri ile bireyi fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, spiritüel ve gelişimsel beş majör değişkenle ele alarak bütüncül bakış açısı sağlayan ve hemşirelik uygulamalarına rehber olmada uygun bir modeldir (McEwen ve ark., 2018). Modelin temeli, birey ya da toplumun strese olan tepkisi ve hemşirenin bu stres tepkisine birincil, ikincil ve üçüncül koruma önlemleriyle müdahale etmesinden oluşmakta bu nedenle de hemşirelik için sistem temelli ve kapsamlı bir kavramsal çerçeve sunmaktadır (Neuman ve Fawcett, 2011). NSM ve temel kavramları Şekil 2.1'de sunulmuştur.



Şekil 2.1. Neuman'ın Sistemler Modeli (Neuman ve Fawcett, 2011)

2.7.2. Neuman'ın Sistem Modelinin Kavramları

İnsan: Neuman'a göre insan, uyumu ve dengeyi sağlayabilmek için iç ve dış çevresi ile sürekli etkileşim hâlinde olan açık bir sistemdir. Neuman modelde insanı sağlık hizmeti alma gereksinimi olan birey/birey sistemi olarak adlandırmaktadır. Neuman modelinde, insan kavramı "birey, grup, aile veya toplum" olarak kabul edilmiştir. Neuman insanı çok boyutlu ve eşsiz bir sistem olarak ele alarak, temel yapı, bireysel değişkenler, savunma hatları ve yeniden yapılanma kavramları ile açıklanmaktadır (Neuman ve Fawcett, 2011).

NSM'de fizyolojik değişkenler, vücut yapısı ve fonksiyonu ile ilgili olan fizyolojik değişkenlere, homeostaz yoluyla vücudun korunması ve beslenmesine hizmet etmektedir (Neuman ve Fawcett, 2011). Temel sistem yapıları olarak, bireyler strese dört aşamada gerçekleşen bir tepki verirler; alarm, direnç, yorgunluk, uyum ve iyileşme. Strese fizyolojik tepkiler, sempatik sistem ile ilişkilidir ve bu sistem istem dışı olarak nabız, tansiyon, solunum ve diğer vücut sistemlerindeki değişiklikleri göstermektedir (Turner ve Kaylor, 2015). Bu çalışmada, yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin bu süreçte etkilen fiziksel sağlık durumu fizyolojik değişkene karşı gelmektedir (Cherak ve ark., 2021).

NSM'de psikolojik değişkenler, çevre ile etkileşim içinde bilişsel süreçleri, içten ve dıştan gelen dinamik çevresel etkileri ifade etmektedir (Neuman ve Fawcett, 2011). NSM'de tanımlanan direnç, oldukça stresli veya travmatik deneyimlerde bireylerin olumlu sonuçlar almasına katkıda bulunmaktadır. Mizah, yansıtma, kendi kendine motivasyon ve arayış gibi sağlıklı başa çıkma mekanizmaları uygun desteğin yanı sıra, stresli durumlar ve tehlikeli zamanlardaki iyilik haline ve dirence destek olmaktadır (McEwen ve ark., 2018). NSM'de direnç, güçlü bir esnek savunma hattına katkıda bulunur ve ayrıca diğer olumlu baş etme, dayanışma, öz-yeterlik, düşük kaygı gibi psikolojik özelliklerle bağlantılıdır (Turner ve Kaylor, 2015). Yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin oldukça stresli bir ortam olarak yoğun bakımda psikolojik sıkıntı yaşadıkları ve stresle başa çıkma tarzlarında pasif yöntemleri kullandıkları belirtilmektedir. (Cherak ve ark., 2021).

NSM'de sosyokültürel değişkenler, sosyal ve kültürel faktörlerin birleşimini ve etkilerini tanımlamaktadır (Neuman ve Fawcett, 2011). Bireylerin aile, arkadaşlar ve hatta profesyonel ilişkileri içeren sosyal çevre ile bağlantılılarının artırılması, sosyal

ilişkilerin desteklenmesi dirençlerini arttırılabilmektedir (Turner ve Kaylor, 2015). Yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin bu süreçte yaşadığı sosyal ilişkilerinde değişimler, sosyal desteğin varlığı, sosyoekonomik ve sosyokültürel durumları bu değişkenler içinde yer almaktadır (Cherak ve ark., 2021).

NSM’de spiritüel değişkenler, bireyin temel yapısının komponenti olarak doğuştan gelen bir bileşendir ve bireyin manevi yapısını, inançlarını ve bunların etkilerini ifade etmektedir (Neuman ve Fawcett, 2011). Araştırmalar, spiritüellik ile direnç arasında pozitif korelasyon olduğunu ortaya koymaktadır (Turner ve Kaylor, 2015). Bu kapsamda bireyin eşinin yoğun bakımda yatmasıyla ilişkili yaşadığı sürece yüklediği anlam, beklenmeyen duruma karşı durumu algılaması, başa çıkmada manevi durumu bireyin spiritüel değişkenlerinin değerlendirilmesini sağlayacaktır (Rahmati ve ark., 2017).

NSM’de gelişimsel değişkenler, yaş, olgunluk düzeyi, eğitim düzeyi ve önceki stres kaynaklı olaylar gibi yaşamsal gelişim süreçlerini ifade etmektedir (Neuman ve Fawcett, 2011). Sağlık ve iyilik hali, bireyin olaylara pozitif veya negatif cevap verme yeteneğine göre korunmaktadır. Direnç hayat boyunca geliştirilebilen, gelişimsel bir süreç olarak tanımlanmıştır (Turner ve Kaylor, 2015).

Temel Yapı: Neuman, insanı, bir sistem olarak birbirini izleyen hatlar ile çevrili temel bir yapı olarak tanımlamaktadır (Neuman ve Fawcett, 2011). NSM’ye göre her birey sisteminin bir temel yapısı bulunmaktadır. Bu sistemin merkezinde bir çekirdek ve bu çekirdeği çevreleyen ve bireyin temel yapısını oluşturan bir yapı bulunmaktadır. Bu temel yapı bireyi stresin olumsuz etkilerinden koruyan, direnç, esnek ve normal savunma çizgileri olarak adlandırılan eş merkezli hatlar ile çevrenmektedir (Turner ve Kaylor, 2015). Her bir savunma hattı kendinden sonra geleni koruyarak temel yapının zarar görmesini önlemeye çalışır. Bunlar en dıştan içe doğru savunmanın esnek hattı, savunmanın normal hattı ve direnç hatlarıdır.

Birey sisteminin merkezinde bulunan çekirdek, bireye özgü, temel hayatta kalma faktörlerinden (normal ısı aralığı, genetik yapı, ego, organ gücü vb.), bireylerin algılama yeteneği gibi benzersiz özelliklerden oluşmaktadır (Neuman ve Fawcett, 2011; Genç Köse ve Demirbağ, 2018). Bu faktörler hizmet alan birey sisteminin güçlü ve zayıf yönlerinin belirleyicisi olabilmektedir (McEwen ve ark., 2018). Bu hatların

her biri fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, gelişimsel ve manevi değişkenler gibi beş boyut ile donanımlıdır. Birey bu değişkenlerle sahip olduğu potansiyele göre stresöre yanıt vermektedir (McEwen ve ark., 2018; Turner ve Kaylor, 2015).

Savunma Hatları: NSM’de savunma hatları, çevresi ile sürekli ve dinamik bir etkileşimde olan bireyin temel yapısını korumak için oluşturulmuş birbirini izleyen ardışık hatlardır (Neuman ve Fawcett, 2011). Bu ardışık hatlar; esnek savunma hatları, normal savunma hatları ve direnç hatları olarak adlandırılmaktadır. Her hat kendinden sonra gelen yapıyı korumaktadır ve temel yapının zarar görmesini önlemeye çalışmaktadır (McEwen ve ark., 2018). Bütün savunma hatları fizyolojik, psikolojik, gelişimsel, sosyokültürel ve spiritüel olmak üzere beş değişkenle ilgili benzer koruyucu faktörleri içermekte ve kendilerine özel koruyucu işlevleri bulunmaktadır (Neuman ve Fawcett, 2011).

Esnek savunma hattı, bireye ait değişkenlerinden oluşan ve en dışta yer alan savunma hattıdır. Bu hat dinamiktir ve kısa sürede hızla değişebilmektedir (Neuman ve Fawcett, 2011). Stresörlerin bölünmez savunma düzenekleri kurmalarını önleyen koruyucu bir tampon olarak kabul edilebilmektedir (Fawcett, 2006). Bu hat, sistemi stresörlerden uzak tutarak, stresörlerin sistemin olumsuz etkilemesini önlemektedir. Akordion gibi çalışan bu hat normal savunma çizgisinden uzağa doğru genişledikçe daha fazla koruma sağlarken, daraldıkça daha az koruyucu olmaktadır (Genç Köse ve Demirbağ, 2018).

Normal savunma hattı, bu savunma hattı, kişi tarafından normal kabul edilen sağlıklı olma halidir ve çevresel stres faktörlerine uyum sağlamasıyla ilişkili dinamik bir yapıya sahiptir (Neuman ve Fawcett, 2011). Sistem, savunmanın esnek hattı tarafından yeterince korunmadığında herhangi bir stresör savunmanın normal hattını geçerek bireyde reaksiyon yaratabilmektedir. Savunmanın normal çizgisi dinamiktir, zamanla genişleyip, daralmaktadır. Bireyin zaman içinde stresle baş etmesi, sağlıklı olma durumunu koruması ya da kendine göre normal olan sürede stresörlere uyum göstermesi, istikrarını koruması ve normal iyilik halini sürdürür hale gelmesidir. Normal savunma hattı zamanla gelişir ve başa çıkma yöntemleri, yaşam tarzı faktörleri, gelişimsel, sosyal ve kültürel etkiler gibi sistem değişkenlerinden etkilenmektedir (McEwen ve ark., 2018). Diğer hatlarda olduğu gibi fizyolojik,

psikolojik, sosyokültürel, gelişimsel, manevi yeteneklerin bileşenlerinin stresörlerle baş etmek için kullanılması önemlidir (Neuman ve Fawcett, 2011).

Direnç hattı, normal savunma hattı çevresel stresörler tarafından kırıldığı zaman harekete geçer (Neuman ve Fawcett, 2011). Direnç hatları hizmet alanın temel yapısını ve savunmanın normal hattını destekleyen bilinen ve bilinmeyen iç ve dış güç kaynaklarını içerir. Böylece sistem bütünlüğü korunmaktadır. Direnç hatlarının etkili olması sistemin yeniden yapılanmasını ve stresörlere karşı reaksiyon vermeyi sağlarken, etkisiz olması ise enerjinin tükenmesine hatta ölüme yol açabilmektedir (McEwen ve ark., 2018). Savunma ve direnç hatlarını birbirlerini etkilemektedir, her hat sistemin beş değişkenini içermekte ve sistem bileşenlerini korumaktadır. Yaşam biçimi, baş etme becerileri, hizmet alanın beklentisi ve motivasyon savunma ve direnç hatlarının tüm yapısında bulunmakta ve sonuç olarak temel yapıyı korumaktadır. Girdi, çıktı ve geribildirim ile sınır çizgileri arasında sistemi dengelemek, geliştirmek ve değiştirmek için düzeltici eylem gerçekleştirilebilmektedir (Neuman ve Fawcett, 2011).

Çevre: Neuman çevreyi, birey sistemini etkileyen ve çevreleyen iç ve dış faktörlerin tümü olarak tanımlamaktadır (Neuman ve Fawcett, 2011). Neuman'a göre iç, dış ve oluşturulan çevre olmak üzere üç çevre vardır. İç çevre bireyin kendi içinde olan tüm etkileşimlerle, kendi zihninde oluşan (intrapersonal) çevredir. Dış çevre bireyin dışında meydana gelen tüm etkileşimler; kişilerarası ya da kişinin kendi dışında gelişen çevredir. Oluşturulan çevre koruyucu baş etmeleri desteklemek için birey tarafından bilinçsizce geliştirilmekte ve kullanılmaktadır. Dış çevre bireyin dışındaki her şeyi içermektedir. İç çevre, fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel ve gelişimsel değişken deyimleriyle açıklanır. Çevre, sistemi etkileyen ve sistem tarafından etkilenen etkenlerin tümü olarak kavramlaştırılmıştır (Fawcett, 2006; Neuman ve Fawcett, 2011). Bu nedenle, çevrenin iç, dış stresörler ile direnç faktörlerini içerdiği ve normal savunma hattına zarar verebilecek tüm stresörlere önem verilmektedir (Neuman ve Fawcett, 2011).

Stresörler: NSM'de stresörler, sistem kararsızlığına neden olabilecek etkenler olarak tanımlanmaktadır. Stresörler, bireyin iç ve dış çevresinde bulunan, rahatsızlığa neden olan her türlü uyarandır (Neuman ve Fawcett, 2011). Stresörlerin etkisi olumlu ya da olumsuz yönde sonuçlanabilir. Bu etki büyük oranda hizmet alanın stresörlerle baş

etme yeteneğine ve algısına bağlıdır. Birey tarafından stresörlerin etkisi negatif olarak algılanıyorsa stres, pozitif olarak algılanıyorsa östres (pozitif stres) olarak tanımlanmaktadır (Kupriyanov ve Zhdanov, 2014). Neuman Sistemler Modeli çevresel stresörleri kişiye özgü, kişilerarası ve kişi dışı stresörler olarak sınıflandırmıştır (Neuman ve Fawcett, 2011).

Kişi İçi (Intrapersonal) Stresörler: Kişisel stresörler, birey sisteminin kendi içinden gelen ve iç çevresine ait iç çevresel güçlerdir (Neuman ve Fawcett, 2011). Çeşitli yaşam olaylarına (hastalık, keder vb.) verilen tepkiler, bireyin kendi sınırları içinde oluşan kişi içi stresörlerdir (örneğin; otoimmün tepki). Bu çalışmada bireyin eşinin beklenmeyen bir anda kritik hastalık tanısı nedeniyle yoğun bakıma yatışının yapılması, kritik hastalık sürecine yönelik bilgi eksikliği, sürecin belirsizliğine yönelik kaygı ve korku yaşaması, eşini kaybetme korkusu, yalnız kalma korkusu, bakım vermeye yönelik kaygıları, umutsuzluk, anksiyete, bireyin fiziksel ve psikolojik sağlığını olumsuz yönde etkilemesi kişi içi stresörler olarak değerlendirilebilmektedir (Hupcey ve Penrod, 2000; van Beusekom ve ark., 2016; Imanipour ve ark., 2019; Abdul Halain ve ark., 2022).

Kişiler arası (Interpersonal) Stresörler: Kişiler arası stresörler dış çevreye aittir. Bir ya da birden fazla birey arasında ortaya çıkan kişilerarası stresörlerdir (Neuman ve Fawcett, 2011). Bu çalışmada yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin, bu süreçte yaşadığı rol değişikliği, rol beklentisi gibi aile içindeki süreçlerdeki değişimle ilgili bireylerin başa çıkmalarını güçlendirecek ya da psikolojik sıkıntı yaşamalarına neden olabilecek durumlar kişiler arası stresörler olarak değerlendirilebilir (Wong ve ark., 2015; Imanipour ve ark., 2019).

Kişi Dışı (Extrapersonal) Stresörler: Bireyin sınırları dışında meydana gelen dış çevresel stresörler olarak ifade edilmektedir Neuman ve Fawcett, 2011. Yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin bu süreçte yaşadıkları ekonomik kaygıları kişi dışı stresör olarak değerlendirilebilir (Wong ve ark., 2015; Imanipour ve ark., 2019)

Sağlık: NSM’de sağlık, sistemin bütünlüğünün korunması ve geliştirilmesinde yaşam enerjisinin açığa çıkarılmasıdır (Neuman ve Fawcett, 2011). Birey kullandığından daha fazla enerji ürettiği zaman iyiliğe doğru hareket ederken, var olan enerjiden daha fazla enerjiye ihtiyaç varsa hastalığa ya da olası ölüme doğru hareket

gerçekleşmektedir. Sağlık ve iyilik sürekli, doğal yapısında dinamik ve değişmektedir. Bu durum sistem ve çevre arasında stresörler ile başa çıkabilmek için enerji alışverişi gerektiren bir denge veya uyum durumunu göstermektedir (Fawcett ve Garity, 2009; McEwen ve ark., 2018).

Hemşirelik: Neuman'a göre hemşirelik, bireyleri etkileyen tüm değişkenlerle ilgilenen eşsiz bir meslektir (Fawcett, 2006; Neuman ve Fawcett, 2011). Hemşireliği “stresörlere karşı insanın tepkisini etkileyen, tüm değişkenler ile ilgilenen ve insan bütünlüğüne özel önem veren kendine özgü bir meslek” olarak görmektedir (Neuman ve Fawcett, 2011). NSM’de hemşirenin rolü öncelikli olarak birey sistemini etkileyen stresörleri belirlemek ve bunların bireyde oluşturdukları etkileri saptamaktır. İyilik hali sistemin dengede olduğu en yüksek olası düzeyi temsil etmektedir. NSM’nin hemşirelik bileşeni, iyilik halinin ve sistem dengesinin en yüksek düzeyine erişilmesi ya da bunun sürdürülmesi amacıyla uyum mekanizmaların güçlendirme ve sisteme yönelik stresörlerin sayı ve etkisini azaltmayı amaçlayan girişimleri ile desteklemektir. NSM’de hemşire; sistemin uyum ve dengede kalmasını sağlamak amacıyla birincil, ikincil, üçüncül korumalara yönelik eylemleri gerçekleştirmektedir (Fawcett ve Garity, 2009; McEwen, ve ark., 2018).

Birincil koruma: Birincil korumada amaç, bireylerin stresörler ile karşılaşma olasılığını azaltmak ve sağlığın korunması için savunmanın normal hattını koruyarak ya da savunmanın esnek hattını güçlendirerek müdahalede bulunmaktır (Fawcett, 2006; Neuman ve Fawcett, 2011). Bireyler, henüz stresörler ile karşılaşmamıştır, ancak maruz kalabileceği stresörleri belirleyerek birincil koruma müdahaleleri hemşire tarafından gerçekleştirilmelidir. Neuman’a göre ideal olanı birincil önlemin, ikincil ve üçüncül önlemler eş zamanlı olarak göz önüne alınmasıdır (Neuman ve Fawcett, 2011). Bu bakım alanı bağışıklama programları, gevşeme teknikleri konusunda eğitim gibi hem koruyucu bakım hem de sağlık eğitimindeki çağdaş eğilimler ile güçlü bir biçimde ilişkilidir (McEwen ve ark., 2018).

İkincil koruma: İkincil korumada amaç, stres oluşuktan sonra bireyde oluşan semptomları ortadan kaldırma, tepki düzeyini azaltma ya da bireyin için iç direnç hattını güçlendirerek temel yapının korunmasını sağlamaktır (Neuman ve Fawcett, 2011). Bu aşamada enerjinin korunması, bireyin denge ve uyum sağlamasını desteklenmesi, iyilik halinin artırılması için ikincil koruma düzeyinde hemşirelik

müdahalesi uygulanmaktadır. Bir stresör savunma hattını geçtikten ve reaksiyon meydana geldikten sonra bu tip bir müdahale ortaya çıkmaktadır. Bu önlemlerde bakımın hedefi bireyi kendi normal sağlık durumuna geri dönmesini yani sistemin yeniden yapılanmasına yardım etmeyi sağlamaktadır (McEwen ve ark., 2018; Neuman ve Fawcett, 2011).

İkincil korumada, stresöre tepki meydana geldikten sonra onun zarar verici etkisini tedavi etmeye yönelik uygulamalar yer almaktadır. Bu uygulamalar, savunma hatlarını güçlendiren, dolayısıyla yeniden yapılanmayı destekleyen ve stres tepkisini azaltan eylemleri belirlemeyi, uygulamayı ve bireyin yeniden denge ve uyum sağlamasına yardımcı olmayı amaçlamaktadır. Bireye özgü olan bu uygulamalar temel yapının korunmasına yönelik uygulanmaktadır (Neuman ve Fawcett, 2011). Bireyin denge ve uyumunu sağlamak amacıyla iç ve dış kaynakların belirlenmesi, yoğun bakım ortamı ve sürecine ilişkin bilgi verilmesi, duyguların paylaşılması, güçlü ve zayıf yönlerin ortaya çıkarılması, stresörlerin ve strese verilen tepkilerin belirlenmesi, stresle başa çıkma yöntemlerin belirlenmesi ve geliştirilmesi, bireyin stresle başa çıkmasında motive edilmesi, stres yönetimi ve başa çıkma eğitimlerinin verilmesi, bireyin tüm sürece dahil edilmesi, bireyin iyileşme sürecinde olumlu yönlerinin desteklenmesine yönelik girişimleri içermektedir (Genc Köse ve Demirbağ, 2018; Neuman ve Fawcett, 2011).

Üçüncül koruma: Üçüncül korumada amaç, stresöre maruz kalmış bir sistemde mevcut güçleri desteklemek ve bireyin enerjisini koruyarak optimal sağlık seviyesini devam ettirebilmektir. Bu koruma düzeyinde bireyin tedavisini takip eden süreçte sistemin yeniden denge ve uyum kazanmasına yönelik hemşirelik müdahalelerini içermektedir. Bu aşamada örneğin eğitim ile stresörlere gösterilen direncin artırılması gibi müdahaleler yeniden yapılanmayı destekleme, dengesizlik durumunun sürmesini engelleme amaçlarıyla uygulanmaktadır (Neuman ve Fawcett, 2011).

Bu çalışmada, ikincil koruma girişimleri sonrası bireyin yeniden yapılanma sürecinde, optimal iyilik halinin desteklenmesinde sağlığın korunması, uyum ve dengeye ulaşılması ve sürdürülmesi amaçlanmaktadır. Bu aşamada bireylere gerektiğinde yeniden eğitim verilmesi, yönlendirilmesi, bireyin stresle başa çıkma yöntemlerine uyumunun sağlanması ve sürdürülmesi, gerektiğinde ikincil koruma girişimlerinin

yeniden uygulanması, bireyin ek stres faktörlerinden korunması ve ortadan kaldırılması ve dengenin korunmasının teşvik edilmesi yer almaktadır.

NSM’de hemşire, sistemin dengesinin sürdürülebilmesi için birey, çevre, sağlık ve hemşirelik arasında bağlantılar yaratarak denge ve uyumu sağlamaya destek olmaktadır. Bu nedenle, bireyin denge ve uyumunu etkileme potansiyeli olan ya da etkileyen stresörlere yönelik koruyucu önlemlerin gerçekleştirilmesi önemlidir. Bu araştırmada, teknik eylem araştırması yöntemiyle yoğun bakıma yatan bireylerin eşlerinin süreç içinde karşılaştıkları stresörlerin ve başa çıkma tarzlarının literatüre dayalı değerlendirilerek NSM’ye temellendirilmiş psikoeğitim programı oluşturulması planlanmıştır. Bu psikoeğitim programı ile bireylerin psikolojik sıkıntılarını azaltmaya ve stresle başa çıkma tarzlarını geliştirmeye yönelik hemşirelik müdahalesinin uygulanması hedeflenmiştir. Bu çalışmada temel yapıyı korumaya yönelik NSM’ye temellendirilmiş psikoeğitim aracılığıyla stresöre tepki meydana geldikten sonra onun zarar verici etkisini tedavi etmeye yönelik uygulamalar ile birincil ve ikincil koruma yoluyla bireylerin direnç hattının güçlendirilmesi planlanmıştır (Bulechek ve ark., 2013; Carpenito, 2017; Erdemir ve ark., 2017; Butcher ark., 2018; Erdemir ve Türk, 2021).

2.7.3. Neuman’ın Sistemler Modeline Temellendirilmiş Psikoeğitim Programı

Stres ve stresle başa çıkma tarzlarıyla ilişkili olarak NSM, hemşirelerin bakım verdiği bireye psikososyal destek sağlamada yardımcı olacak bir modeldir (Neuman ve Fawcett, 2011). NSM bireyi eşsiz bir sistemsel bütün olarak tanımlamakta ve bu bütünlüğünü korumayı amaçlayan halkalı bir yapıdan oluştuğunu belirtmektedir.

Sistemin merkezinde temel yapı ve çekirdeği yer almaktadır. Bu yapıyı savunma ve direnç hatları çerçevelemektedir. Bireyin kişi içi, kişiler arası ve kişi dışı çevresel tüm stresörleri savunma ve direnç hatlarını zorlayarak bireyin dengesinin ve uyumunun bozulmasına neden olabilmektedir (McEwen ve ark., 2018). Hemşireler uyum mekanizmalarını güçlendirme ve sisteme yönelik stresörlerin sayı ve etkisini azaltmayı amaçlayan girişimlerle bireyi desteklemektedirler. Modelde bu amaçlara yönelik birincil, ikincil ve üçüncül olmak üzere üç koruma düzeyi tanımlanmıştır (Fawcett ve Garity, 2009; Neuman ve Fawcett, 2011).

Birincil koruma düzeyi, savunmanın esnek hattının güçlendirilerek, sağlık/iyilik halinin en yüksek düzeyde tutulmasını ifade etmektedir. İkincil koruma düzeyinde yapılacak girişimler ile bireyin iç ve dış kaynakları kullanılarak direnç hatlarının güçlendirilmesi ve temel yapının korunması amaçlanmaktadır. Üçüncül koruma aktif tedavi ya da ikincil korumadan sonra yapılan girişimlerdir. Üçüncül koruma, sistemin yeniden yapılandırılması, iyilik halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesine odaklanır. Amacı; tepki ya da bozukluğun tekrar ortaya çıkmasını önlemek için eğitim yaparak stresörlere karşı bireyin direncini yükseltmektir. İkincil ve üçüncül korumada bireylerde stresi azaltabilecek etkili başa çıkma tarzlarını geliştirmek yer almaktadır (Neuman ve Fawcett, 2011). NSM’de hemşire, sistemin dengesinin sürdürülebilmesi için birey, çevre, sağlık ve hemşirelik arasında bağlantılar yaratarak denge ve uyumu sağlamaya destek olmaktadır. Bu nedenle, bireyin denge ve uyumunu etkileme potansiyeli olan ya da etkileyen stresörlere yönelik koruyucu önlemlerin gerçekleştirmesi önemlidir.

Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi (YÖKTEZ) veri tabanında “Neuman Sistemler Modeli”, “Neuman’ın Sistemler Modeli” kelimeleriyle yapılan taramada Türkiye’de 2007-2024 yılları arasında 15 doktora tezinde Neuman Sistemler Modeli kullanıldığı görülmüştür. NSM’ye temellendirilmiş YÖKTEZ veri tabanına kayıtlı doktora tezlerinin özeti Tablo 2.1’de sunulmuştur.

Tablo 2.1. Neuman'ın Sistemler Modeline temellendirilmiş YÖKTEZ veri tabanına kayıtlı doktora tezleri

Yazar/Yıl	Tez başlığı	Çalışma Türü	Örneklem	Müdahale	Ölçüm Araçları	Çalışma Sonucu
Coşan Yılmaz ve Emiroğlu (2007)	Neuman ve Omaha hemşirelik sistem modellerinin bakımın sürekliliğinin sağlanmasında kullanımının değerlendirilmesi	Yarı deneysel araştırma	65 yaş ve üstü kalp hastalığı olan bireyler (n=50)	Neuman Sistemler Modeli ve Omaha Sınıflandırma Sistemini Uygulaması	-Neuman Sistemler Modeline Dayalı Olarak Geliştirilen Değerlendirme Formları	Bakımın sürekliliğinin sağlanmasında NSM kapsamlı veri toplanmasını ve Omaha Sınıflandırma Sisteminin hemşirelik tanılarının oluşturulmasında kullanılabilir olduğu bulunmuştur.
Tatar Yüksel ve Oflaz (2008)	Engelli çocuğa sahip ebeveynlerin yaşam deneyimlerinin Betty Neuman'ın Sistemler Modeli ile değerlendirilmesi	Eylem araştırması	TSK Sağlık Vakfı Özel Eğitim Okulunun çeşitli sınıflarında eğitim alan öğrencilerin ebeveynleri (n=40)	NSM'ye temellenen Ebeveyn Destek Grubu (EDG)	-Aile Desteği Ölçeği -Spielberger Sürekli Kaygı Envanteri -Stresle Basa Çıkma Tarzları Ölçeği	NSM'ye temellendirilmiş ebeveyn destek grubunun engelli çocuğu olan ebeveynlerin iyilik durumunu artırmada etkili olduğu bulunmuştur.
Partlak Günüşen ve Üstün (2009)	Baş etme grubu ile sosyal destek grubunun hemşirelerin tükenmişlik düzeyine etkisi	Randomize kontrollü girişimsel ve programa yönelik görüşlerini belirlemek amacıyla kalitatif araştırma	Hemşireler (n=108) Baş etme grubu (n=30) Destek grubu (n=31) Kontrol grubu (n=28) Niteliksel tasarım (n=18)	Baş Etme ve Sosyal Destek Grupları	-Maslach Tükenmişlik Ölçeği -Çok boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği -Stresle Basa Çıkma Tarzları Ölçeği	Hemşirelerin duygusal tükenme puanlarında girişim sonrası ve üçüncü ayda azalma, altıncı ayda artış olduğu, baş etme grubunun duygusal tükenmelerinin kontrol grubuna göre düşük olduğu, sosyal destek grubunun fark oluşturmadığı bulunmuştur. Özel bir insandan alınan desteğin girişim sonrası arttığı, kendine güvenli yaklaşımda üçüncü ayda azalma, iyimser ve sosyal destek arama yaklaşımlarında girişim sonrası artma belirlenmiştir. Kalitatif bulgulara tükenmişliğin nedenleri, katılımı etkileyen işle ilgili ve bireysel faktörler olmak üzere üç tema belirlenmiştir.

Tablo 2.1. Neuman'ın Sistemler Modeline temellendirilmiş YÖKTEZ veri tabanına kayıtlı doktora tezleri (devamı)

Yazar/Yıl	Tez başlığı	Çalışma Türü	Örneklem	Müdahale	Ölçüm Araçları	Çalışma Sonucu
Demir ve Platin (2012)	Demanslı yaşlıya birincil bakım verenlerin yüklerinin azaltılmasında neuman sistemler modelinin etkisi	Tek gruplu yarı deneysel araştırma	Yaşlı bireye birincil bakım verenler (n=30)	Birincil bakım verenlere verilen eğitim ve destek grup girişimi	-Bakım Verenlerin Yükü Envanteri -Odak Grup Görüşme Formu	Demanslı yaşlıya birincil bakım veren bireylere verilen eğitim ve destek grup etkileşimi birincil bakım verenlerin yaşadığı bakım yükünü azaltmada etkili olduğu belirtilmiştir.
Albayrak ve Erol (2012)	Okulda uygulanan zorbalığı önleme programının zorbalığın azaltılmasında etkisi	Yarı deneysel araştırma	İlköğretim okulu ikinci kademedeki yer alan öğrenciler Deney grubu (n=145) Kontrol grubu (n=222)	Çevresel Davranışsal Model ve Neuman Sistemler Modeline temellendirilmiş Okulda Zorbalığı Önleme Programı	-Akran Zorbalığı Kurbanlarını Belirleme Ölçeği -Akran Zorbalarını Belirleme Ölçeği -Eğitimi Değerlendirme Formu -Okulda Zorbalığı Önleme Programının Uygulamaları ile ilgili Görüşleri Değerlendirme Formu	Çevresel Davranışsal Model ve Neuman Sistemler Modeline temellendirilmiş Okulda Zorbalığı Önleme Programının okulda zorbalığın azaltılmasında etkili olduğu bulunmuştur.
Dağ, Kavlak ve Şirin (2014)	Neuman Sistemler Modeli'ne göre infertil kadınların yaşadığı stresörlerin incelenmesi	Fenomenolojik nitelikte kalitatif bir çalışma	Primer infertil kadınlar (n=15)	-	Neuman Sistemler Modeline Göre Yarı Yapılandırılmış Derinlemesine Görüşme Formu	İnfertil kadınların yaşadığı stresörler iç ve dış stresörler olmak üzere iki gruba ayrılmış olup, saptanan bu stresörlerin kadınların üzerindeki etkileri temel yanıt grubunda incelenmiştir.

Tablo 2.1. Neuman'ın Sistemler Modeline temellendirilmiş YÖKTEZ veri tabanına kayıtlı doktora tezleri (devamı)

Yazar/Yıl	Tez başlığı	Çalışma Türü	Örneklem	Müdahale	Ölçüm Araçları	Çalışma Sonucu
Şengün İnan ve Üstün (2014)	Meme kanseri hastalarına tedavi sonrasında evde yapılan psikoeğitimin distres, anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesine etkisi	Niteliksel ve yarı deneysel araştırma tasarımı	Meme kanseri tanılı bireyler Niteliksel araştırma tasarımı grubu (n=14) Yarı deneysel araştırma tasarımı grubu (n=32)	Neuman Sistemler Modeli'ne temellenen psikoeğitim	-Distres Termometresi -Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği -Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu	Meme kanseri hastaları tedavi sonrası dönemde kişi içi, kişiler arası ve kişi dışı pek çok stresörle karşı karşıya kalmakta ve bu stresörlerle fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, gelişimsel ve spiritüel değişkenler aracılığıyla baş etmeye çalışmaktadırlar. Neuman sistemler modeline temellendirilen psikoeğitim programı distres, anksiyete ve depresyon düzeylerini azaltmada ve yaşam kalitesini arttırmada etkili olmuştur.
Demir Barutcu ve Mert (2015)	Kalp yetersizliği olan bireyin bakım verenlerine uygulanan destek grup girişiminin hasta ve bakım veren sonuçlarına etkisi	Yarı deneysel araştırma	Kalp yetersizliği olan hastaların bakım verenleri (girişim grubu n=34; kontrol grubu n=35)	Destek grup girişimi	Bakım veren için; -Hollanda Objektif Yük Envanteri Alt Boyutları -Beck Depresyon Ölçeği -Bakım verilen kalp yetersizliği hastaları için; -Yaşam Kalitesi Ölçeği (LVD-36)	Girişim grubundaki bakım verenlerin yük ortalamaları tüm boyutlarda girişim öncesine göre 3. ayda istatistiksel olarak anlamlı biçimde azalma göstermiştir. Girişim ve kontrol grubundaki bakım verenlerin depresyon belirtileri puanı benzer bulunmuştur. Bakım verenlerin baktığı kalp yetersizliği hastalarının yaşam kalitesi ve tekrarlı yatma durumu girişim ve kontrol grubunda benzer bulunmuştur.
Başoğlu ve Buldukoğlu (2016)	Neuman'ın Sistemler Modeline temellendirilmiş depresyonla başa çıkma programı'nın hastaların başa çıkma stratejileri, öz saygı ve depresyon düzeylerine etkisi	Tek körlü randomize kontrollü deneysel bir çalışma	Depresyon tanılı bireylerin 43 katılımcı (girişim-24 ve kontrol-19) oluşturmuştur.	Neuman'ın Sistemler Modeli'ne temellendirilm iş Depresyonla Başa Çıkma Programı	-Beck Depresyon Ölçeği -Rosenberg Öz Saygı Ölçeği -Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği	Depresyon düzeyini azaltma, öz saygı düzeyini artırma, başa çıkma stratejilerinden sorun çözme ve sosyal destek arama stratejilerini artırma ve kaçınma stratejisini azaltmada etkili olmuştur.

Tablo 2.1. Neuman'ın Sistemler Modeline temellendirilmiş YÖKTEZ veri tabanına kayıtlı doktora tezleri (devamı)

Yazar/Yıl	Tez başlığı	Çalışma Türü	Örneklem	Müdahale	Ölçüm Araçları	Çalışma Sonucu
Acar, Buldukoğlu ve Günbayı (2017)	Neuman'ın Sistemler Modeli'ne Temellendirilmiş Bakım Verenleri Güçlendirme Programının Bipolar Bozukluk Tanısı Alan Bireylere Ailede Bakım Verenlerin Relapsı Tanınması Ve Yönetmesi Üzerine Etkisi	Eylem araştırması	Bipolar bozukluk tanısı alan bireylerin bakım verenleri (n=4)	NSM'ye temellendirilm iş Bakım Verenleri Güçlendirme Programı	-Bakım Verenlerin Relapsı Tanıma ve Yönetme Gereklerinin Belirleme Formu -Bakım Verme Yükü Ölçeği -Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği	NSM'ye temellendirilmiş Bakım Verenleri Güçlendirme Programının bakım verenlerin relapsı tanıma ve yönetmesini geliştirmede etkili olduğu, farkındalıklarını artırdığı bulunmuştur.
Işık ve Erci (2017)	Neuman Sistem Modeline göre evde verilen bakımın hemodiyaliz hastalarında semptom gidermeye ve yaşam kalitesine etkisi	Randomize kontrollü çalışma	Hemodiyaliz ünitelerinde tedavi gören hemodiyaliz hastaları Deney grubu (n=80) Kontrol grubu (n=80)	Neuman Sistem Modeli'ne dayalı evde hemşirelik bakımı	Diyaliz Semptom İndeksi Yaşam Kalitesi Ölçeği	Hemodiyaliz tedavisi alan hastalara Neuman Sistem Modeli'ne göre verilen bakımın hastaların yaşadığı semptomları azaltarak yaşam kalitelerini arttırdığı belirlenmiştir.
Oktay ve Kaşıkçı (2019)	Neuman Sistemler Kuramına Göre Hemodiyaliz Hastalarının Tedaviye Uyumlarına Yönelik Verilen Eğitimin Benlik Saygısı ve Algılanan Sosyal Destek Üzerine Etkisi	Yarı-deneysel araştırma	Diyaliz merkezine gelen hemodiyaliz hastaları (n=84) Deney grubu (n=42) Kontrol grubu (n=42)	Neuman Sistemler Modeline dayalı eğitim	-Neuman Sistemler Değerlendirme Formu -Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri -Aileden ve Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği -Hemodiyaliz Stresör Ölçeği	Neuman Sistemler Modeli'ne göre verilen eğitimin hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin hemodiyaliz stres düzeyini düşürdüğü, benlik saygısı ve aileden ve arkadaşlardan algılanan sosyal destek düzeyini arttırdığı sonucuna varıldı.

Tablo 2.1. Neuman'ın Sistemler Modeline temellendirilmiş YÖKTEZ veri tabanına kayıtlı doktora tezleri (devamı)

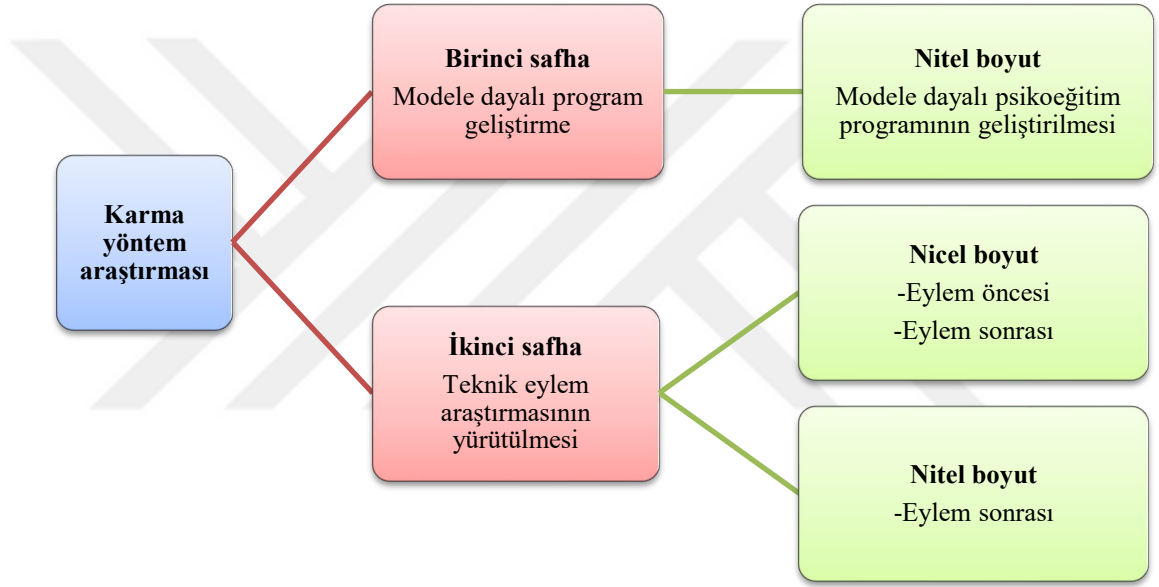
Yazar/Yıl	Tez başlığı	Çalışma Türü	Örneklem	Müdahale	Ölçüm Araçları	Çalışma Sonucu
Dural ve Çıtlık Sarıtaş (2020)	Kemoterapi Alan Hastalara Neuman Sistemler Modeli'ne göre Verilen Eğitim ve İzlemin Öz Yeterlilik ve Semptom Kontrolüne Etkisi	Randomize kontrollü deneysel araştırma	Kemoterapi kürü alan yetişkin hastalar (n=102) Deney grubu (n=52) Kontrol grubu (n=50)	Neuman Sistemler Modeli'ne göre hazırlanan bireysel eğitim programı	-Kanser Davranış Envanteri- Kısa Versiyon -Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği	Kemoterapi alan hastalara Neuman Sistemler Modeli'ne göre verilen eğitim ve izlemin hastaların öz yeterliliklerini arttırdığı ve semptom düzeylerinde azalma sağladığı saptanmıştır.
Metin ve Kulakaç (2021)	Neuman Sistemler Modeline temellenen hemşirelik danışmanlığının preterm eylem riski olan gebelerde algılanan stres, stresle başa çıkma ve doğum sonuçlarına etkisi	Non-randomize çift kör deneysel araştırma	Preterm eylem riski olan gebeler (n=60) Deney grubu (n=30) Kontrol grubu (n=30)	Neuman'ın Sistem Modeline temellendirilm iş hemşirelik danışmanlığı	Riskli Gebeliklerde Algılanan Stres Soru Formu, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ve Doğum Sonuçları Değerlendirme Formu	Neuman Sistemler Modeline temellendirilen Hemşirelik Gebe Eğitim ve Danışmanlık Programının preterm eylem riski olan gebelerde stresle başa çıkmada etkili olmayan yaklaşım kullanımını azaltarak, etkili yaklaşım kullanımını artırdığı, algılanan stresi ve olumsuz doğum sonuçlarını azalttığı saptanmıştır.
Aker ve Özdemir (2021)	Neuman'ın Sistemler Modeline Temellenmiş Hemşirelik Yaklaşımının İntrauterin İnseminasyon Tedavisi Alan Kadınlarda Stres ve Baş Etmeye Etkisi	Tek körlü randomize kontrollü deneysel bir çalışma	İntrauterin inseminasyon tedavisi alan kadınlar (n=62) Girişim grubu (n=31) Kontrol grubu (n=31)	Neuman'ın Sistemler Modeline Temellenmiş Hemşirelik Yaklaşımı	-İnfertilite Stresi Ölçeği -İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği	NSM temelli hemşirelik yaklaşımının kadınların kişisel ve evlilik alanında stres düzeyinin azalmasında yararlı olduğu, stresle baş etmelerini olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir.

Hemşireler tarafından sıklıkla kullanılan ve psikososyal müdahale yöntemlerinin başında gelen psikoeğitim programları, birey ve ailesine yönelik hastalık süreci ve başa çıkma yöntemleri konusunda bilgi sağlamaktadır (Şengün ve ark., 2011). Psikoeğitim programı temelde birey ve aileleri, hastalık süreci hakkında bilgilendirmeyi, problem çözme, iletişim ve kendine güvenmeleri için desteklemeyi içermektedir (Sarkhel ve ark., 2020). Psikoeğitim programlarının temel bileşenleri, hastalık süreciyle ilgili bilgilendirme, başa çıkmayı artırma, durumla ilgili farklı çözüm önerileri sunma, uyum sürecini belirleme ve hastalıkla ilgili yanlış bilgileri ortadan kaldırmaktır (Sarkhel ve ark., 2020). Psikoeğitim programlarının içeriği, oturum sayıları, zamanı ve tipi bireylerin, aile üyelerinin ve sağlık profesyonellerinin ihtiyaçlarına göre değişebilmektedir (Sarkhel ve ark., 2020). Yapılan bir meta-analiz çalışması (Donker ve ark., 2009) psikoeğitim programlarının bireylerin psikolojik sıkıntıya yönelik semptomlarını azaltabileceğini belirtmektedir. Bireylerin ve aile üyelerin güçlendirilmesinde önemli bir yere sahip olan psikoeğitim müdahalesinin, bireylerin stresli durumlarla daha iyi başa çıkmalarında ve süreci daha etkili bir şekilde yönetmelerinde yardımcı olan etkili bir yöntem olduğu bilinmektedir (Economou, 2015). NSM, yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin psikolojik sıkıntılarının azalması ve stresle başa çıkmalarının geliştirilmesinde, yoğun bakım ve kritik hastalık durumuna uyum sağlaması ve yeniden dengeleme kapasitelerini geliştirmek için bütüncül bir model olduğu düşünülmektedir (Verberk ve Fawcett, 2017; Wang ve diğerleri, 2019). Bu çalışmada NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programı ile yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerine birincil ve ikincil korumaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimleri ile savunmanın esnek, normal ve direnç hatlarının güçlendirilerek psikolojik sıkıntının azaltılacağı ve stresle başa çıkmalarının geliştirilebileceği öngörülmüştür.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, çok safhalı karma desenin hem modele dayalı program geliştirme hem de iç içe geçmiş eylem araştırması safhalarını birleştiren tekli karma yöntem araştırmasıdır (Ivankova, 2015). Birinci safhada; NSM'ye temellendirilmiş stres yönetimi psikoeğitim programı geliştirilmiştir. İkinci safhada ise; eylem araştırması türlerinden radikal yapısalcı paradigmaya dayalı teknik eylem araştırması yürütülmüştür. Araştırmanın türü Şekil 3.1.'de sunulmuştur.



Şekil 3.1. Araştırmanın Türü

3.1.1. Araştırmaya Yön Veren Paradigmalar

Hemşirelik disiplini, bilginin doğasına (epistemoloji), gerçekliğin doğasına (ontoloji) ve bilim felsefesine ilişkin felsefi varsayımları destekleyen çerçeveler veya paradigmalar içinde gelişmeye devam etmektedir. Hemşirelik uygulama, araştırma ve eğitiminde bilimsel bilginin geliştirilmesinde problemlerin doğru tanımlanması, ölçümlerin uygunluğu ve mantıksal sürecin sağlanması için kullanılan araştırma yöntemlerinin felsefi temellerinin bilinmesi önemlidir (Durepos ve ark., 2018). Hemşirelik, her bireyin benzersiz, gözlemlenemeyen zihnine ve gerçekliğine değer verir ve bu durum hemşireliğin yapılandırmacılık ya da çoğu kez yorumculukla birleştiren bir bakış açısına sahip olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla bu bakış açısı,

hemşireliğin nitel araştırmalara yönelik bir yaklaşım tarafından desteklendiğini göstermektedir (Creswell ve Clark, 2017; Durepos ve ark., 2018). Bu araştırmanın nitel boyutu yorumlayıcı paradigmaya dayanmaktadır (Ling ve Ling, 2020). Yorumlayıcı paradigma, bireylerin öznel bakış açısından doğrudan iç-öznel dünyayı anlamaya ve açıklamaya çalışan bir yaklaşımdır (Gunbayi, 2020). Bununla birlikte psikolojik ve gözlemlenebilir fiziksel nitelikler için nicel ölçümlerin kullanılması, hemşireliğin pozitivism tarafından desteklendiğini de göstermektedir (Durepos ve ark., 2018).

Araştırma yaklaşımının seçiminde tanımlanan problemin hangi araştırma yaklaşımına daha uygun olduğu, araştırmacının dünya görüşü ya da yeterliği gibi kriterler önemli rol oynamaktadır (Nahcivan, 2015). Kuram temelli çalışmalar, deneyimler sonucu elde edilen bilginin analiz edilmesi, değerlendirilmesi ve kavramsallaştırılmasını içeren bir süreçtir. Bu süreç; problemin tanımlanması, nedenlerinin belirlenmesi, çözüm kaynaklarının değerlendirilmesi ve alternatif çözümlerin belirlenmesini ve pozitivist varsayımları olan sistematik tümdengelim yaklaşımını içermektedir. Pozitivist varsayımlar bir araştırma yapısını temsil eder ve ontolojik olarak anlaşılabilir saf gerçekliği, epistemolojik olarak objektif ve ölçülebilir sonuçları, metodolojik olarak hipotezlerin doğrulandığı ve deneysel çalışma desenini içeren nicel araştırma yöntemleriyle uyumaktadır (Gunbayi, 2020). Özellikle pozitivist varsayımlar ve deneysel desende tasarlanmış nicel araştırmalarda radikal yapısalcı paradigma araştırmacılara yol göstermektedir (Gunbayi, 2020).

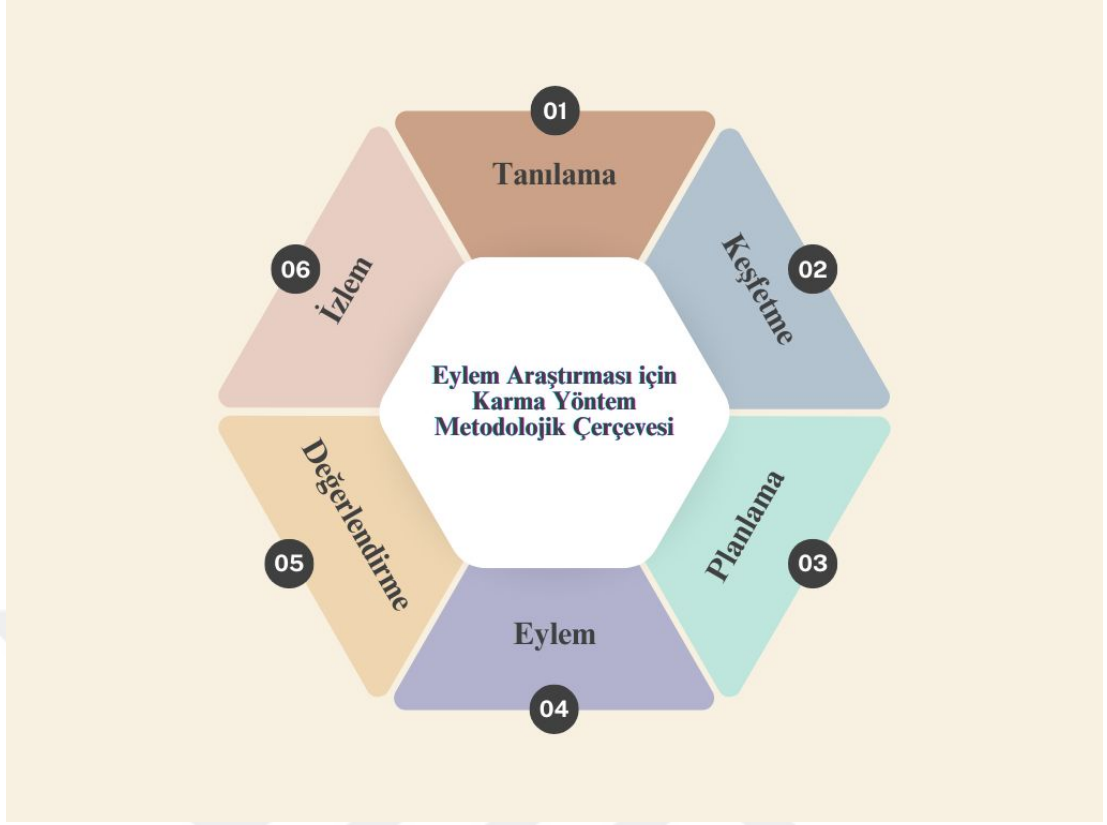
Radikal yapısalcı paradigma insan eylemlerini politik ve ekonomik çelişkiler içinde şekillendirilmiş olarak görür ve gerçek sosyal dünyadaki yapısal ilişkilere odaklanır (Gunbayi ve Sor, 2018). Bu paradigma; realist, pozitivist, determinist ve nomotetiktir (Gunbayi, 2020). Pozitivist paradigma, muhtemel sebeplerin sonuçları belirlediği nedenselci bir felsefi temeli savunmaktadır. Bu nedenle, araştırılan problemin sonuçlar üzerinde etkisi olan sebeplerin belirlenip değerlendirilmesi gereksinimini yansıtmaktadır. Pozitivist paradigma aynı zamanda indirgemecidir çünkü değişkenlerin hipotez ve araştırma sorularını oluşturduğu gibi fikirleri küçük ve bağımsız parçalara indirgeyerek test etmeyi amaçlamaktadır. Pozitivist yaklaşımla geliştirilen bilgi, dünyada var olan objektif bir gerçekliğin dikkatli bir şekilde gözlenmesi ve ölçülmesine dayanmaktadır. Bu nedenle pozitivist paradigmada, sayısal

ölçüm araçlarını geliştirme ve bireylerin davranışlarını incelemek önemlidir. Sonuç olarak dünyayı anlayabilmemiz için geliştirilen kuram ya da kavramların test edilip doğrulanması ve geliştirilmesi gerekmektedir. Bununla birlikte hemşirelik disiplinin bilgi temelinin gelişmesine katkı sağlayan kuramların da doğruluğunun ya da uygunluğunun test edilmesi gerekir (Creswell ve Clark, 2017). Bu çalışmada pozitivist paradigmaya dayanan nicel araştırma deseninin varsayımları; gerçekliğin nesnel olduğu ve asıl olan yöntemin olduğu, değişkenlerin kesin sınırlarıyla saptanabildiğini ve bu değişkenler arasındaki ilişkilerin ölçülebilir olduğu, araştırmacının olay ve olgulara nesnel bir yaklaşım gösterdiği kabul edilmektedir.

Bu çalışmada pozitivist paradigmaya dayanan nicel araştırma deseninin amacı, genelleme, tahmin ve nedensellik ilişkisinin açıklanması gerekliliğidir. Bu çalışmada katılımcılara standardize edilmiş veri toplama araçlarının uygulanması (psikolojik sıkıntı ölçeği, stresle başa çıkma tarzları ölçeği) ve analizin yapılarak nicel boyutunun değerlendirilmesine işlevsel paradigma yön vermiştir. Bu çalışmada araştırmacının rolünün yansız ve nesnel olması en önemli noktalardan biridir. Dolayısıyla araştırmacının pozitivist dünya görüşü ile kurama temellendirilmiş müdahale çalışmasının test edilmesine yönelik en uygun yöntemin teknik eylem araştırması türünde olduğu ve pozitivist varsayımları karşıladığı düşünülmektedir. Bu çalışmada NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programının yoğun bakım ünitesinde yatan bireylerin eşlerinin psikolojik sıkıntı ve stresle başa çıkma tarzlarına üzerine etkisi çok safhalı karma desenin hem modele dayalı program geliştirme hem de iç içe geçmiş eylem araştırması safhalarını birleştiren tekli karma yöntem araştırması türünde değerlendirilmiştir (Ivankova, 2015). Bu bağlamda bu araştırmanın, teknik eylem araştırması boyutuna radikal yapısalcı paradigma, nicel boyutunun değerlendirilmesine işlevsel paradigma ve nitel boyutuna yorumlayıcı paradigmanın yön verdiğini söyleyebiliriz.

3.1.2. Araştırmanın Uygulama Basamakları

Bu araştırmanın uygulama basamakları eylem araştırması için önerilen karma yöntem metodolojik çerçevesi temel alınarak oluşturulmuştur (Ivankova, 2015). Buna göre bu araştırmanın uygulama basamakları tanılama, keşfetme, planlama, eylem, değerlendirme ve izleme olmak üzere altı basamaktan oluşmaktadır. Bu araştırmanın eylem araştırması için karma yöntem metodolojik çerçevesi Şekil 3.2'de sunulmuştur.



Şekil 3.2. Eylem Araştırması için Karma Yöntem Metodolojik Çerçevesi (Ivankova, 2015)

Karma yöntem araştırması hem nicel hem de nitel verilerin toplanmasını, iki tür verinin bütünleştirilmesini ve farklı felsefi yaklaşımlar ve teorik çerçeveler içerebilen çeşitli araştırma tasarımlarının kullanılmasını içermektedir. Bu tür araştırmaların temel varsayımı, nicel ve nitel verilerin bütünleştirilmesinin yalnızca nicel veriler veya yalnızca nitel veriler kullanılarak elde edilebilecek olanın ötesinde daha kapsamlı ve zengin bir anlayış sunmaktadır (Creswell ve Creswell, 2017).

Eylem araştırması, yapılan eylem ve ne yaptığınızı, nasıl öğrendiğinizi ve açıkladığınızı ortaya koyan araştırma ile ilgilidir. Eylem araştırmasının eylem yönü uygulamayı iyileştirmekle, araştırma yönü ise uygulama hakkında bilgi ortaya koymakla ilgilidir (Gunbayi, 2020). Araştırma hakkında ortaya koyulan bilgi, gerçekleştirdiğiniz uygulama hakkındaki bilgidir (McNiff ve Whitehead, 2009). Eylem araştırması, belirli bir bağlamda gerçek problemleri ele alan, inceleyen, değerlendiren ve yeni çözüm yolları bulmak için bilimsel sorgulamayı pratik müdahaleyle birleştiren metodolojik bir yaklaşımdır (Mills, 2014; Gunbayi, 2020).

Karma yöntem araştırma tasarımıyla nicel ve nitel verilerin bütünleştirilmesi, sonuçların geçerliliğini ve potansiyel genelleştirilebilirliğini güçlendirmeye olanak tanımaktadır ve uygulanan eylemlerin etkinliğini göstermek için daha sağlam bir yaklaşım sağlamaktadır (Creswell ve Plano Clark, 2011; Gunbayi, 2020). Karma yöntem yaklaşımının eylem araştırmasıyla birlikte yürütülmesi, incelenen problemin yeni yönlerini ortaya çıkarabilir, nitel ve nicel değişkenler arasındaki olası korelasyonları belirleyebilir, uygulanan eylemin etkinliği ortaya koymaya yardımcı olur ve daha fazla araştırma veya müdahale için kapsamlı veri sağlayabilir (Tashakkori ve Teddlie, 2010). Bu nedenle bu çalışmada, karma yöntem ve eylem araştırmasıyla uyumlu bir şekilde nitel yaklaşımın tek başına getirdiği sınırlamaları aşmak, sonuçların geçerliliğini ve potansiyel genelleştirilebilirliğini artırmak, incelenen problemin anlaşılmasını sağlamak amacıyla eylem araştırması ve karma yöntem araştırmanın bütünleştirilmesi benimsenmiştir.

3.2. Tanılama (Araştırmanın kavramsallaştırılması)

Araştırmanın tanılama aşamasında, araştırmacılar mevcut durumu ve sorunları belirlemelidir. Bu aşamada amaç, araştırmanın temelini oluşturan problemin net bir şekilde ortaya koyulması gerekmektedir (Ivankova, 2015). Bu aşamada problemin ortaya koyulmasına araştırmacının uzmanlığı ve mesleki deneyimi ile yapılan literatür taraması kapsamında araştırmanın problemi ortaya koyulmuştur. Bu bağlamda araştırmacının yetkinliğinin araştırmanın tanılama aşamasında etkili olmuştur.

3.2.1. Araştırmacının Deneyimi

Araştırmacı, sekiz yıllık klinik deneyim ve altı yıllık akademik deneyim olmak üzere yaklaşık 14 yıllık mesleki deneyime sahiptir. Mesleki deneyiminin yaklaşık sekiz yılını T.C. Sağlık Bakanlığı Antalya İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı bir devlet hastanesinde dahili ve cerrahi klinik hemşiresi, acil servis hemşiresi ve yoğun bakım hemşiresi olarak yapmıştır. Araştırmacı, 2019 yılında Aydın Adnan Menderes Üniversitesi'nde Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanında "KOAHA hastalarında özyönetim eğitimi ve motivasyonel görüşmenin öz-etkililik üzerine etkisi" konulu tez çalışmasıyla bilim uzmanlığını tamamlamıştır. 2018 yılında Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak göreve başlayan araştırmacı Psikiyatri Hemşireliği Doktora Programı'na 2019 yılında doktora öğrencisi olarak kabul edilmiş ve Haziran 2021'de

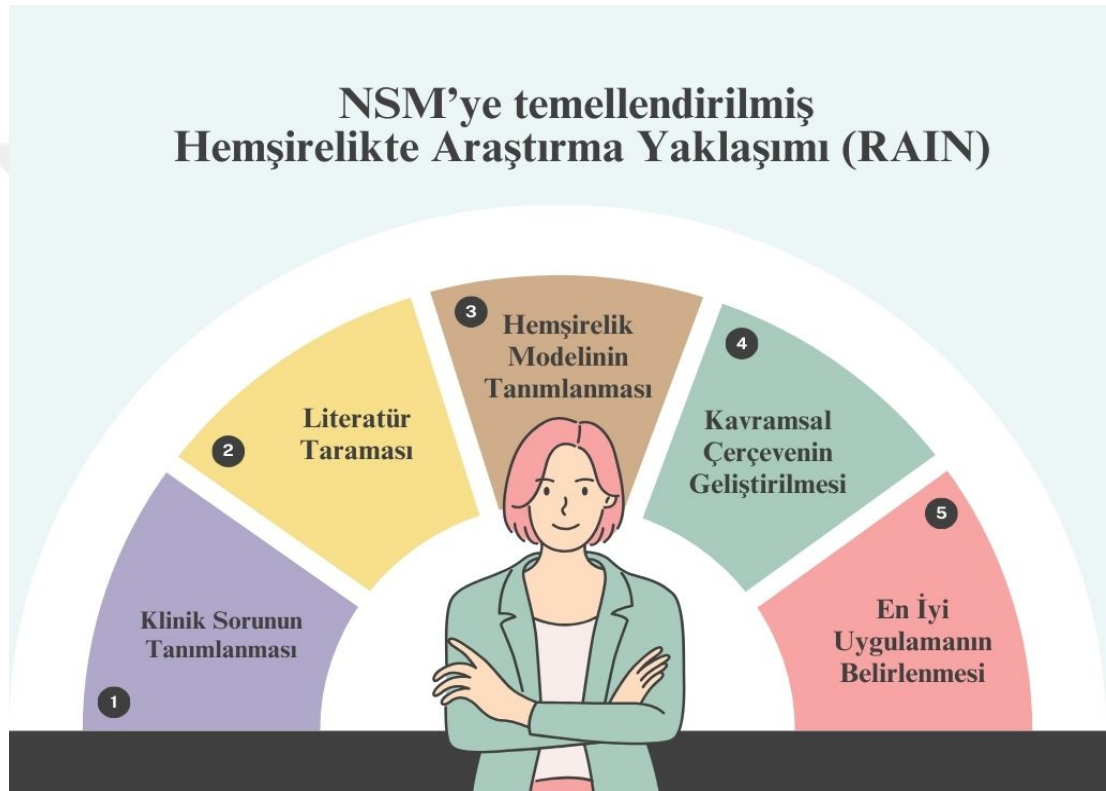
doktora yeterliğini tamamlamıştır. Doktora eğitiminin ders döneminde “Psikiyatri Hemşireliğinde Bakım Modelleri” dersini iki dönemde de başarıyla tamamlayan araştırmacı, hemşirelik eğitimi, araştırma ve uygulamalarında kurama temellendirilmiş araştırmaların yapılmasını benimsemiştir. Araştırmacı doktora ders döneminde “Nitel Araştırma Yöntemleri”, “İleri Nitel Araştırma Yöntemleri”, “Karma Yöntem Araştırma Yöntemleri” ve “Bilim Felsefesi” derslerini başarıyla tamamlamıştır. Araştırmacı “NVİVO ile Nitel Araştırma Veri Analizi Programı” eğitimine katılmış, nicel araştırmaların veri analizi için “Hemşirelik Yönetiminde İstatistik Uygulamaları” doktora dersini başarıyla tamamlamıştır. Araştırmacı ayrıca “SPSS Uygulamalı Veri Girişi ve Yönetimi Atölyesi”, “Temel Düzey SPSS Eğitimi” ve “İleri Düzey SPSS Eğitimi”, “Gözlemsel ve Deneysel Araştırmalar, Yapma ve Yayına Hazırlama Eğitimin”ni başarıyla tamamlamıştır.

Hemşirelikte kuramların kullanılmasına ilişkin ilgisi artan araştırmacı doktora yeterlik sonrasında “Hemşirelikte Kuram ve Modeller” doktora dersini bir dönem boyunca takip etmiştir. Bu süreçte araştırmacı, ağırlıklı olarak sağlık odaklı olması, bütüncül yaklaşımı, sistem temelli ve kapsamlı bir çerçeve sunması nedeniyle NSM’yi özümsemiştir. Araştırmacı “Motivasyonel Görüşme Eğitimi (EK-1)”, “Psikoeğitim ve Terapötik Grup Yönetimi Eğitimi (EK-2)” ve “Psychological First Help Based on PPT (EK-3)”ne katılmıştır. Ayrıca araştırmacı “Temel Yoğun Bakım Hemşireliği E-Kursu (EK-4)”, “Path2Integrity Training for Educators (EK-5)” eğitimi, “Mindfulness Temelli Şefkatli Yaşam Eğitimi (EK-6)”, “Kuram/ Model Temelli Uygulama/ Araştırma Geliştirme Kursu (EK-7)”, “Yoğun Bakım Hemşireliği Kursu (EK-8)”, “Psikiyatri Hemşireliğinde Psikoeğitim Uygulayıcı Kursu (EK-9)”na katılmıştır. Bununla birlikte araştırmacı, psikiyatri hemşireliği alanında düzenlenen hemşirelik bakımı, uygulama ve araştırmaları kapsamında düzenlenen bilimsel etkinliklerde yer alarak bilgi ve deneyimini artırmaya devam etmektedir.

3.2.2. Neuman’ın Sistemler Modeline Temellendirilmiş Hemşirelikte Araştırma Yaklaşımı (Research Approach in Nursing- RAIN)

Araştırmacının deneyimi ve yetkinliğinin yanı sıra probleminin belirlenmesinde Neuman Sistemler Modeline temellendirilmiş Hemşirelikte Araştırma Yaklaşımı (Research Approach in Nursing- RAIN) programının uygulama basamakları yol gösterici olmuştur (Breckenridge, 2011, Neuman ve Fawcett, 2011; Gigliotti, 2012).

NSM'ye temellendirilmiş RAIN programının basamakları Şekil 3.3'te sunulmuştur. NSM'ye temellendirilmiş RAIN programı, klinik sorunun tanımlanması, literatür taraması, klinik sorunla ilgili kavramlara dayalı hemşirelik modelinin tanımlanması, belirlenen hemşirelik modeli çerçevesinde bir teorik çerçeve geliştirilmesi ve en iyi uygulamanın belirlenmesi için klinik soruna yönelik çözümlerin uygulanması ve sürekli değerlendirilmesini içermektedir. Bu kapsamda RAIN basamaklarına dayalı araştırmanın kavramsallaştırılması ve NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programının çerçevesi belirlenmiştir.



Şekil 3.3. NSM'ye Temellendirilmiş Hemşirelikte Araştırma Yaklaşımı (RAIN) (Kaynak: Neuman ve Fawcett, 2011)

NSM'ye temellendirilmiş RAIN programı çerçevesinde, yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin psikolojik sıkıntısının azaltılması ve stresle başa çıkma tarzlarının geliştirilmesi için NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programını yapılandırmak için aşağıdaki basamaklar izlenmiştir (Breckenridge, 2011, Gigliotti, 2012). Bu yapılandırma, bir hemşirelik müdahalesinde NSM'nin kavramsal yapısından faydalanarak, yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin psikolojik sıkıntılarını azaltmayı ve stresle başa çıkmalarını desteklemeyi amaçlayan bir araştırma ve

uygulama sürecinin tanımlanmasına yardımcı olmuştur. Bu çalışmada RAIN programına göre aşağıdaki basamaklar izlenmiştir:

1. Klinik Sorunun Tanımlanması: Yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin yüksek düzeyde stres ve psikolojik sıkıntı yaşadığı belirtilmektedir. Bu durum, yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin fiziksel ve psikososyal sağlıklarını olumsuz etkileyebilir. Bu sorunun çözümü için eşlerin stres yönetimini geliştirecek bir psikoeğitim programına gereksinim olduğu görülmüştür. (McKiernan ve McCarthy, 2010; Komachi ve Kamibeppu, 2018; Johnson ve ark. 2019; Seykov, 2021; Komachi ve Kamibeppu, 2023).

2. Literatür Taraması: Literatür taraması, yoğun bakımda yatan bireylerin psikolojik sıkıntı düzeyleri, stresle başa çıkma tarzları ve bu değişkenlere ilişkin müdahale çalışmalarına yönelik mevcut kanıtları ve literatürdeki boşlukları belirlemek için yapılmıştır. Bu kapsamda “yoğun bakım”, “psikolojik sıkıntı”, “eş”, “stresle başa çıkma”, “neuman Sistem Modeli”, “coping with stress”, “intensive care”, “neuman’s systems model”, “psychoeducation”, “psychological distress” kelimeleri ile “PubMed”, “CINAHL”, “Cochrane Library”, “Web of Science”, “Science Direct”, “Scopus”, “Wiley Online Library” veri tabanları taranmıştır. Yapılan literatür taraması kapsamında yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin psikolojik sıkıntı ve stresle başa çıkmalarına yönelik mevcut durum belirlenmiştir.

- Yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin psikolojik sıkıntı düzeyleri yüksektir (Johnson ve ark. 2019; Miyamoto ve ark., 2021; Seykov, 2021; Komachi ve Kamibeppu, 2023; Putowski ve ark., 2023).
- Yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin stresle başa çıkmada zorlanmaktadır (Netzer, 2012; Netzer ve Sullivan, 2014; Rückholdt ve ark., 2019).
- Yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin psikolojik sıkıntısının azaltılması ve stresle başa çıkma tarzlarının geliştirilmesi için hemşirelik müdahalesine gereksinim vardır (Haines ve ark., 2018; Black ve ark., 2011; Visser ve ark., 2014; Navidian ve ark., 2016; Cairns ve ark., 2019; Arslan ve Yazıcı, 2021; Naef ve ark., 2021; Caballero-Suárez ve ark., 2023; Aktaş ve Baysan Arabacı, 2023; Grover ve Naskar, 2023).

3. Hemşirelik Modelinin Tanımlanması: Neuman Sistem Modeli, bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel ve gelişimsel değişkenlerini dikkate alan (Fawcett ve Giangrande, 2001; Neuman ve Reed, 2007; Neuman ve Fawcett, 2011; Lawson, 2014; Black ve ark., 2011) stresle başa çıkma tarzlarına yardımcı olacak bir çerçeve sunmaktadır (Bulechek ve ark., 2013; Carpenito, 2017; Erdemir ve ark., 2017; Butcher ark., 2018; Erdemir ve Türk, 2021). Bu çalışmada bu modelin, eşlerin psikolojik sıkıntı ve stresle başa çıkma tarzları üzerindeki etkisine odaklanılmıştır.

4. Kavramsal Çerçeve Geliştirilmesi: NSM'yi temel alarak, psikoeğitim programının kavramsal yapısı ve bileşenleri belirlenmiştir. (Aylward, 2005; Walker, 2005; Chien ve ark., 2006; Neuman ve Fawcett, 2011; Cairns ve ark., 2019; Suzuki ve Tanoue, 2020; Schmidt ve Azoulay, 2012; Lee ve ark., 2020; Akhlaghi, 2021; Bulechek ve ark., 2013; Carpenito, 2017; Erdemir ve ark., 2017; Butcher ark., 2018; Erdemir ve Türk, 2021).

5. En İyi Uygulamaların Belirlenmesi: Psikoeğitim programının etkinliği, katılımcıların psikolojik sıkıntı ve stresle başa çıkma tarzlarındaki değişimleri değerlendirilerek NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programı öncesi ve sonrasında değerlendirilmesini içermektedir. Ayrıca program sonrası bireysel değerlendirmelerle elde edilen bulguların, programın iyileştirilmesi ve geliştirilmesi için kullanılması planlanmıştır.

3.3. Keşfetme (Araştırmanın tasarlanması)

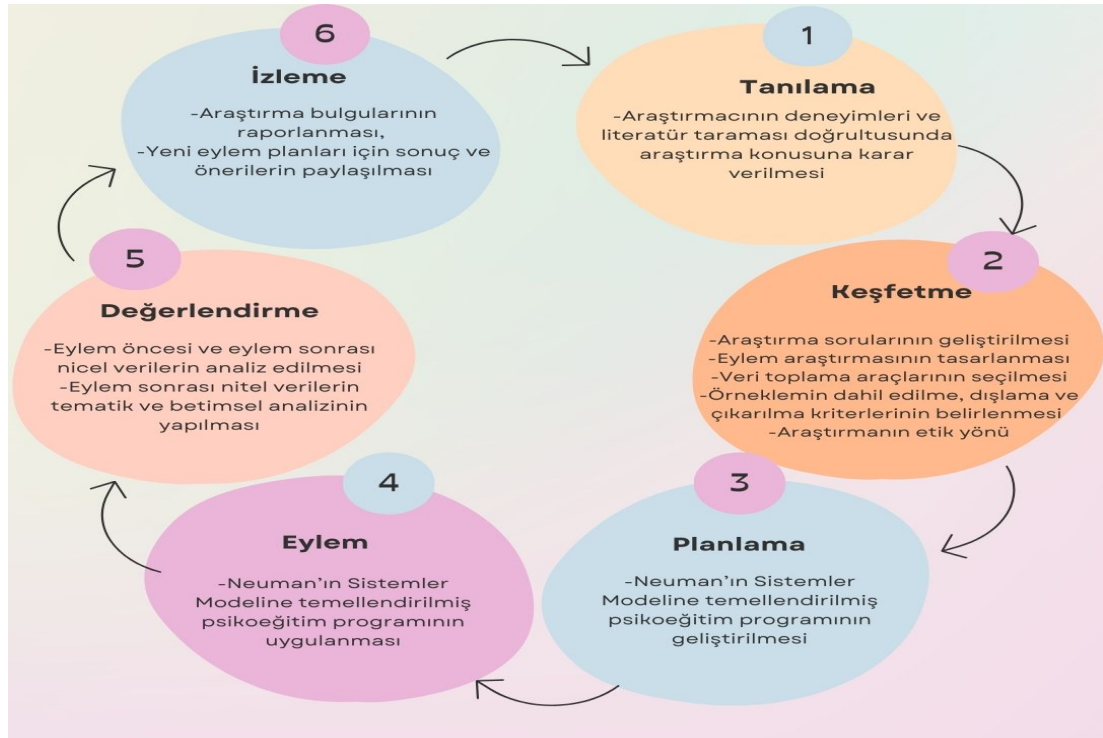
Bu aşamada, tanılama aşamasında ortaya koyulan problemin daha iyi anlaşılması hedeflenmektedir. Keşfetme aşamasında, araştırmacı tanılama aşamasında ortaya koyduğu problem doğrultusunda, araştırma sorularını belirler, araştırmaya yön veren paradigmaları belirler ve uygun karma yöntem araştırma desenine karar verir, araştırmanın yeri ve zamanını belirler, örneklemin dahil edilme, dışlama ve çıkarılma kriterlerini belirler, veri toplama araçlarını seçer, araştırmaya başlamadan kurum ve etik kurul izin süreçlerini tamamlar (Ivankova, 2022).

3.3.1. Araştırma Soruları

- Yoğun bakım ünitesinde yatan bireylerin eşlerinin psikolojik sıkıntılarının azaltılmasına yönelik Neuman'ın Sistemler Modeline temellendirilmiş psikoeğitim programı nasıl yapılandırılabilir?

- Yoğun bakım ünitesinde yatan bireylerin eşlerinin stresle başa çıkma becerilerinin geliştirilmesine yönelik Neuman'ın Sistemler Modeline temellendirilmiş psikoeğitim programı nasıl yapılandırılabilir?
- Neuman'ın Sistemler Modeline temellendirilmiş psikoeğitim programı, yoğun bakım ünitesinde yatan bireylerin eşlerinin psikolojik sıkıntılarının azaltılmasını sağlar mı?
- Neuman'ın Sistemler Modeline temellendirilmiş psikoeğitim programı, yoğun bakım ünitesinde yatan bireylerin eşlerinin stresle başa çıkma tarzlarını etkiler mi?
- Neuman'ın Sistemler Modeline temellendirilmiş psikoeğitim programı sonrası yoğun bakım ünitesinde yatan bireylerin eşlerinin stresle başa çıkma deneyimleri nelerdir?
- Neuman'ın Sistemler Modeline temellendirilmiş psikoeğitim programı sonrası yoğun bakım ünitesinde yatan bireylerin eşlerinin metaforik algı deneyimleri nelerdir?

Bu sorular kapsamında araştırmanın, çok safhali karma desenin hem modele dayalı program geliştirme hem de iç içe geçmiş eylem araştırması safhalarını birleştiren tekli karma yöntem araştırması olarak yürütülmesine karar verilmiştir (Ivankova, 2015). Buna göre araştırmanın birinci safhasında; NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programını geliştirilmiş, ikinci safhasında ise; eylem araştırması türlerinden radikal yapısalcı paradigmaya dayalı teknik eylem araştırması uygulanmıştır. Araştırmanın metodolojik çerçevesi Şekil 3.4'te gösterilmiştir.



Şekil 3.4. Araştırmanın Metodolojik Çerçevesi (Kaynak: Ivankova, 2015)

3.3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Ocak- Mart 2024 tarihleri arasında Antalya’da bir devlet hastanesinin üçüncü basamak yetişkin yoğun bakım ünitelerinde yürütülmüştür.

3.3.3. Uygulama Alanının Özellikleri

Araştırmanın yapıldığı hastane, 38 uzmanlık dalında klinik, 9 yetişkin yoğun bakım ünitesi (üçüncü seviye) ve 1 yeni doğan yoğun bakım ünitesi (üçüncü seviye) ile toplam 400 yatak kapasitesine sahiptir. Hastanede 185 uzman doktor, 297 hemşire olmak üzere toplam 803 sağlık personeli, 13 idari personel, 307 destek personeli olmak üzere toplam 1297 kişi görev yapmaktadır. Yoğun bakım ünitesi, hastanenin diğer birimlerinden, hasta, ziyaretçi ve hastane personelinin genel kullanım alanlarından ayrı olarak yer almakta, asansör ile ameliyathane, acil servis, laboratuvar ve görüntüleme birimlerine hızlı geçiş yapılacak şekilde yapılandırılmıştır. Yoğun bakım ünitesinin girişinde ayrı bir ön geçiş alanı bulunmakta ve her yoğun bakım bu ana girişe bağlanmaktadır.

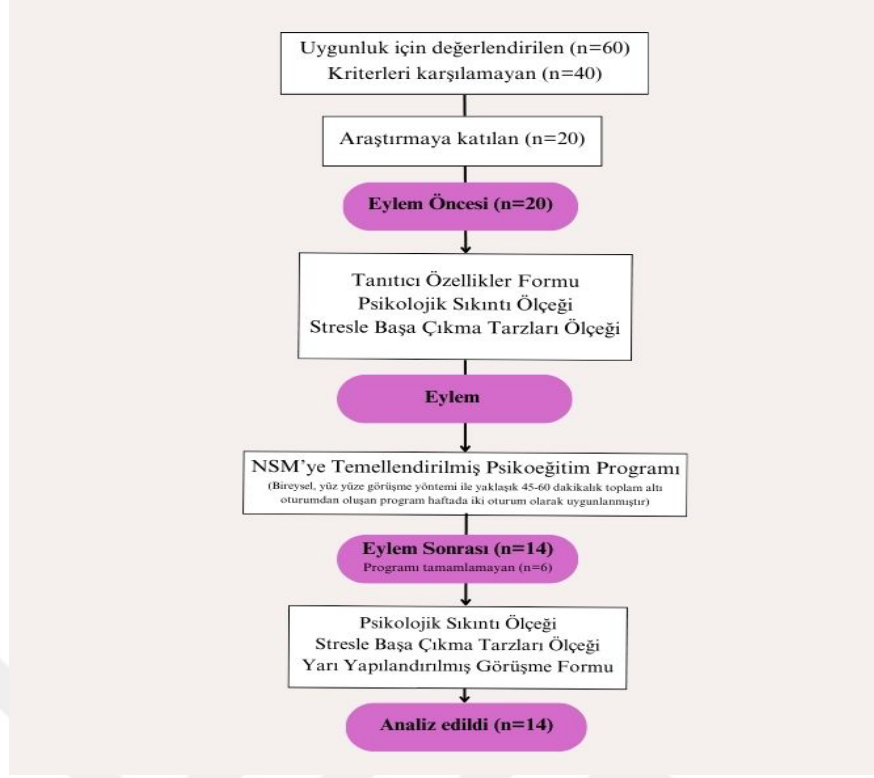
Bu çalışmanın yürütüldüğü üçüncü seviye dokuz yetişkin yoğun bakım ünitesi toplam 80 yatak kapasitesine sahiptir ve bu alanda üç yoğun bakım uzmanı, 17 anestezi Uzmanı, bir Yoğun Bakım Koordinatörü, sekiz sorumlu hemşire, 121 yoğun bakım hemşiresi, 65 destek ve temizlik personeli görev yapmaktadır. Bu ünitelere her birimden (servisler, acil servis, ameliyathane ya da diğer hastane ve illerden sevkli gibi) hasta kabul edilerek üçüncü seviye yoğun bakım hizmeti verilmektedir.

Yoğun bakım ünitelerinin ön geçiş bölümünde hasta yakınları için kritik hastalık durumu hakkında bilgilendirme, görüşme ve bekleme amacıyla kullanılan bir alan bulunmaktadır. Bu yoğun bakım ünitesinde kurumsal olarak standartlaştırılmış bir aile bilgilendirme ya da destekleme politikası uygulanmamaktadır. Aile üyelerine, yakınlarıyla ilgili bilgilendirme, yoğun bakım uzman hekimi tarafından ziyaret saatleri sırasında yapılmaktadır. Yoğun bakım ünitesi ziyaret saati günde bir defa ve yatan her birey için bir yakını olmak üzere saat 14:00-15:00 arasındadır. Yoğun bakım ünitesinde kayıtların tutulması ve korunması, iletişim ve sekreteryahizmetlerinin yürütülmesi, personelin değişimi ve dinlenmesi, kadın ve erkek personelin kıyafet değiştirmesi için destek hizmet alanları bulunmaktadır. Bu çalışmada, yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerine uygulanacak olan psikoeğitim programındaki bireysel

oturumlar, kurum yönetimi ve yoğun bakım ekibiyle iş birliği yapılarak yoğun bakım ünitesi alanı içindeki bir görüşme odasında yapılmıştır.

3.3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Antalya’da bir devlet hastanesinin üçüncü basamak yetişkin yoğun bakım ünitelerinde yatan bireylerin eşleri oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleminin belirlenmesinde, nitel araştırma yaklaşımında kullanılan amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Nitel araştırmalarda örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde, araştırmanın belirli özelliklerini taşıyan araştırmanın odağı, toplanacak verilerin derinliği ve genişliği ile ilgili veri miktarı önemlidir (Guest ve ark., 2006; Yıldırım ve Şimşek, 2018). Amaçlı örnekleme, çalışmanın amacına bağlı olarak bilgi açısından zengin durumların seçilerek derinlemesine araştırma yapılmasına olanak sağlamaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2018). Ölçüt örnekleme ise, önceden belirlenmiş bir dizi ölçütü karşılayan bütün durumların çalışılmasıdır. Araştırmacı bir veya daha fazla kriteri temsil ettikleri için kurumları, grupları veya kişileri seçebilmektedir (Onwuegbuzie ve Collins, 2007). Ölçütler araştırmacı tarafından oluşturulmakta ve bir ölçüt listesi kullanılmaktadır. Bu durumda örneklem için ölçütü karşılayan bireyler örnekleme alınmaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2018). Araştırmanın eylem aşamasında ölçüt örnekleme yöntemiyle, dahil edilme kriterlerine uygunluk açısından 60 katılımcı değerlendirilmiş, ancak 40 katılımcının dahil edilme kriterlerini karşılamaması nedeniyle araştırmadan dışlanmıştır. Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü, sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş onamı alınan 20 katılımcı alınmış ancak 6 katılımcının ilk veya ikinci görüşmeden sonra ulaşım sıkıntısı nedeniyle psikoeğitim programını tamamlamadan araştırmadan ayrıldığı için araştırma 14 katılımcı ile tamamlanmıştır. Sonuç olarak bu araştırmanın örneklemini 14 katılımcı oluşturmuştur. Araştırmanın uygulama akış şeması Şekil 3.5.’de sunulmuştur.



Şekil 3.5. Araştırmanın Uygulama Akış Şeması

3.3.5. Araştırma Örneklemine Özellikleri

Bu araştırmanın katılımcılarına ilişkin dahil edilme, dışlama ve çıkarılma kriterleri Tablo 3.1.'de sunulmuştur.

Tablo 3.1. Araştırmanın Dahil Edilme, Dışlama ve Çıkarılma Kriterleri

	Katılımcıya ilişkin kriterler	Yoğun bakımda yatan bireye ilişkin kriterler
Dahil edilme	-48-72 saat veya daha uzun süre yoğun bakım ünitesine plansız yatışı (acil yatışı) yapılan kritik hastalığı sahip bireyin eşi olma, -18 yaş üzerinde olma, -Türkçe konuşuyor olma, -İletişime engel olabilecek bir durumu olmama (işitme, görme, fiziksel, zihinsel engel) -Araştırmaya katılmayı yazılı ve sözlü olarak kabul etme	- 48-72 saat veya daha uzun süre yoğun bakım ünitesine plansız yatışı (acil yatışı) yapılan kritik hastalığa sahip birey olma -18 yaş üzerinde olma -Üçüncü seviye bir yetişkin genel yoğun bakım ünitesine mekanik ventilasyona bağlı olarak yatarak tedavi alma
Dışlama	-Psikiyatrik hastalığı veya bilişsel bozukluğunun olması, -Görme, işitme ve konuşma ile ilgili kaybının olması, -Benzer bir yöntemin kullanıldığı veya çalışmanın sonucu etkileyebilecek başka bir araştırmada yer alması, -Herhangi bir psikososyal destek programına dahil olması.	-18 yaşın altında olma -Kısa süreli yakın takip amacıyla planlı olarak yoğun bakıma yatışı yapılan birey olma
Çıkarılma	-Araştırmanın uygulama sürecinde herhangi bir nörolojik ya da psikiyatrik bir tanı alma -Kendi isteğiyle araştırmadan ayrılma	-Yaşamını kaybetme -48 saatten daha az sürede taburcu olma

Yoğun bakımda yatan bireyler ve eşlerinin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 3.2.'de sunulmuştur. Tanıtıcı özelliklere bakıldığında yoğun bakımda yatan bireylerin yaş ortalamasının 70.0 (SS 11.5), %78.6'sının erkek, %64.3'ünün ilkokul mezunu, %9'unun emekli, %85.7'sinin kronik hastalığının olduğu, çoğunluğun solunum sıkıntısı ve yarısının inme nedeniyle yattığı belirlenmiştir. Yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin tanıtıcı özelliklerine bakıldığında yaş ortalamasının 64.7 (SS 8.6) olduğu, %78.6'sının kadın, %42.9'u ilkokul mezunu, %64.3'ü ev hanımı, %85.7'sinin gelir durumu gidere eşit, %71.4'ünün kronik hastalığının olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3.2. Yoğun Bakımda Yatan Bireyler ve Eşlerinin Tanıtıcı Özellikleri

Tanıtıcı özellikler	Yoğun bakımda yatan birey n (%)	Eş n (%)
Yaş (Ortalama)	70.0 (SS 11.5)	64.7 (SS 8.6)
Cinsiyet		
Erkek	11 (78.6)	3 (21.4)
Kadın	3(21.4)	11 (78.6)
Eğitim düzeyi		
Okuryazar değil	1 (7.1)	4 (28.6)
İlkokul	9 (64.3)	6 (42.9)
Ortaokul	2 (14.3)	1 (7.1)
Lise	1 (7.1)	2 (14.3)
Üniversite	1 (7.1)	1 (7.1)
Çalışma durumu		
Çalışıyor	3 (21.4)	2 (14.3)
Emekli	9 (64.3)	3 (21.4)
Ev hanımı	2 (14.3)	9 (64.3)
Gelir durumu		
Gelir giderden düşük	-	2 (14.3)
Gelir gidere eşit	-	12 (85.7)
Kronik hastalık durumu		
Yok	2 (14.3)	4 (28.6)
Var	12 (85.7)	10 (71.4)
Yatış nedeni		
Solunum sıkıntısı	11 (78.6)	-
Bilinç bozukluğu	2 (14.3)	-
Yüksekten düşme	1 (7.1)	-
Yatış tanısı		
İnme	7 (50.0)	-
KOAH	6 (42.9)	-
Beyin tümörü	1 (7.1)	-
Yaşadığı yer		
İl	12 (85.7)	12 (85.7)
İlçe	2 (14.3)	2 (14.3)
Kaldığı yer		
Kendi evi	-	11 (78.6)
Çocuğunun evi	-	3 (21.4)

Ss: Standard sapma

Yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin tanıtıcı özellikleri Tablo 3.3'te sunulmuştur. Buna göre; katılımcıların 47-81 yaş aralığında olduğu, çoğunluğunun kadın ve yaklaşık yarısının ilkokul mezunu olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların çoğunluğunun ev hanımı veya emekli olup, gelir durumları giderlerine eşit, tamamına yakınının il merkezinde yaşadığı ve eşi yoğun bakımda yatarken bazı katılımcıların çocuklarının evinde kaldığı ve on katılımcının kronik hastalığa sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 3.3. Yoğun Bakımda Yatan Bireylerin Eşlerinin Tanıtıcı Özellikleri

Tanıtıcı Özellikler								
Katılımcılar	Yaş	Cinsiyet	Eğitim düzeyi	Çalışma durumu	Gelir durumu	Kronik Hastalık	Yaşadığı yer	Kaldığı yer
Katılımcı A	81	Kadın	Okuryazar değil	Emekli	Gelir gidere eşit	Var	İl	Kendi evi
Katılımcı B	70	Kadın	Okuryazar değil	Ev hanımı	Gelir gidere eşit	Var	İl	Kendi evi
Katılımcı C	64	Kadın	Okuryazar değil	Ev hanımı	Gelir giderden düşük	Var	İl	Kendi evi
Katılımcı D	60	Kadın	İlkokul	Ev hanımı	Gelir gidere eşit	Var	İl	Kendi evi
Katılımcı E	62	Kadın	İlkokul	Ev hanımı	Gelir gidere eşit	Var	İlçe	Çocukların evi
Katılımcı F	47	Erkek	İlkokul	Çalışıyor	Gelir gidere eşit	Yok	İl	Kendi evi
Katılımcı G	73	Kadın	İlkokul	Ev hanımı	Gelir gidere eşit	Var	İl	Kendi evi
Katılımcı H	62	Kadın	Ortaokul	Ev hanımı	Gelir gidere eşit	Yok	İl	Kendi evi
Katılımcı I	74	Kadın	Okuryazar değil	Emekli	Gelir giderden düşük	Var	İl	Kendi evi
Katılımcı J	60	Kadın	İlkokul	Ev hanımı	Gelir gidere eşit	Var	İl	Kendi evi
Katılımcı K	54	Erkek	Lise	Çalışıyor	Gelir gidere eşit	Yok	İl	Çocukların evi
Katılımcı L	70	Kadın	İlkokul	Ev hanımı	Gelir gidere eşit	Var	İl	Kendi evi
Katılımcı M	66	Erkek	Üniversite	Emekli	Gelir gidere eşit	Yok	İlçe	Çocukların evi
Katılımcı N	63	Kadın	Lise	Ev hanımı	Gelir gidere eşit	Var	İl	Kendi evi

3.3.6. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Eylem araştırmalarında genellikle nicel ve nitel veri toplama teknikleri bir arada kullanılmaktadır (Ivankova, 2022). Bu araştırmanın nicel verileri; eylem öncesi ve sonrası Psikolojik Sıkıntı Ölçeği (K10-PSÖ) (Altun ve ark., 2019) ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) (Şahin ve Durak, 1995) ile, nitel verileri ise eylem sonrası yarı yapılandırılmış bireysel derinlemesine görüşmeler ile toplanmıştır.

Tanıtıcı Özellikler Formu: Araştırmacılar tarafından ilgili literatür doğrultusunda hazırlanan form iki bölümden oluşmaktadır (EK-10). Birinci bölümde; yoğun bakımda yatan bireylere ilişkin sosyodemografik ve klinik verilere ilişkin sorular, ikinci bölümde ise yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerine ilişkin sosyodemografik özelliklerini içeren sorular yer almaktadır. (Haines ve ark., 2018; Black ve ark., 2011; Visser ve ark., 2014; Navidian ve ark., 2016; Cairns ve ark., 2019; Arslan ve Yazıcı, 2021; Naef ve ark., 2021; Caballero-Suárez ve ark., 2023; Grover ve Naskar, 2023).

Psikolojik Sıkıntı Ölçeği (K10-PSÖ): Kessler Psikolojik Sıkıntı Ölçeği (K10-PSÖ) Harvard Tıp Fakültesinden Kessler ve arkadaşları (2002) tarafından geliştirilmiştir. Türkçeye uyarlama, geçerlilik güvenirliliği Altun ve arkadaşları (2019) tarafından yapılmıştır. (EK-11) Ölçek katılımcıların sinirlilik, umutsuzluk, hüznün, değersizlik ve yorgunluk gibi belirtileri görme sıklığını ölçmektedir. Ölçek bir kişinin görüşme öncesindeki dört hafta içinde yaşadığı kaygı ve depresif belirtilerle ilgili sorulara dayalı olarak, genel bir sıkıntı ölçüsü elde etmeyi amaçlayan 10 sorudan oluşmaktadır. Yanıt seçenekleri, 1'den (hiçbir zaman) 5'e (her zaman) kadar değişen beşli Likert tipi ölçek üzerine kurulmuştur. Ölçekten en düşük 10, en yüksek 50 puan alınabilmektedir. Yüksek puanlar daha fazla ruhsal sıkıntıyı göstermektedir. K10-PSÖ'den elde edilen toplam skora göre psikolojik sıkıntı düzeyleri; 10-19 puan muhtemel iyi, 20-24 puan muhtemel hafif ruhsal rahatsızlık, 25-29 puan muhtemel orta ruhsal rahatsızlık, 30-50 puan muhtemel ağır ruhsal rahatsızlık olarak yorumlanmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısıyla değerlendirilen iç tutarlılık katsayısı 0,95 olarak bulunmuştur (Altun ve ark., 2019). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,80 olarak bulunmuştur.

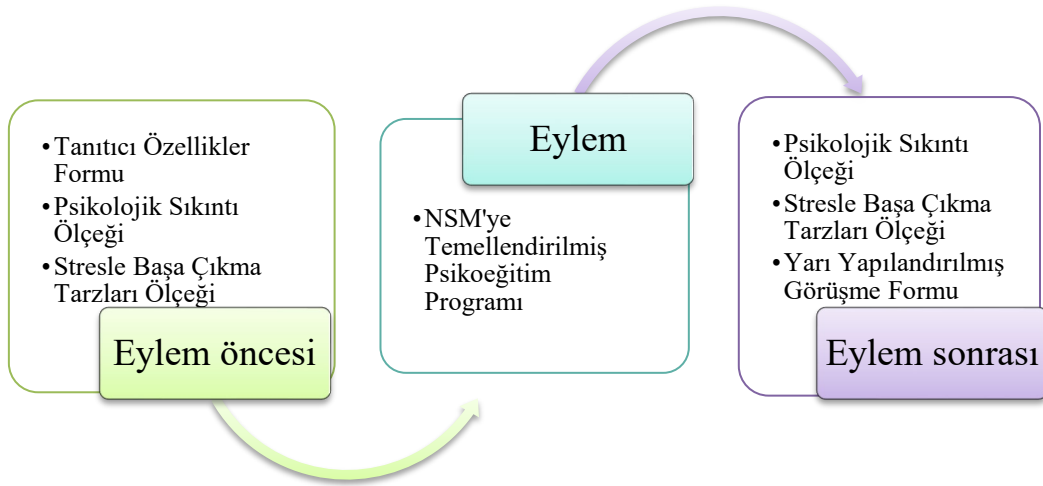
Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ): Folkman ve Lazarus (1984) tarafından geliştirilen “Başa Çıkma Yolları Envanteri”nin Şahin ve Durak (1995) tarafından Türkçeye uyarlaması yapılmış ve “Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği” olarak adlandırılmıştır. (EK-12) Ölçeğin “kendine güvenli yaklaşım (7 madde), çaresiz

yaklaşım (8 madde); boyun eğici yaklaşım (6 madde), iyimser yaklaşım (5 madde), ve sosyal destek arama (4 madde)” olmak üzere toplam beş alt boyutu bulunmaktadır. Kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı problemi çözmeye yönelik olan aktif/etkili başa çıkma yollarıdır. Çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım duygulara yönelik olan pasif/etkisiz başa çıkma yollarıdır. Ölçek toplam 30 maddeden oluşmakta, 0-3 puan arasında derecelenmektedir. Ölçeğin sosyal destek arama alt boyutundaki üç madde (madde 1, 9 ve 38) ters puanlanarak hesaplanmaktadır. Ölçeğin her alt boyuta ait puanı ayrı ayrı hesaplanmaktadır. Her alt boyuta ait elde edilen puanlar toplanmakta ve o alt boyutun madde sayısına bölünerek ortalama puan üzerinden değerlendirilmektedir. Elde edilen puanların yüksekliği o alt boyutun daha fazla kullanıldığını göstermektedir. Geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında, ölçeğin test ve tekrar test Cronbach alfa iç tutarlılık katsayılarının, iyimser yaklaşım için 0.49-0.68, kendine güvenli yaklaşım için 0.62-0.80, çaresiz yaklaşım için 0.64-0.73, boyun eğici yaklaşım için 0.47-0.72 ve sosyal destek arama faktörü için 0.45-0.47 arasında olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alfa katsayısı kendine güvenli yaklaşım 0.89, çaresiz yaklaşım 0.596, boyun eğici yaklaşım 0.745, iyimser yaklaşım 0.884, sosyal destek arama 0.734 olarak bulunmuştur.

Eylem Sonrası Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu: Yoğun bakımda yatan bireylerin eşleriyle yürütülen NSM’ye temellendirilmiş psikoeğitim programının günlük yaşamına etkisi, stresle başa çıkma becerilerine ve süreç içindeki değişimleri değerlendirmek amacıyla oluşturulmuş yarı yapılandırılmış görüşme formudur (EK-13). Eylem sonrası yarı yapılandırılmış görüşme formu, NSM temel alınarak ilgili literatür doğrultusunda oluşturulmuştur (Neuman ve Fawcett, 2011; Haines ve ark., 2018; Black ve ark., 2011; Visser ve ark., 2014; Navidian ve ark., 2016; Cairns ve ark., 2019; Arslan ve Yazıcı, 2021; Naef ve ark., 2021; Caballero-Suárez ve ark., 2023).

3.3.7. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırma verileri, eylem öncesi nicel, eylem sonrası nicel ve nitel veri toplama araçlarıyla toplanmıştır. Nicel verilerin toplanmasında öz bildirime dayalı anket yoluyla, nitel verilerin toplanmasın ise yüz yüze bireysel derinlemesine görüşme yöntemi kullanılmıştır. Bu araştırmada eylem öncesi ve eylem sonrasında kullanılan veri toplama araçları Şekil 3.6’te sunulmuştur.



Şekil 3.6. Eylem Öncesi ve Eylem Sonrası Veri Toplama Araçları

Nicel Verilerin Toplanması: Araştırmanın nicel verileri, eylem öncesi ve eylem sonrasında Psikolojik Sıkıntı Ölçeği (Kessler ve ark., 2002) ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (Şahin ve Durak, 1995) kullanılarak öz bildirimle dayalı olarak toplanmıştır.

Nitel Verilerin Toplanması: Eylem sonrasında katılımcı nicel veri toplama araçlarını doldurduktan sonra “Eylem sonrası yarı yapılandırılmış görüşme formu” aracılığıyla derinlemesine bireysel görüşme yapılmıştır. Araştırmacı tarafından yarı yapılandırılmış görüşme formu aracılığıyla yürütülen bireysel derinlemesine görüşmeler katılımcının sözlü ve yazılı onamı alınarak ses kayıt cihazına kaydedilmiştir. Kaydedilen görüşmelerin transkripti araştırmacı tarafından Nvivo 11 nitel veri analizi programına aktarılmıştır.

3.3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Bu araştırmanın doktora tez projesi kapsamında yürütülmesine ilişkin Enstitüsü Yönetim Kurulu Onayı alınmıştır (EK-14). Araştırmanın Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan etik onayı alınmıştır (EK-15). Uygulamanın yapılabilmesi için hastaneden kurum izni alınmıştır (EK-16). Araştırmanın nicel veri toplama araçlarına yönelik ilgili yazarlardan ölçek kullanım izni alınmıştır (EK-17, EK-18). Araştırmanın katılımcılarına araştırmanın adı, amacı, süresi ve şekli hakkında açıklama yapılmış ve bilgilendirilmiş yazılı onamları alınmıştır (EK-19). Bu çalışmanın, clinicaltrials.gov üzerinden ileriye dönük kaydı yapılmıştır (Kayıt No: NCT06243523).

3.4. Planlama (İlk Eylem Adımının Atılması)

Bu aşamada keşfetme aşamasında elde edilen verilere dayanarak bir eylem planı geliştirilir (Ivankova, 2022). Bu çalışmanın planlama aşamasında, yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin psikolojik sıkıntılarının azaltılması ve stresle etkili başa çıkmalarının geliştirilmesine yönelik NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programı geliştirilmiştir.

3.4.1. NSM'ye Temellendirilmiş Psikoeğitim Programının Geliştirilmesi

NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programı geliştirilmesi amacıyla eylem öncesi aşamada ilgili literatür doğrultusunda NSM'nin stresörler, değişkenler, hemşirelik müdahalesi kavramlarına göre kategorize edilerek eğitim içeriği oluşturulmuştur (Aylward, 2005; Walker, 2005; Chien ve ark., 2006; Neuman ve Fawcett, 2011; Şengün ve ark., 2011; Schmidt ve Azoulay, 2012; Cairns ve ark., 2019; Suzuki ve Tanoue, 2020;; Lee ve ark., 2020; Akhlaghi, 2021; Bulechek ve ark., 2013; Carpenito, 2017; Erdemir ve ark., 2017; Butcher ark., 2018; Erdemir ve Türk, 2021).

Psikoeğitim, birey ve ailesine hastalıkları, tedavileri, başa çıkma yöntemleri konusunda bilgi sağlayan ve psikiyatri hemşireleri tarafından uygulanan bir psikososyal müdahale yöntemidir (Chan, 2005). Psikoeğitim programı temelde birey ve aileleri, problem çözme, iletişim ve kendine güvenmeleri için desteklemeyi içermektedir (Sarkhel ve ark., 2020). Psikoeğitim programlarının temel bileşenleri; başa çıkmayı artırma, durumla ilgili farklı çözüm önerileri sunma, uyum sürecini belirleme ve hastalıkla ilgili yanlış bilgileri ortadan kaldırmaktır (Sarkhel ve ark., 2020).

Psikoeğitim programlarının içeriği, oturum sayıları, zamanı ve tipi bireylerin, aile üyelerinin ve sağlık profesyonellerinin ihtiyaçlarına göre değişebilmektedir (Sarkhel ve ark., 2020). Psikoeğitim programlarına yönelik literatür (Meyers ve ark., 2020; Sarkhel et al., 2020) incelendiğinde, bu çalışmada oturum sayısı altı olarak belirlenmiş ve bireysel görüşmelerin yaklaşık 45-60 dakika olması planlanmıştır. Bireylerin ve aile üyelerin güçlendirilmesinde önemli bir yere sahip olan psikoeğitim müdahalesinin, bireylerin stresli durumlarla daha iyi başa çıkmalarında ve süreci daha etkili bir şekilde yönetmelerinde yardımcı olan etkili bir yöntem olduğu belirtilmektedir (Economou, 2015). Bu çalışmada NSM'ye göre sistemin temel yapısı yoğun bakımda yatan bireylerin eşleridir. Bu temel yapıyı korumaya yönelik NSM'ye

temellendirilmiş psikoeğitim programı aracılığıyla birincil ve ikincil koruma müdahalesinde bulunarak bireylerin esnek savunma hattı, normal savunma hattı ve direnç hattının güçlendirilmesi planlanmıştır.

Birincil korumada, stresöre tepki meydana gelmeden önce onun zarar verici etkisini tedavi etmeye yönelik uygulamalar yer almaktadır. Bu uygulamalar, savunma hatlarını güçlendiren, dolayısıyla yeniden yapılanmayı destekleyen ve stres tepkisini azaltan eylemleri belirlemeyi, uygulamayı ve bireyin yeniden denge ve uyum sağlamasına yardımcı olmayı amaçlamaktadır. Bireye özgü olan bu uygulamalar temel yapının korunmasına yönelik uygulanmaktadır (Neuman ve Fawcett, 2011). Bireyin denge ve uyumunu sağlamak amacıyla iç ve dış kaynakların belirlenmesi, yoğun bakım ortamı ve sürecine ilişkin bilgi verilmesi, duyguların paylaşılması, güçlü ve zayıf yönlerin ortaya çıkarılması, stresörlerin ve strese verilen tepkilerin belirlenmesi, stresle başa çıkma yöntemlerinin belirlenmesi ve geliştirilmesi, bireyin stresle başa çıkmasında motive edilmesi, stres yönetimi ve başa çıkma eğitimlerinin verilmesi, bireyin tüm sürece dahil edilmesi, bireyin iyileşme sürecinde olumlu yönlerinin desteklenmesine yönelik girişimleri içermektedir.

Bu çalışmada ikincil koruma girişimleri temel olarak bireyin iyilik haline getirilerek direncin iç çizgisinin güçlendirilerek temel yapıyı korumak amacıyla uygulanması planlanmıştır. Bu çalışmada, ikincil koruma girişimleri sonrası bireyin yeniden yapılanma sürecinde, optimal iyilik halinin desteklenmesinde sağlığın korunması, uyum ve dengeye ulaşılması ve sürdürülmesi amaçlanmaktadır. Bu aşamada bireylere gerektiğinde yeniden eğitim verilmesi, yönlendirilmesi, bireyin stresle başa çıkma yöntemlerine uyumunun sağlanması ve sürdürülmesi, gerektiğinde ikincil koruma girişimlerinin yeniden uygulanması, bireyin ek stres faktörlerinden korunması ve ortadan kaldırılması ve dengenin korunmasının teşvik edilmesi yer almaktadır.

Bu araştırmada, yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin gereksinimlerine yönelik ilgili literatür doğrultusunda bireysel psikoeğitim programı toplam altı oturumdan oluşmuş ve her oturum yaklaşık 45-60 dakika sürecek şekilde yapılandırılmıştır (Sarkhel ve ark., 2020). Bu psikoeğitim programı ile NSM temel alınarak bireylerin psikolojik sıkıntılarını azaltmaya ve stresle başa çıkma tarzlarını geliştirmeye yönelik hemşirelik müdahalesinin uygulanması hedeflenmiştir. Psikoeğitim programının oturum içerikleri, NSM'nin kavramsal yapısına uygunluğu, zamanı ve oturum

açısından değerlendirilmesi için psikiyatri hemşireliği alanında uzman yedi akademisyene gönderilmiştir. Uzman uyum istatistikleri ve uzman görüşlerine ilişkin betimsel analiz sonuçları ve yapılan düzenlemeler aşağıda sunulmuştur. NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programı EK-20'de sunulmuştur.

3.4.2. NSM'ye Temellendirilmiş Psikoeğitim Programına İlişkin Uzman Görüşü

NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programının değerlendirmeleri, NSM konusunda çalışmaları olan (1 Prof. Dr.; 2 Doç. Dr.), psikoeğitim programı konusunda çalışmaları olan (1 Doç. Dr.), psikoeğitim programı konusunda çalışmaları olan (1 Doç. Dr.), Roy Adaptasyon Modeli ve psikoeğitim programı konusunda çalışmaları olan (1 Doç. Dr.), yoğun bakım ünitesinde klinik deneyimi olan (1 Dr. Öğr. Üyesi)] 7 psikiyatri hemşireliği uzmanı tarafından yapılmıştır. Bu değerlendirme dört kategoride (Uygun değil (1), Kısmen Uygun (2), Uygun (3), Tamamen Uygun (4)) yapılmış ve sonrasında uzmanların değerlendirmeleri arasındaki genel uyum katsayısı [Fleiss's kappa (κ)] hesaplanmıştır. Maddelere ilişkin Kappa uyum katsayıları (κ) Polit ve arkadaşları (2007) tarafından Fleiss kappa katsayısı hesaplanmasının önerilen bir uyarlaması ile bulunmuştur.

Tablo 3.4. NSM'ye Temellendirilmiş Psikoeğitim Programına ilişkin Uzman Uyum İstatistikleri

%95 Güven Aralığı					
	Kappa Katsayısı	Standart Hata	Z	p	Alt Sınır Üst Sınır
Genel uyum	0,803	0,025	32,197	0,000*	0,754 0,852

*p<.001 düzeyinde anlamlı. Yedi (7) uzmanın dört kategorili yanıtları analize alınmıştır.

NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programına ilişkin uzman uyum istatistikleri Tablo 3.4.'te sunulmuştur. NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programının değerlendiren yedi uzmanın değerlendirmelerine yönelik görüşleri arasındaki uyum katsayısını bulmak üzere Fleiss's kappa (κ) katsayısı 0.803 olarak bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir uyum olduğu görülmüştür ($p<0.001$). Buna göre, psikoeğitim programına ilişkin uzman uyumunun %95 güven aralığında Kappa değeri uyum katsayısının güçlü düzeyde uyuma sahip olduğu belirlenmiştir (McHugh, 2012).

Tablo 3.5. NSM’ye Temellendirilmiş Psikoeğitim Programının Puanlamasına ilişkin Uzman Uyum İstatistikleri

Değerlendirme	Kappa Katsayısı	Standart Hata	Z	p	%95 Güven Aralığı	
					Alt sınır	Üst sınır
Kısmen uygun (2)	0.872	0.030	29.348	0.000*	0.813	0.930
Uygun (3)	0.794	0.030	26.72	0.000*	0.735	0.852
Tamamen uygun (4)	0.793	0.030	26.711	0.000*	0.735	0.851

*p<.001 düzeyinde anlamlı. Yedi (7) uzmanın dört kategorili yanıtları analize alınmıştır.

NSM’ye temellendirilmiş psikoeğitim programının puanlamasına ilişkin uzmanlar arasındaki uyum istatistiklerini belirlemek amacıyla yapılan Fleiss’s kappa (κ) analizi sonuçları Tablo 3.5’te sunulmuştur. Yapılan analiz sonucuna göre, “kısmen uygun (2)” puanlamasına ilişkin uzmanlar arasındaki uyum katsayısı 0.872 (iyi), “uygun (3)” puanlamasına ilişkin uyum katsayısı 0.794 (iyi), “tamamen uygun (4)” puanlamasına ilişkin uyum katsayısı 0.793 (iyi) olarak belirlenmiştir.

NSM’ye temellendirilmiş psikoeğitim programının uzman görüşlerine ilişkin betimsel analiz ve yapılan düzenlemeler Tablo 3.6.’da verilmiştir. Buna göre psikiyatri hemşireliği alanında yedi uzmana gönderilen psikoeğitim programına yönelik uzmanlardan gelen görüş ve önerilere ilişkin yapılan düzenlemeler belirtilmiştir.

Tablo 3.6. NSM’ye Temellendirilmiş Psikoeğitim Programının Uzman Görüşlerine İlişkin Betimsel

Analiz Sonuçları ve Yapılan Düzenlemeler

Uzmanlık Alanı	Uzman Görüşleri	Yapılan düzenlemeler
Uzman 1	Tüm oturumların oturum içeriğinin ve kuramsal temelinin değerlendirilmesi için 6. maddeye yönelik <i>“Hemşirelik girişimlerinin modelin koruma düzeyleriyle ilişkilendirilmesi”</i>	Hemşirelik girişimleri modelin koruma düzeyleriyle ilişkilendirilmiştir.
	İkinci oturumda oturum içeriğinin ve kuramsal temelinin değerlendirilmesi için 5. maddeye yönelik <i>“ümit aşılama, stres ve anksiyetenin azaltılmasına yönelik girişimlerin birkaç oturumda tekrar edilmesi”</i>	Ümit aşılama yönelik hemşirelik girişimleri ikinci ve beşinci oturumda, stres ve anksiyetenin azaltılmasına yönelik hemşirelik girişimleri ikinci, üçüncü ve dördüncü oturumlarda planlanmıştır.
	Üçüncü, dördüncü ve beşinci oturumların yapısının değerlendirilmesi için 5. Maddeye yönelik <i>“sürenin 30-45 dakika yeterli olmaması”</i>	Oturum süreleri “30-45 dakika” yerine “45-60 dakika” olarak düzenlenmiştir.
	Üçüncü oturumda oturum içeriğinin ve kuramsal temelinin değerlendirilmesi için 7. maddeye yönelik <i>“hemşirelik girişimlerinin modelin hatlarına ve güçlendirilen değişkenlere yönelik belirtilmesi”</i>	Hemşirelik girişimleri modelin hatlarına ve güçlendirilen değişkenlere yönelik belirtilmiştir.
Uzman 2	İkinci, üçüncü ve beşinci oturumda oturumların yapısının değerlendirilmesi için 5. Maddeye yönelik <i>“oturum içeriğine göre süresinin yeterli olmaması”</i>	Oturum süreleri “30-45 dakika” yerine “45-60 dakika” olarak düzenlenmiştir.
Uzman 3	Oturumların yapısının ve kuramsal temelinin	“uygun” olduğu
Uzman 4	Tüm oturumların oturum içeriğinin ve kuramsal temelinin değerlendirilmesi için 6. maddeye yönelik <i>“Hemşirelik girişimlerinin modelin koruma düzeyleriyle ilişkilendirilmesi”</i>	Hemşirelik girişimleri modelin koruma düzeyleriyle ilişkilendirilmiştir.
	Üçüncü oturumda oturum içeriğinin ve kuramsal temelinin değerlendirilmesi için 7. maddeye yönelik <i>“hemşirelik girişimlerinin modelin hatlarına ve güçlendirilen değişkenlere yönelik belirtilmesi”</i>	Hemşirelik girişimleri modelin hatlarına ve güçlendirilen değişkenlere yönelik belirtilmiştir.
Uzman 5	İkinci, üçüncü, dördüncü ve beşinci oturumların yapısının değerlendirilmesi için 3. maddeye yönelik <i>“her oturum için süre ve eğitim içeriği değerlendirildiğinde hedeflere ulaşma konusunda yeterli olmayabilir”</i>	Oturum süreleri “30-45 dakika” yerine “45-60 dakika” olarak düzenlenmiştir.
Uzman 6	Tüm oturumların yapısının değerlendirilmesi için 5. Maddeye yönelik <i>“sürenin 45-60 dakika olmasının uygun olabileceği”</i>	Oturum süreleri “30-45 dakika” yerine “45-60 dakika” olarak düzenlenmiştir.
Uzman 7	Oturumların yapısının ve kuramsal temelinin içeriğe	“uygun” olduğu belirtilmiştir.

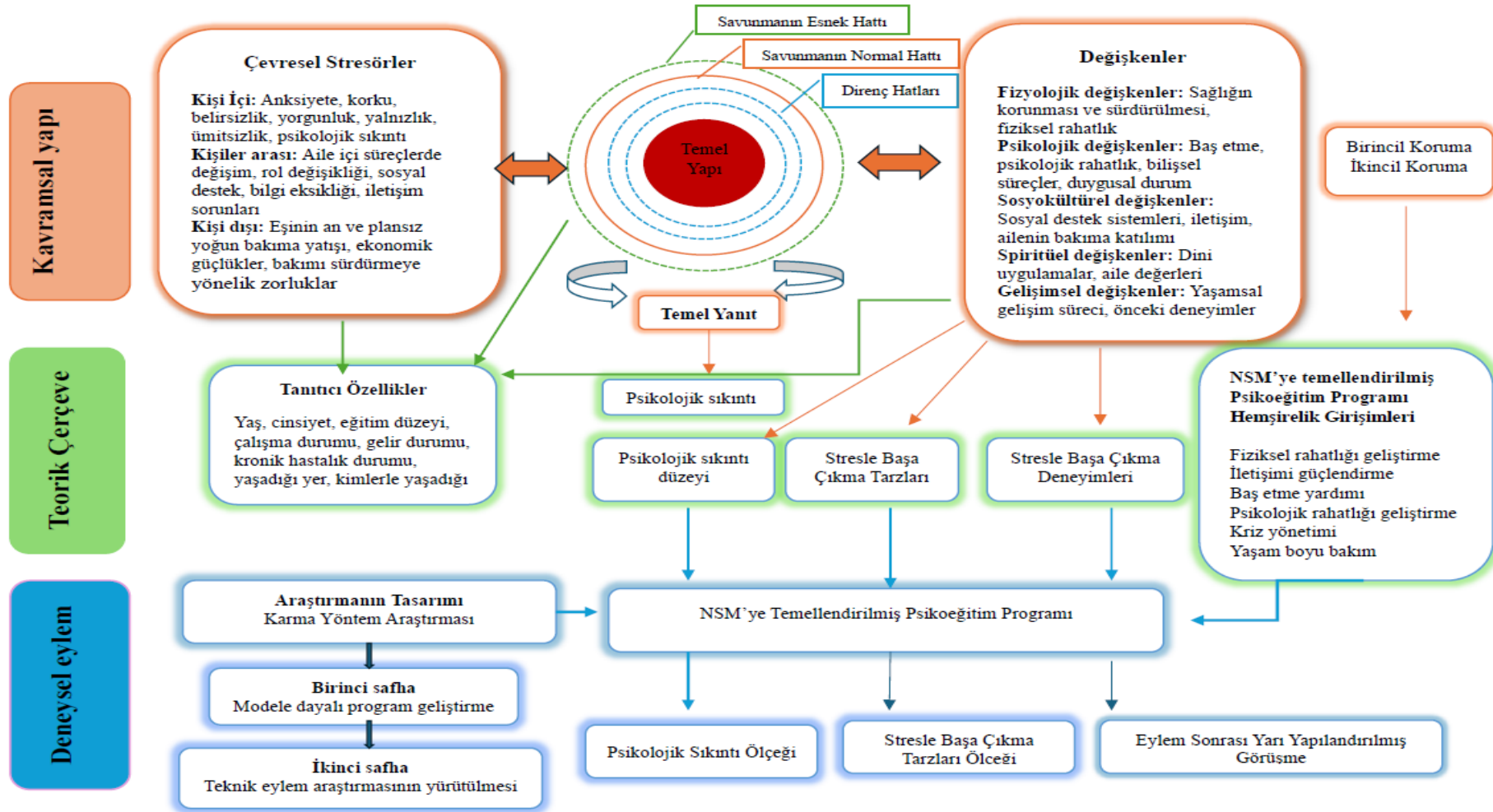
3.5. Eylem

Bu aşama, planlama aşamasında geliştirilen stratejilerin uygulanmasını içerir (Ivankova, 2022). Belirlenen hedeflere ulaşmak için belirli eylemler gerçekleştirilir. Eylem süreci, katılımcıların aktif rol aldığı ve süreç boyunca sürekli etkileşim sağlanan bir aşamadır (Ivankova, 2022). Bu çalışmanın eylem aşamasında, yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerine NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programı uygulanmıştır. Araştırmanın kavramsal-kuramsal-deneysel yapısı Şekil 3.7'de sunulmuştur.

3.5.1. NSM'ye Temellendirilmiş Psikoeğitim Programının Uygulanması

Bu çalışmanın ikinci aşamasını, teknik eylem araştırması yöntemiyle NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programının yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerine uygulanması oluşturmaktadır. Bu psikoeğitim programı ile bireylerin psikolojik sıkıntılarını azaltmaya ve stresle başa çıkma tarzlarını geliştirmeye yönelik birincil ve ikincil koruma sağlamak amacıyla hemşirelik müdahaleleri uygulanmıştır. Her oturuma yaklaşık 5-10 dakika süren bir girişle başlanmış, oturum süresi, amacı ve kapsamı hakkında bilgilendirme yapılmıştır. Oturuma giriş yapıldıktan sonra planlanan hemşirelik girişimlerinin uygulanmasıyla devam edilmiş yaklaşık 30-45 dakika (min. 30 dk.- max. 45 dk., ort. 40 dk) ve her oturum sonunda oturum hakkında özetleme, bireyin duygu ve düşüncelerini ifade etmesi, bir sonraki oturum hakkında bilgilendirme ve planlama yapılarak sonlandırma yapılmıştır. NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programının oturumları, hedefleri ve hemşirelik girişimleri Şekil 3.8'da özetlenmiştir. NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programının oturum içerikleri, kuramsal temeli ve kavramsal yapısı EK-20'de verilmiştir.

NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programının birinci oturumuna tanışma ve psikoeğitim programının tanıtımıyla başlanmıştır. Birinci oturumun amacı; bireyi tanımak, psikoeğitim programı hakkında bilgi vermek, bireyin duygu ve düşüncelerini ifade etmesi için desteklemek ve terapötik ilişkinin oluşturulmasını kapsamaktadır. Bu oturumda araştırmacı aktif dinleme ve terapötik iletişim tekniklerini uygulamıştır (Bulechek ve ark., 2013; Carpenito, 2017; Erdemir ve ark., 2017; Butcher ark., 2018; Erdemir ve Türk, 2021).



Şekil 3.7. Araştırmanın kavramsal-kuramsal-deneyisel yapısı

Birinci oturumda, bireyin psikolojik değişkenleri desteklenerek birincil ve ikincil koruma sağlanması hedeflenmiştir (Neuman ve Fawcett, 2011). Bu değişkenleri geliştirmeye, etkinliğini artırmaya, esnek savunma hattını ve normal savunma hattını güçlendirmeye yönelik aktif dinleme ve terapötik iletişim tekniklerine yönelik hemşirelik girişimleri uygulanmıştır (Bulechek ve ark., 2013; Carpenito, 2017; Erdemir ve ark., 2017; Butcher ark., 2018; Erdemir ve Türk, 2021). Böylece bireyin esnek savunma hattı, normal savunma hattı ve psikolojik değişkenleri güçlendirilmesi amaçlanmıştır.

Birinci Oturum	İkinci Oturum	Üçüncü Oturum	Dördüncü Oturum	Beşinci Oturum	Altıncı Oturum
Tanışma ve Psiko eğitim Programının Tanıtımı	Yoğun Bakım Ünitesine Uyum Süreci	Stresle Başa Çıkma-I	Stresle Başa Çıkma-II	Stresle Başa Çıkma-III	Psiko eğitim Programının Değerlendirilmesi ve Sonlandırılması
Oturum Hedefleri	Oturum Hedefleri	Oturum Hedefleri	Oturum Hedefleri	Oturum Hedefleri	Oturum Hedefleri
Tanışma, güven ilişkisinin oluşturulması	Terapötik ilişkinin sürdürülmesi	Stresi tanıması ve nedenlerini bilmesi	Stresle baş etmede bedene yönelik teknikleri tanıması	Stres yönetiminde etkili duruma yönelik teknikleri tanıması	Program sürecinin değerlendirilmesinin yapılması
Terapötik ilişkinin başlatılması	Yoğun bakım ünitesi ve ekibinin tanıtılması	Stresin kaynaklarını ve belirtilerini bilmesi	Stresli durumda bedene yönelik etkili baş etme yöntemlerini uygulaması	Problem çözme basamaklarının açıklanması	Sürece ilişkin duygu ve düşüncelerin anlaşılması
Psiko eğitim süreci ve içeriği hakkında bilgi verilmesi	Kritik hastalık süreci hakkında bilgi verilmesi	Bireysel stres yanıtlarını tanıması	Stres ve anksiyetenin azaltılması	Stres yönetiminde sosyal destek kaynaklarını tanıması	Ölçüm araçlarının uygulanması
Bireyin sorularının cevaplanması	Stres ve anksiyetenin azaltılması	Stresle başa çıkmada duygu ve düşünceye yönelik etkili yöntemleri tanıması	Nefes egzersizinin öğretilmesi ve uygulanması	Aile süreçlerinin sürdürülmesinin önemini bilmesi	
Ölçüm araçlarının uygulanması	Duyusal destek sağlanması	Uygun olmayan yaygın düşünce hatalarını öğrenmesi	Bireyin gevşeme tekniğini öğrenmesi ve uygulaması	Stres ve anksiyetenin azaltılması	
	Ümit aşılması	Stres ve anksiyetenin azaltılması	Duyusal destek sağlanması	Duyusal destek sağlanması	
		Duyusal ve spiritüel destek sağlanması			
		Ümit aşılması			
Hemşirelik Girişimleri	Hemşirelik Girişimleri	Hemşirelik Girişimleri	Hemşirelik Girişimleri	Hemşirelik Girişimleri	Hemşirelik Girişimleri
Aktif dinleme	Danışmanlık	Stres ve anksiyetenin azaltılması	Stres ve anksiyetenin azaltılması	Sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesi	Aktif dinleme
Terapötik iletişim teknikleri	Stres ve anksiyetenin azaltılması	Ümit aşılması	Psikolojik rahatlığı geliştirme (gevşeme terapisi)	Dayanıklılığın geliştirilmesi	Terapötik iletişim teknikleri
	Duyusal destek	Duyusal destek sağlanması	Nefes egzersizi	Destek sistemlerinin güçlendirilmesi,	
	Ümit aşılama	Duygu ve düşünceye yönelik baş etmeyi güçlendirme	Fiziksel rahatlığı geliştirme (kaslarda progresif gevşemenin sağlanması)	Aile süreçlerinin sürdürülmesi	
		Spiritüel destek			

Şekil 3.8. NSM'ye Temellendirilmiş Psiko eğitimin Oturumları, Hedefleri ve Hemşirelik Girişimleri

Programın ikinci oturumu, yoğun bakım ünitesine uyum sürecini içermektedir. İkinci oturumun amacı, bireyin yoğun bakım ünitesini tanımasına ve eşinin kritik hastalık sürecine uyum sağlamasına yardımcı olmaktır. Bu oturumda bireyin eşinin yoğun

bakım ünitesine ani ve plansız yatışı, kritik hastalığı, eşinin yanında olamaması gibi nedenlere yaşadığı stresi anlamaya yönelik hemşirelik girişimleri uygulanmıştır (Bulechek ve ark., 2013; Carpenito, 2017; Erdemir ve ark., 2017; Butcher ark., 2018; Erdemir ve Türk, 2021). Bu kapsamda araştırmacı danışmanlık, stres ve anksiyetenin azaltılması, duygusal destek ve ümit aşılama yönelik hemşirelik girişimlerini uygulamıştır (Bulechek ve ark., 2013; Carpenito, 2017; Erdemir ve ark., 2017; Butcher ark., 2018; Erdemir ve Türk, 2021). NSM’de esnek savunma hattının ve normal savunma hattının psikolojik değişkenlerinin güçlendirilmesine yönelik hemşirelik girişimleri planlanmıştır (Neuman ve Fawcett, 2011). Bu doğrultuda ikinci oturumda, danışmanlık, duygusal destek ve ümit aşılama yönelik hemşirelik girişimlerinin uygulanarak esnek savunma hattı ve normal savunma hattının güçlendirilmesi planlanmıştır. Bu oturumda, bireyin psikolojik değişkenleri desteklenerek birincil ve ikincil koruma sağlanır (Neuman ve Fawcett, 2011). Bu değişkenleri geliştirmeye, etkinliğini artırmaya, esnek savunma hattını ve normal savunma hattını güçlendirmeye yönelik danışmanlık, duygusal destek ve ümit aşılama yönelik hemşirelik girişimleri uygulanır. Böylece bireyin esnek savunma hattı, normal savunma hattı ve psikolojik değişkenleri güçlendirilmesi amaçlanmıştır.

Üçüncü oturum, stresle başa çıkma-I oturumunu içermektedir. Üçüncü oturumun amacı, bireyi stresi ve stres kaynaklarını, belirtilerini, bireyin stres yönetiminde duyguya ve düşünceye yönelik etkili başa çıkma tekniklerini tanımasıdır. Bu oturumda araştırmacı tarafından hazırlanan yararlanılarak bireyin stresi tanıması ve stres yönetiminde duygu ve düşünceye yönelik başa çıkma teknikleri öğrenmesine yardımcı olunur. Bu kapsamda araştırmacı, stres ve anksiyetenin azaltılması, ümit aşılması, duygusal destek sağlanması, duygu ve düşünceye yönelik baş etmeyi güçlendirme ve spiritüel desteğe yönelik hemşirelik girişimlerini uygulamıştır (Bulechek ve ark., 2013; Carpenito, 2017; Erdemir ve ark., 2017; Butcher ark., 2018; Erdemir ve Türk, 2021). NSM’de psikolojik değişkenler, çevre ile etkileşim içinde bilişsel süreçleri, içten ve dıştan gelen dinamik çevresel etkileri ifade etmektedir (Neuman ve Fawcett, 2011). Yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin oldukça stresli bir ortam olarak yoğun bakımda psikolojik sıkıntı yaşadıkları ve stresle başa çıkma tarzlarında pasif yöntemleri kullandıkları belirtilmektedir (Rückholdt ve ark., 2019). NSM’de spiritüel değişkenler, bireyin temel yapısının komponenti olarak doğuştan gelen bir bileşendir ve bireyin manevi yapısını, inançlarını ve bunların etkilerini ifade etmektedir (Neuman

ve Fawcett, 2011). Dolayısıyla stresörler bu bireylerin esnek savunma hattı ve normal savunma hattını etkileyebileceğinden dolayı bu hatları güçlendirmek amacıyla bu oturumda psikolojik ve spiritüel değişkenlere yönelik birincil ve ikincil koruma düzeyinde hemşirelik girişimleri uygulanmıştır (Bulechek ve ark., 2013; Carpenito, 2017; Erdemir ve ark., 2017; Butcher ark., 2018; Erdemir ve Türk, 2021). Bu bağlamda üçüncü oturumda bireyin stresi ve stres kaynaklarını, belirtilerini, stres ve anksiyetenin azaltılması, stres yönetiminde duyguya ve düşünceye yönelik etkili başa çıkma tekniklerini tanıması, spiritüel destek sağlanmasına yönelik hemşirelik girişimleri uygulanmıştır (Bulechek ve ark., 2013; Carpenito, 2017; Erdemir ve ark., 2017; Butcher ark., 2018; Erdemir ve Türk, 2021). Böylece psikolojik değişkenler ve spiritüel değişkenlere yönelik uygulanan girişimlerin esnek savunma hattı ve normal savunma hattı üzerine birincil ve ikincil koruma düzeyinde koruma sağlanması amaçlanmıştır.

Programın dördüncü oturumu, stresle başa çıkma-II oturumundan oluşmaktadır. Dördüncü oturumun amacı, bireyin stres yönetiminde bedene yönelik etkili başa çıkma tekniklerini öğrenmesi ve uygulamasıdır. NSM’de fizyolojik değişkenler, vücut yapısı ve fonksiyonu ile ilgili olan fizyolojik değişkenlere, homeostaz yoluyla vücudun korunması ve beslenmesine hizmet etmektedir (Neuman ve Fawcett, 2011). Bu çalışmada, yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin bu süreçte etkilen fiziksel sağlık durumu, strese karşı verilen fizyolojik tepkileri fizyolojik değişkene karşı gelmektedir. NSM’de psikolojik değişkenler, çevre ile etkileşim içinde bilişsel süreçleri, içten ve dıştan gelen dinamik çevresel etkileri ifade etmektedir (Neuman ve Fawcett, 2011). Yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin oldukça stresli bir ortam olarak yoğun bakımda psikolojik sıkıntı yaşadıkları ve stresle başa çıkma tarzlarında pasif yöntemleri kullandıkları belirtilmektedir (Rückholdt ve ark., 2019). Dolayısıyla stresörler bu bireylerin esnek savunma hattı ve normal savunma hattını etkileyebileceğinden dolayı bu hatları güçlendirmek amacıyla bu oturumda fizyolojik ve psikolojik değişkenlere yönelik birincil ve ikincil koruma düzeyinde hemşirelik girişimleri uygulanmıştır (Bulechek ve ark., 2013; Carpenito, 2017; Erdemir ve ark., 2017; Butcher ark., 2018; Erdemir ve Türk, 2021). Bu kapsamda araştırmacı, psikolojik rahatlığı geliştirmeye (gevşeme terapisi) ve fiziksel rahatlığı geliştirme (kaslarda progresif gevşemenin sağlanması) yönelik hemşirelik girişimlerini

uygulanmıştır (Bulechek ve ark., 2013; Carpenito, 2017; Erdemir ve ark., 2017; Butcher ark., 2018; Erdemir ve Türk, 2021).

Programın beşinci oturumu, stresle başa çıkma-III oturumunu içermektedir. Beşinci oturumun amacı, bireyin stres yönetiminde duruma yönelik etkili teknikleri öğrenmesi ve uygulamasıdır. Bu kapsamda araştırmacı, dayanıklılığın geliştirilmesi, destek sistemlerini güçlendirme, aile süreçlerinin sürdürülmesine yönelik hemşirelik girişimlerini uygulamıştır (Bulechek ve ark., 2013; Carpenito, 2017; Erdemir ve ark., 2017; Butcher ark., 2018; Erdemir ve Türk, 2021). Bu bağlamda beşinci oturumda bireyin sosyokültürel ve psikolojik değişkenlerinin güçlendirilmesi için stres yönetiminde duruma yönelik etkili başa çıkma teknikleri öğrenmesi ve uygulaması amaçlanmıştır. NSM’de sosyokültürel değişkenler, sosyal ve kültürel faktörlerin birleşimini ve etkilerini tanımlamaktadır (Neuman ve Fawcett, 2011). Bireylerin aile, arkadaşlar ve hatta profesyonel ilişkileri içeren sosyal çevre ile bağlantılılarının artırılması, sosyal ilişkilerin desteklenmesi dirençlerini arttırılabilmektedir (Turner ve Kaylor, 2015). Bu oturumda psikolojik değişkenlerin, stres ve anksiyetenin azaltılması ve ümit aşılmasına yönelik planlanan hemşirelik girişimleriyle güçlendirilmesi amaçlanmıştır. Yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin bu süreçte yaşadığı sosyal ilişkilerinde değişimler, sosyal desteğin varlığı, sosyoekonomik ve sosyokültürel durumları bu değişkenler içinde yer almaktadır. Bu doğrultuda bireyin sosyokültürel ve psikolojik değişkenlerini güçlendirmeye yönelik birincil ve ikincil koruma düzeyinde stres ve anksiyetenin azaltılması, sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesi, aile süreçlerin sürdürülmesi ve ümit aşılmasına yönelik hemşirelik girişimlerinin uygulanarak esnek ve normal savunma hattının güçlendirilmesi amaçlanmıştır (Bulechek ve ark., 2013; Carpenito, 2017; Erdemir ve ark., 2017; Butcher ark., 2018; Erdemir ve Türk, 2021).

Programın altıncı oturumu, psikoeğitim programının değerlendirilmesi ve sonlandırılmasını içermektedir. Altıncı oturumun amacı; psikoeğitim programının değerlendirilmesi, ölçüm araçlarının uygulanması ve programın sonlandırılmasıdır. Bu oturumda araştırmacı aktif dinleme ve terapötik iletişim tekniklerini uygulamıştır. NSM’de hemşire, sistemin dengesinin sürdürülebilmesi için birey, çevre, sağlık ve hemşirelik arasında bağlantılar yaratarak denge ve uyumu sağlamaya destek olmaktadır. Bu nedenle, bireyin denge ve uyumunu etkileme potansiyeli olan ya da etkileyen stresörlere yönelik koruyucu önlemlerin gerçekleştirmesi önemlidir. Bu

oturumda, psikoeğitim programının değerlendirilmesi, programın sonlandırılması ve bireyin sürece ilişkin duygu ve düşüncelerini ifade etmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda, aktif dinleme ve terapötik iletişim tekniklerinin kullanılarak birincil koruma düzeyinde esnek savunma hattının ve ikinci koruma düzeyinde normal savunma hattı ve direnç hattının güçlendirilmesine yönelik hemşirelik girişimleri uygulanmıştır (Bulechek ve ark., 2013; Carpenito, 2017; Erdemir ve ark., 2017; Butcher ark., 2018; Erdemir ve Türk, 2021).

NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programı yoğun bakımın giriş bölümünde kurum tarafından belirlen bir görüşme odasında yürütülmüştür. Araştırmanın eylem aşaması dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü, sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş onamı alınan 14 katılımcı ile tamamlanmıştır. Eylem öncesinde katılımcılardan tanıtıcı özellikler formu, psikolojik sıkıntı ölçeği ve stresle başa çıkma tarzları ölçeğini doldurmaları istenmiştir. NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programı yoğun bakımda yatan bireylerin eşleriyle bireysel, yüz yüze görüşme yöntemi ile belirlenen görüşme odasında yaklaşık 45-60 dakikalık altı oturum olarak haftada iki oturum olacak şekilde yürütülmüştür. Eylem sonrası katılımcılardan psikolojik sıkıntı ölçeği ve stresle başa çıkma tarzları ölçeğini doldurmaları istenmiş ve yarı yapılandırılmış görüşme formu aracılığıyla derinlemesine bireysel görüşme yapılmış ve program sonlandırılmıştır.

3.6. Değerlendirme

Bu aşamada, uygulanan eylemin etkinliği değerlendirilir (Ivankova, 2022). Değerlendirme aşaması, hedeflerin ne ölçüde gerçekleştirildiğini anlamak için verilerin analiz edilmesini içermektedir (Ivankova, 2022). Bu çalışmada elde edilen nicel ve nitel verilerin değerlendirilmesi aşağıda sunulmuştur.

3.6.1. Nicel Verilerin Değerlendirilmesi

Nicel veriler SPSS 25.0 (IBM SPSS Statistics 25 software (Armonk, NY: IBM Corp.) paket programıyla analiz edilmiştir. Sürekli değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma ve kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak verilmiştir. Katılımcıların eylem öncesi ve eylem sonrası Psikolojik Sıkıntı Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği puan ortalamalarının farklılıklarının karşılaştırılması Wilcoxon testi ile analiz edilmiştir. $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

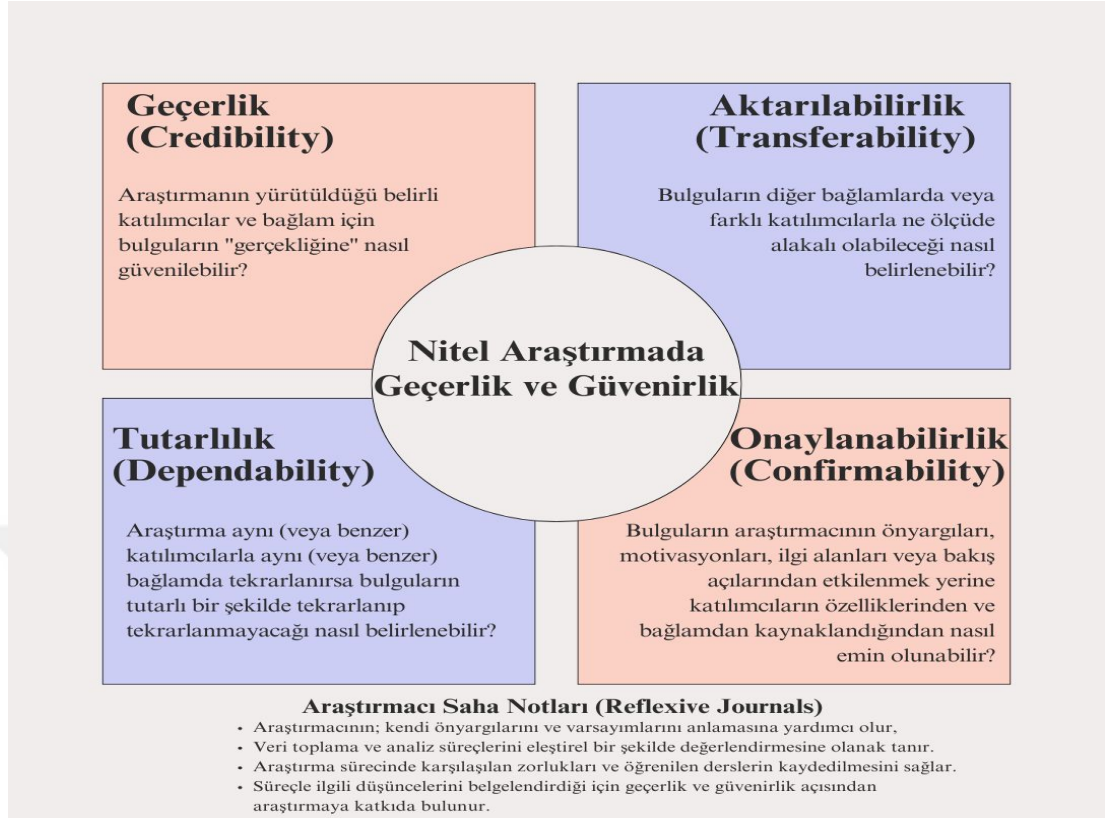
3.6.2. Nitel Verilerin Değerlendirilmesi

Eylem sonrasında yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin psikoeğitim programına ilişkin görüşlerini değerlendirmek amacıyla Eylem Sonrası Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu doğrultusunda derinlemesine bireysel görüşmeler yapılmıştır. Bireysel görüşmelerin analizinde, nitel veri analizi yöntemlerinden tematik ve betimsel analiz yapılmıştır. Verilerin analizinde araştırmacı tarafından transkript edilen görüşme metinleri Nvivo 11 nitel veri analizi programına aktarılmıştır. Araştırmayı yürüten iki araştırmacı tarafından bağımsız şekilde, sırasıyla veriler kodlanarak, temalar belirlenmiş ve betimsel analizler yapılmıştır. Bağımsız iki uzmanın görüşüne sunulan tema ve alt temaların uyumu Kappa analizi ile değerlendirilmiş (Kappa: 0.88; $p < 0.001$) ve mükemmel düzeyde uyum olduğu görülmüştür (Gunbayi, 2024; Lincoln ve Guba, 1985). Sonuçlar betimsel analiz ile doğrudan anlatımlara yer verilerek, ortaya çıkan temalar çerçevesinde araştırma hedefleri doğrultusunda sunulmuştur.

3.6.3. Araştırmanın Geçerlik ve Güvenirliği

Nitel araştırmalarda bilimsel bulguların doğruluğu geçerlilik, bu bulguların yeniden üretilebilirliği ise güvenilirlik ile ilgilidir (Gunbayi, 2024). Geçerlilik, elde edilen sonuçların ne kadar doğru ve anlamlı olduğunu, güvenilirlik ise bu sonuçların benzer koşullar altında ne derece tutarlı bir şekilde tekrar edilebileceğini ifade etmektedir. Nitel bir araştırmanın titizliğini değerlendirmek için önerilen kriterler şunlardır: (1) geçerlik, (2) aktarılabilirlik, (3) tutarlık, (4) onaylanabilirlik/ teyit edilebilirliktir (Guba, 1981; Lincoln ve Guba, 1985; Gunbayi, 2024). Nitel araştırmalarda geçerlik ve güvenilirlik göstergeleri Şekil 3.9.'de verilmiştir. Bu doğrultuda araştırmanın nitel verilerinin geçerlik ve güvenilirliğini sağlamak amacıyla gerçekleştirilen uygulamalar ilgili gösterge başlıklarının altında sunulmuştur.

Araştırmanın geçerliği (credibility): Nitel araştırmaların özelliklerine ve dinamiklerine daha uygun bir yaklaşım sunan bu kavram iç geçerlilik kavramına karşılık gelmektedir (Gunbayi, 2024). Araştırmanın bulgularının katılımcılar ve bağlam açısından ne kadar gerçekçi ve güvenilir olduğunu göstermektedir (Gunbayi, 2024). Nitel araştırmalarda geçerliği sağlamak için belirli tekniklerin uygulanması önerilmiştir (Guba, 1981). Bu araştırmanın geçerliğinin sağlanması amacıyla yapılan uygulamalar aşağıda verilmiştir.



Şekil 3.9. Nitel Araştırmalarda Geçerlik ve Güvenirlik Göstergeleri (Gunbayı, 2024)

Uzun süreli katılım/etkileşim ve sürekli gözlem: Bu çalışmanın uygulama süresince araştırmacı yoğun bakım ünitesi çevresinde sürekli gözlemde bulunmuştur (hafta içi her gün, 10.00-17.00 saatleri arasında). Bu süre boyunca araştırmacı yoğun bakıma kabul edilen bireyleri ve ailelerini yakından gözlemlemiştir. Ayrıca bu çalışmanın NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programı yoğun bakıma yatan bireylerin eşlerine altı oturum süresince ve yaklaşık 45-60 dakika süresince yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Psikoeğitim programının oturumları ve süresi katılımcılarla hastanede bulundukları süre içinde etkileşim kurmayı sağlamıştır.

Veri kaynaklarının çeşitliliği: Araştırmanın geçerliği, veri kaynaklarının farklı olmasını ve çeşitlemeyi sağlaması gerektirmektedir (Gunbayı, 2024). Bu kriteri sağlamak amacıyla katılımcılardan çeşitli veri toplama araçları ile nitel ve nicel veriler elde edilmiştir. Nicel veriler geçerlik ve güvenilirliği yapılmış olan "Psikolojik Sıkıntı Ölçeği" ve "Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği" ile, nitel veriler "Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu" ile toplanmıştır. Aynı zamanda araştırmanın

geçerlik göstergesi araştırmanın derinlik kriterinin sağlanmasını gerektirmektedir. Bu amaçla, veri toplamada derinlemesine bireysel görüşmeler yapılmış, elde edilen nicel verilerin nitel verileri desteklediği görülmüştür. Elde edilen nitel ve nicel verilerin tamamı bütünlük açısından değerlendirilmiştir.

İlgili literatüre dayalı görüşme formu geliştirme: Araştırmanın geçerliğini artırmak için ilgili literatür taraması sonucunda konuya ilişkin kavramsal bir çerçevenin oluşturulması önemlidir (Gunbayi, 2024). Bu çalışmada eylem öncesi aşamada NSM'ye temellendirilmiş RAIN programı kullanılmış, eylem aşamasında NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programı uygulanmış ve eylem sonrası yarı yapılandırılmış görüşme formunun NSM kavramlarıyla ilişkilendirilerek oluşturulmuştur.

Akran değerlendirmesi yoluyla içerik analizinde temaları ve bunların ilişkilerini kontrol etme: Bu araştırmanın betimsel ve tematik analizi sonucunda elde edilen verileri arasındaki ilişkiler ve bağlantılar akran değerlendirmesi yoluyla doğrulanmıştır. Ayrıca bu araştırmanın NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programına yönelik araştırma konusuyla ilgili deneyimi olan psikiyatri hemşireliği alanındaki yedi akademisyenden uzman görüşü alınmıştır. Uzman görüşleri arasındaki uyumu değerlendirmek için istatistiksel analiz yapılmış ve sonuçları şeffaf bir şekilde sunulmuştur.

Toplanan verilerde katılımcı onayı alma: Bu araştırmanın eylem sonrası yarı yapılandırılmış görüşme formu aracılığıyla bireysel derinlemesine görüşmelerden elde edilen verilerinin doğruluğunun teyit edilmesi için her katılımcıya telefonla ulaşılarak katılımcı onayı/teyidi alınmıştır.

Verileri toplamadan önce katılımcının bir onay formunu imzalamasını sağlama: Bu teknik karşılıklı güven ilişkisini oluşturmak, görüşme sürecinde toplanan verilerin gerçek durumu yansıtmalarını sağlamak ve veri güvenilirliğini artırmak için önemlidir. Bu çalışmaya katılan tüm katılımcılara araştırma hakkında sözlü ve yazılı bilgilendirme yapılmış, araştırmanın etik yönü hakkında bilgi verilmiş ve bilgilendirilmiş onamları yazılı olarak alınmıştır.

Referans yeterliliği: Araştırmacının veri analizinde kullanmadığı ancak çalışma sürecinde topladığı ek verilerin (gözlem, ek görüşme, arşiv belgeleri vb.) araştırma

sonuçlarıyla karşılaştırılması, bulgularının ve yorumlarının doğruluğunu kontrol etmek için önemlidir (Guba, 1981). Bu karşılaştırma, araştırmanın güvenilirliğini artırmada ve elde edilen sonuçların değerlendirmesini yapmak için yardımcı olur. Böylece araştırmacı, bulgularını daha sağlam bir temele oturtabilir. Referans yeterliliği, nitel araştırmanın güvenilirliğini sürdürmek ve güvenilirliği oluşturmak için esastır (Gunbayi, 2024). Bu çalışmada araştırmacı, araştırma süresince yaptığı gözlemlerini analiz edilen verilerden yapılan yorumları desteklemek için kullanmıştır.

Araştırmanın aktarılabilirliği (transferability): Nitel araştırmaların özelliklerine ve dinamiklerine daha uygun bir yaklaşım sunan bu kavram dış geçerlilik kavramına karşılık gelmektedir (Gunbayi, 2024). Araştırmanın aktarılabilirliği, potansiyel kullanıcılar için elde edilen sonuçların farklı bağlamlarda nasıl uygulayabileceklerini anlamalarına yardımcı olmak için araştırmacının kapsamlı bir veri temeli sunması önemlidir (Gunbayi, 2024). Araştırmanın aktarılabilirliğini artırmak için araştırma süreci ve uygulamanın ayrıntılı olarak açıklanması gerekir. Bu araştırmanın eylem öncesi, eylem ve eylem sonrası tüm aşamaları araştırmanın yöntem bölümünde açıklanmıştır. Bu açıklamalar araştırma türü, örneklem, veri toplama araçları, veri toplama süreci, araştırmanın uygulaması ve veri analizinin kapsamlı bir şekilde sunulmasını içermektedir. Araştırmada amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt örnekleme yönetimi kullanılmıştır ve çalışma gönüllülük esasına dayandırılmıştır. Katılımcılar, dahil etme, dışlama ve çıkarma kriterlerine göre çalışmaya dahil edilmiştir.

Araştırmanın tutarlılığı (dependability): Nitel araştırmaların özelliklerine ve dinamiklerine daha uygun bir yaklaşım sunan bu kavram güvenilirlik kavramına karşılık gelmektedir (Gunbayi, 2024). Araştırmanın süreçlerinin ve sonuçlarının tutarlılığını ve tekrarlanabilirliğini göstermektedir. Tutarlık, çalışmanın metodolojik titizliğini ve veri toplama ve analizinde sistematik bir araştırma sürecine uyumu dikkate aldığı için önemlidir (Gunbayi, 2024). Bu araştırmanın tutarlılığını sağlamak için, eylem sonrası yarı yapılandırılmış görüşme formu aracılığıyla yüz yüze yapılan bireysel görüşmelerden elde edilen bulguların transkripsiyonlu metinlerinin doğrudan alıntılarla, yorumlanmadan olduğu gibi sunulmasını sağlayan betimsel analiz yöntemiyle sunulmuştur (Gunbayi, 2023). Bireysel görüşmeler sonucu elde edilen veriler araştırmacı ve tez danışmanı tarafından bağımsız şekilde kodlanmıştır.

Kodlayıcılar arası uyumu değerlendirmek amacıyla kodlar karşılaştırılarak, tartışılarak görüş birliği sağlanmıştır. Elde edilen verilerin tematik analizi sonrasında oluşturulan temaların uyumu için iki bağımsız araştırmacıdan görüş alınmış ve SPSS paket programında Kappa analizi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre mükemmel düzeyde uyum (Kappa: 0.88; $p<0.001$) olduğu belirlenmiştir (Landis ve Koch, 1977). Elde edilen nitel verilerin betimsel analiz sonucu oluşturulan temalara ilişkin katılımcı ifadelerinin yorum yapılmadan raporlanmıştır. Bulguların tamamı yorum yapılmadan doğrudan verilmiştir.

Araştırmanın onaylanabilirliği/ teyit edilebilirliği (confirmability): Nitel araştırmaların özelliklerine ve dinamiklerine daha uygun bir yaklaşım sunan bu kavram nesnellik kavramına karşılık gelmektedir. Araştırmacının bulgularının tarafsız, nesnel bir şekilde, önyargılardan uzak bir biçimde elde edildiğini göstermektedir (Gunbayi, 2024). Araştırmanın onaylanabilirliğini artırmak için araştırmacı, tüm veri toplama araçlarını, ham verileri, analiz sırasında gerçekleştirilen kodlamayı ve raporun temelini oluşturan notları, yazıları ve çıkarımlarında kullanılan veri kaynaklarını açıkça belirtmiştir. Araştırma sürecinin şeffaflığını sağlamak için araştırmacıların aynı adımları izleyerek benzer sonuçlara ulaşabilmesini sağlamak amacıyla araştırmanın nasıl yapıldığı ayrıntılı olarak açıklanmıştır. Araştırmanın bulguları bağımsız araştırmacılar tarafından gözden geçirilmiştir. Bu süreç tutarlılığı ve yeniden üretilebilirliği sağlamayı amaçlamaktadır (Gunbayi, 2024). Bu araştırma, tez izleme komitesi tarafından tutarlık ve tekrar edilebilirlik açısından değerlendirilmiştir. Gerektiğinde sunulmak üzere tüm verilere ilişkin kanıtların on yıl süresince saklanması planlanmıştır.

Araştırmacı saha notları (reflexive journals): Araştırmacının süreç boyunca kendi düşüncelerini, duygularını ve kararlarını yazarak yansıtması anlamına gelir. Bu, araştırmanın şeffaflığını artırır ve bulguların onaylanabilirliğini desteklemektedir. Araştırmacının; kendi önyargılarını ve varsayımlarını anlamasına yardımcı olur. Veri toplama ve analiz süreçlerini eleştirel bir şekilde değerlendirmesine olanak tanır. Araştırma sürecinde karşılaşılan zorlukları ve öğrenilen derslerin kaydedilmesini sağlar. Süreçle ilgili düşüncelerini belgelendirdiği için geçerlik ve güvenilirlik açısından araştırmaya katkıda bulunur (Gunbayi, 2024).

3.6.4. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları

Araştırmanın güçlü yönlerinden ilki, araştırma problemin belirlenmesinde araştırmacının yoğun bakım ve aile ile çalışma deneyimi olması ve NSM'ye temellendirilmiş hemşirelikte araştırma yaklaşım programı olan RAIN'e dayalı olarak tanımlanmasıdır. İkincisi, birinci safhasında geliştirilen psikoeğitim programının bir hemşirelik modeli olan NSM'ye temellendirilmiş olarak geliştirilmesi, kavramsal modelin sunulması, araştırmadaki değişkenlerin NSM kavramlarıyla ilişkilendirilmesi ve alanında deneyimli yedi uzman görüşüne uygun yapılandırılması ve uygulanmasıdır. Üçüncüsü, NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programının etkinliğinin karma yöntem araştırma deseniyle değerlendirilerek, teknik eylem araştırma deseninde nicel ve nitel yöntemlerin birlikte kullanılmasıyla araştırma sonuçlarının sağlam ve kapsamlı bir şekilde sunulması sağlanmıştır. NSM, bireyin stresörlere tepkisini etkileyen tüm değişkenleri dikkate alan ve bireyin sistemin dengesini nasıl sağladığını kapsamlı şekilde açıklayan bir modeldir. Bu kapsamda ilgili literatür incelendiğinde; yoğun bakımda yatan bireylere yönelik NSM'ye temellendirilmiş herhangi bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Bu çalışma bildiğimiz kadarıyla, yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin psikolojik sıkıntısını azaltmaya ve stresle başa çıkma tarzlarını geliştirmeye yönelik NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programının etkisini karma yöntem araştırması türünde inceleyen ilk hemşirelik çalışmasıdır. Bu doğrultuda, çalışmanın bulgularının yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerine ya da ailelerine yönelik yeni eylem planlarının ve müdahale çalışmalarının geliştirilmesinde katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmanın güçlü yönlerine rağmen bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Öncelikle, çalışmanın örneklem büyüklüğü sınırlı olabilir ve bulguların genellenebilirliği açısından daha geniş örneklemle etkinliği değerlendirilmelidir. Yoğun bakım ve kritik hastalık sürecinde her eşin farklı deneyimleri ve gereksinimleri olabilir. Bu nedenle gelecek çalışmalarda, farklı demografik özelliklere sahip gruplar üzerinde uygulanacak NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programlarının etkileri araştırılmalı ve bu programların uzun vadeli etkileri değerlendirilmelidir. Ayrıca, psikolojik sıkıntı düzeylerinin ve stresle başa çıkma tarzlarının değişimi kısa vadede gözlemlenmiş olup, bu değişimlerin uzun vadeli etkileri hakkında daha fazla bilgiye ihtiyaç duyulmaktadır. Bir diğer sınırlama ise, yoğun bakım ünitesi bağlamında veri toplamamanın zorluğu ve eşlere ulaşmada yaşanan zorluklardır. Veri toplamadaki

zorluklardan biri eşlerin, yoğun bakımda yatan bireylerin kritik hastalığı, durumunun ciddiyeti, yoğun bakım ünitesine kabulün bir sonucu olarak yaşamlarında meydana gelen birçok değişiklik karşısında zorlanmaları ve mevcut zamanlarını önemli ölçüde kısıtlanmasından kaynaklanmaktadır. Bu durum katılımcıların yalnızca yoğun bakım ziyareti sırasında görüşme yapmak için zaman ayırmalarına neden olmuştur. Dolayısıyla araştırmacı belirli sürelerde belirli sayıda katılımcıya ulaşabilmiş ve bazı katılımcılar araştırmaya katılmaya gönüllü olsalar bile zaman kısıtlılığından dolayı araştırma dışında kalmışlardır. Başka bir zorluk ise eşlerin genellikle yoğun bakıma ziyarete gelmelerindeki zorluklardan kaynaklanmaktadır. Araştırmacının gözlemlerine göre bunun nedenleri arasında genç yetişkinler için; bir eş yoğun bakımda yatarken diğer eşin ailenin geçimini sağlamak amacıyla çalışmaya devam etmek zorunda olması, iş yerinden izin alamaması ya da evde çocuk, engelli birey veya yaşlı bireye bakım verme sorumluluğunu olması gibi nedenler bulunmaktadır. Yaşlı yetişkinlerde ise kendi başlarına hastaneye gelememesi, hastaneye getirecek bir yakının olmaması, sahip oldukları kronik hastalıklar gibi nedenlerden kaynaklanmaktadır. Araştırmacılara, gelecek çalışmalarda bu değişkenleri kontrol edebilmeleri için eşlerin yoğun bakıma ulaşmalarının önündeki engelleri ve zorlukları ortaya çıkarmak için nitel araştırma yöntemlerinden yararlanmaları ve bu faktörleri göz önünde bulundurmaları önerilmektedir. Bununla birlikte gelecek çalışmaların hastaneye ulaşmakta güçlük yaşayan eşleri/aileleri kapsayacak şekilde web tabanlı programların geliştirilerek çevrimiçi müdahalelerin etkinliğinin test edilmesi önerilmektedir. Bu araştırmanın eylem aşaması teknik eylem araştırmasıyla yürütülmesine rağmen katılım ve örneklemede zorluklarla karşılaşmış olsa da bu çalışmanın genel deneyimi, psikolojik sıkıntı ve stresle başa çıkma açısından psikososyal desteğe duyulan önemli ihtiyacı vurgulamakta ve KLP hemşirelerinin yoğun bakımda aile müdahalelerinde bütüncül bakımı sağlamada önemli rolü olduğunu göstermektedir. Sınırlılıklara rağmen, mevcut çalışma bulguların güçlü yönlerini ortaya koymakta ve yoğun bakımda yatan bireylerin psikososyal sağlıklarına fayda sağlayabilecek hemşirelik müdahalelerinin geliştirilebilmesi için bu konu üzerinde daha fazla araştırma yapılmasının gerekliliğini vurgulamaktadır.

3.7. İzleme

İzleme aşaması, uygulanan eylemin sonuçlarını değerlendirmek ve sürdürülebilirliği için uzun vadede sonuçların izlenmesi ve yeni gereksinimler doğrultusunda değişiklikler yapılması açısından önemlidir (Ivankova, 2022). Bu çalışmada NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programı sonrası katılımcılarla yapılan bireysel derinlemesine görüşmeler araştırmanın sürdürülebilirliğini sağlamak ve elde edilen bulgular ile yeni gereksinimler doğrultusunda güncellemeler yapmak için bir geri bildirim sürecini sağlamıştır. Bu araştırmanın bulgularının raporlanması, sonuç ve önerilerin paylaşılması ile ileride yapılacak olan eylem araştırmalarının geliştirilmesinde önemli bir katkı sağlayacağı, yeni eylemler için temel oluşturacağı düşünülmektedir.



4. BULGULAR

Neuman'ın Sistemler Modeline temellendirilmiş psikoeğitim programının yoğun bakım ünitesinde yatan bireylerin eşlerinin psikolojik sıkıntı düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bu araştırmanın nicel ve nitel bulguları tablolar aracılığıyla aşağıdaki başlıklar altında sunulmuştur.

- NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programının etkinliğine yönelik eylem öncesi ve eylem sonrası psikolojik sıkıntı düzeylerine ve stresle başa çıkma tarzlarına ilişkin nicel bulgular,
- NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programının etkinliğine yönelik eylem sonrası stresle başa çıkma deneyimlerine ilişkin nitel bulgular,
- NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programı sonrası katılımcıların metaforik algı temaları
- NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programının etkinliğine yönelik eylem öncesi ve eylem sonrası nicel ve nitel bulguların karşılaştırılması.

4.1. NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programının etkinliğine yönelik eylem öncesi ve eylem sonrası psikolojik sıkıntı düzeylerine ve stresle başa çıkma tarzlarına ilişkin nicel bulgular

Araştırmaya katılan katılımcıların eylem öncesi ve eylem sonrası psikolojik sıkıntı puan ortalamalarını karşılaştırmak için Wilcoxon Testi uygulanmıştır (Tablo 4.1.). Yapılan analiz sonucuna göre; katılımcıların eylem öncesi ve eylem sonrası psikolojik sıkıntı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($Z=-3.079$, $p=0.002$). Katılımcıların eylem sonrası psikolojik sıkıntı puan ortalamalarının eylem öncesi puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.1. Katılımcıların Eylem Öncesi ve Eylem Sonrası Psikolojik Sıkıntı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

PSÖ toplam puan	$\bar{x}$	S.S.	Min.	Maks.	Medyan	Z	p
Eylem öncesi	28.57	7.74	14	42	28.50	-3.079	0.002*
Eylem sonrası	18.42	4.61	12	26	17.00		

Not: PSÖ: Psikolojik Sıkıntı Ölçeği; Ss: Standart sapma; Min: Minimum; Maks: Maksimum; Z: Wilcoxon testi; * $p<0.05$

Araştırmaya katılan katılımcıların eylem öncesi ve eylem sonrası stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutları puan ortalamalarını karşılaştırmak için Wilcoxon Testi uygulanmıştır (Tablo 4.2.). Yapılan analiz sonucunda, katılımcıların eylem öncesi ve eylem sonrası kendine güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Katılımcıların eylem sonrası kendine güvenli yaklaşım ($Z=-3.184$, $p=0.001$), iyimser yaklaşım ($Z=-2.940$, $p=0.003$), sosyal destek arama ($Z=-3.306$, $p=0.001$) puan ortalamalarının eylem öncesi puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Katılımcıların eylem sonrası çaresiz yaklaşım ($Z=-3.317$, $p=0.001$) ve boyun eğici yaklaşım ($Z=-2.332$, $p=0.020$) puan ortalamalarının eylem öncesi puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu ortaya çıkmıştır.

Tablo 4.2. Katılımcıların eylem öncesi ve eylem sonrası stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

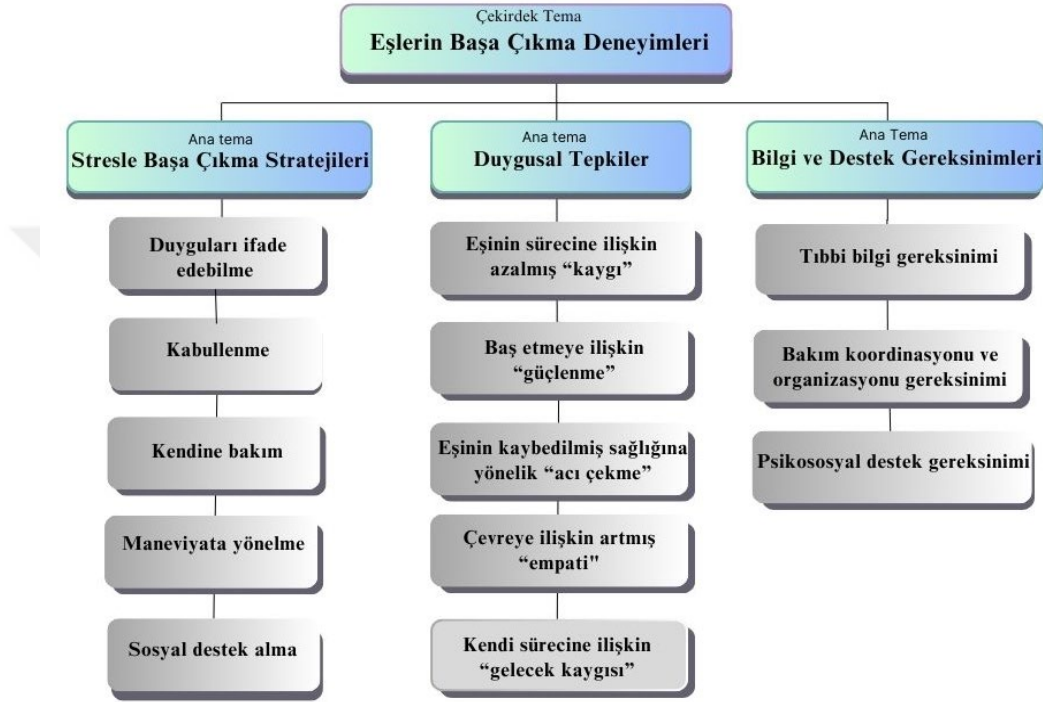
SBÇT Ölçeği	Eylem zamanı	$\bar{x}$	Ss	Min.	Maks.	Medyan	Z	p
Kendine güvenli yaklaşım	E.Ö.	1.45	0.58	0.57	3.00	1.28	-3.184	0.001*
	E.S.	2.35	0.44	1.29	3.00	2.35		
Çaresiz yaklaşım	E.Ö.	1.57	0.25	1.13	2.00	1.62	-3.317	0.001*
	E.S.	1.16	0.18	0.88	1.63	2.67		
Boyun eğici yaklaşım	E.Ö.	1.90	0.42	1.00	2.50	1.91	-2.332	0.020*
	E.S.	1.78	0.52	0.67	2.67	1.83		
İyimser yaklaşım	E.Ö.	1.94	0.72	0.40	3.00	2.00	-2.940	0.003*
	E.S.	2.67	0.21	2.20	3.00	2.80		
Sosyal destek arama	E.Ö.	1.42	0.73	0.25	2.25	1.37	-3.306	0.001*
	E.S.	2.35	0.60	1.25	3.00	2.50		

Not: SBÇT: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği; E.Ö. Eylem öncesi; E.S. Eylem sonrası; Ss: Standart sapma; Min: Minimum; Maks: Maksimum; Z: Wilcoxon testi; * $p<0.05$

4.2. NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programının etkinliğine yönelik eylem sonrası stresle başa çıkma deneyimlerine ilişkin nitel bulgular

Görüşmelerden elde edilen nitel verilerin tematik ve betimsel analizleri sonucunda; “Eşlerin Stresle Başa Çıkma Deneyimleri” şeklinde çekirdek tema ve üç ana tema elde edilmiştir: (1) başa çıkma stratejileri, (2) duygusal tepkiler ve (3) bilgi ve destek gereksinimleridir. “Başa çıkma stratejileri” ana tema başlığı altında beş alt tema (duyguları ifade edebilme, kabullenme, kendine bakım, maneviyata yönelme, sosyal destek alma), “duygusal tepkiler” ana tema başlığı altında beş alt tema (eşinin sürecine

ilişkin azalmış “kaygı”, baş etmeye ilişkin “güçlenme”, eşinin kaybedilmiş sağlığına yönelik “acı çekme”, çevreye ilişkin artmış “empati”, kendi sürecine ilişkin “gelecek kaygısı”) “bilgi ve destek gereksinimleri” ana tema başlığı altında ise üç alt tema (tıbbi bilgi gereksinimi, bakım koordinasyonu ve organizasyonu gereksinimi, psikososyal destek gereksinimi) elde edilmiştir. Eylem sonrası nitel bulguların kavramsal çerçevesi Şekil 4.1’de sunulmuştur.



Şekil 4.1. Eylem Sonrası Nitel Bulguların Kavramsal Çerçevesi

Katılımcıların eylem sonrası stresle başa çıkma deneyimlerine yönelik üç ana tema ortaya çıkmıştır (Şekil 4.1). Stresle başa çıkma deneyimlerine ilişkin ana tema altında “duyguları ifade edebilme”, “kabullenme”, “kendine bakım”, “maneviyata yönelme” “sosyal destek alma” alt temaları yer almaktadır. Duygusal tepkiler ana teması altında “eşinin sürecine ilişkin azalmış kaygı”, “baş etmeye ilişkin güçlenme”, “çevreye ilişki artmış empati”, “eşinin kaybedilmiş sağlığına ilişkin acı çekme”, “kendi sürecine ilişkin gelecek kaygısı” alt temaları yer almaktadır. Bilgi ve destek gereksinimleri ana teması altında “tıbbi bilgi gereksinimi”, “bakım koordinasyonu ve organizasyonu” ve “psikososyal destek gereksinimi” alt temaları yer almaktadır. Katılımcıların stresle başa çıkma deneyimlerine yönelik tema ve alt temaları Tablo 4.3.’te gösterilmiştir.

Tablo 4.3. Katılımcıların Stresle Başa Çıkma Deneyimlerine Yönelik Ana Tema ve Alt Temaları

Stresle Başa Çıkma Deneyimleri		Katılımcılar													
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
Ana Tema	Alt Temalar														
Stresle başa çıkma stratejileri	Duyguları ifade edebilme	✓		✓	✓		✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Kabullenme	✓	✓					✓	✓	✓		✓	✓		✓
	Kendine bakım	✓		✓		✓			✓		✓	✓			✓
	Maneviyata yönelme	✓	✓				✓				✓			✓	✓
	Sosyal destek alma	✓	✓		✓		✓		✓	✓	✓		✓		✓
Duygusal tepkiler	Eşinin sürecine ilişkin azalmış “kaygı”	✓			✓					✓	✓			✓	✓
	Baş etmeye ilişkin “güçlenme”	✓	✓	✓	✓	✓			✓			✓			✓
	Çevreye ilişkin artmış “empati”						✓						✓		
	Eşinin kaybedilmiş sağlığına ilişkin “acı çekme”	✓						✓					✓	✓	
	Kendi sürecine ilişkin “gelecek kaygısı”	✓						✓	✓						
Bilgi ve destek gereksinimleri	Tıbbi bilgi gereksinimi										✓			✓	
	Bakım koordinasyonu ve organizasyonu					✓						✓	✓		
	Psikososyal destek gereksinimi					✓								✓	✓

4.2.1. Ana Tema 1: Stresle Başa Çıkma Stratejileri

Katılımcıların NSM’ye temellendirilmiş psikoeğitim programı sonrasına ilişkin stresle başa çıkma deneyimlerinden “stresle başa çıkma stratejileri” ana temasının alt temaları Tablo 4.4’te yer almaktadır. Stresle başa çıkma stratejileri ana teması altında katılımcıların “duyguları ifade edebilme”, “kabullenme”, “kendine bakım”, “maneviyata yönelme”, “sosyal destek alma” alt temaları ortaya çıkmıştır. Tablo 4.4’te görüldüğü üzere, katılımcıların stresle başa çıkma stratejileri alt temalarından çoğunlukla duyguları ifade edebilme, kabullenme ve sosyal destek alma stratejilerini kullandığı belirlenmiştir.

Tablo 4.4. Katılımcıların Stresle Başa Çıkma Stratejileri Ana Temasına İlişkin Alt Temaları

Ana tema	Alt temalar	Katılımcılar													
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
Stresle başa çıkma stratejileri	Duyguları ifade edebilme	✓		✓	✓		✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Kabullenme	✓	✓					✓	✓	✓		✓	✓		✓
	Kendine bakım	✓		✓		✓			✓		✓	✓			✓
	Maneviyata yönelme	✓	✓				✓				✓			✓	✓
	Sosyal destek alma	✓	✓		✓		✓		✓	✓	✓		✓		✓

Alt tema: Duyguları İfade Edebilme

NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programına katıldıktan sonra katılımcıların 10/14'ü "duyguları ifade edebilme" stresle başa çıkma stratejisini kullandıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.4.). Katılımcıların duyguları ifade edebilme alt temasına ait ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

"En sevdiği torunu yanına girince elini oynatmış, tepki vermiş. Gözüm kapıda, kulağım seste çocuklarımın, torunlarımın hepsinin gelip eşimi son kez görmelerini istiyorum. Onların gelmesine mutlu oluyorum, eşimin soğuk yüzünü bile olsa görsünler istiyorum. Artık gidiyor, ben de gideceğim, duygularımı rahatça söylüyorum". (81 yaş, kadın, okuryazar değil)

"Sizinle sıcak ilişki kurmak, samimi olmanız beni iyi hissettirdi. İlk görüşmede iyi-kötü her duygumu anlattım. Bu beni rahatlattı". (Katılımcı C) (64 yaş, kadın, okuryazar değil)

"Eşim yoğun bakıma yattığında yanımda kimse yokmuş gibi hissettim. Çocuklarıma ve yakınlarıma yanımda olmadıkları için bağırdım, kızdım. Sizinle görüştüğümde öfkemin, üzüntümün, korkumun daha çok farkına vardım". Katılımcı D (60 yaş, kadın, ilkokul mezunu)

"Çok konuşan biri değilim, hatta hiç konuşmam beni böyle bilirler. Konuşmayı sevmediğim için sadece bana sorarlarsa cevap verir geçerim. Her şeyi içime atarım ben. Bu görüşmeler beni çok rahatlattı, burada kimse bilmiyor kimse görmüyor kendimi duygularımı daha iyi anlatabiliyorum. Benim gibi bir adamı bile rahatlattıysa bunu devam ettirin herkesi rahatlatır". Katılımcı F (47 yaş, erkek, ilkokul mezunu)

“Özellikle ilk görüşme bana çok iyi geldi. Yani konuşmak istiyordum zaten aslında hiç konuşkan biri değilim, içine kapanık biriyim ama sizinle konuşmak duygularımı anlatmak beni çok rahatlattı. Süreç geçtikçe de günden güne rahatladım”. *Katılımcı F (47 yaş, erkek, ilkokul mezunu)*

“Eşim yoğun bakıma yattığında sanki biri beni bağlamış gibiydi tutuktum. Görüşmelerde konuştukça biraz daha açıldım, duygularımı söyleyince kendime geldim”. *Katılımcı I (74 yaş, kadın, okuryazar değil)*

“Sizinle görüştüğümüz süre bana iyi geldi. Kendimi anlatabiliyorum, duygularımı söyleyebiliyorum, daha öncesine bakarak şu anda daha rahatım”. *Katılımcı J (60 yaş, kadın, ilkokul, mezunu)*

“En iyi gelen şey konuşmaktı. Benim insanlara ilk başta alışma zorluğu vardır. Yani diyalog kuramam. İlk başta siz de o zorluğu yaşamadım, konuşmanız ve duygularımı dinlemeniz beni rahatlattı”. *Katılımcı K (54 yaş, erkek, lise mezunu)*

“Bilhassa ilk görüşmede kuş gibi oldum, konuşmak duygularımı anlatmak çok iyi geldi. Beni dinlemen çok rahatlattı. Çocuklarıma da söyledim daha iyi hissettim”. *Katılımcı L (70 yaş, kadın, ilkokul mezunu)*

“Ben sosyal bir insandım, aktif bir insandım. Eşimin yoğun bakıma yatışıyla beraber tamamen içime kapandım. Hem çevreme küstüm hem de bazı duygularıma küstüm. Bu süreçte sizinle konuşarak kendimi ifade edebildiğim ve duygularımı söyleyebildiğim için rahatladım ve bana iyi geldi”. *Katılımcı M (66 yaş erkek, üniversite mezunu)*

“Başlangıçta daha çok olumsuz duygular içindeydim. O andaki duygularımı pek anlatamıyordum, şimdi duygularımın daha çok farkındayım ve duygularımı söyleyebiliyorum”. *Katılımcı N (63 yaş, kadın, lise mezunu)*

“Ben sizinle olan görüşmelerimizde duygusal olarak rahatlama alanı buldum. Duygularımın daha çok farkına vardım, duygularımı daha iyi ifade edebildim. Zaman içinde bu duruma daha çok alıştım”. *Katılımcı N (63 yaş, kadın, lise mezunu)*

Alt tema: Kabullenme

NSM’ye temellendirilmiş psikoeğitim programına katıldıktan sonra katılımcıların 8/14’ü “kabullenme” stresle başa çıkma stratejisini kullandıklarını belirtmişlerdir

(Tablo 4.4.). Katılımcıların kabullenme alt temasına ait ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

“Kaygım pek yok artık, kabullendim, gidecek diye umutlanıyorum. Gece gündüz yoğun bakımdan arayıp hastanız Allah’a emir oldu diyecekler diye bekliyorum”.

Katılımcı A (81 yaş, kadın, okuryazar değil)

“İyi olur dedim ama önce Allah bilir. Ne desem boş, Allah nasıl isterse öyle olsun. Kudret sahibi Allah. Yaşarsa ömrüm yettiği sürece bakacağım”. *Katılımcı B (70 yaş, kadın, okuryazar değil)*

“Takdirde yazılan demiş, tekbirde bozulmaz. Alnımıza yazılan yazı devam eder...okuyamazsın oradaki yazıyı...yapacak bir şey yok. Allahtan geldi...”. *Katılımcı G (73 yaş, kadın, ilkokul mezunu)*

“Eşime on sekiz yıldır bakıyorum, daha önceleri hastalandığında konuşabiliyordum, şimdi durumunu daha ağır gördüğüm için umudumu kestim, kabullendim. Şimdi görüşmelerde sizinle konuşmak, birisinin dinlemesi akrabalarım ile konuşmak, telefon açıp sormaları beni rahatlatıyor”. *Katılımcı H (62 yaş, kadın, ortaokul mezunu)*

“Dünyanın malı gözümde sıfır, sadece Rabbim kimseyi düşürmesin elden ayaktan... Bunu düşünüyorum yani dünya malıdır, para puldur yani bundan sonra olsa ne olmasa ne hiç gözümde yok. Oğlum çok stres yapıyordu, ben de vedalaşmanın zamanı geldiyse başımız üstüne diyorum. Sadece çocuklarımın acısını görmeyeyim, mutlu göreyim onları yeterli”. *Katılımcı I (74 yaş, kadın, okuryazar değil)*

“Eşimin yoğun bakıma yatışının ilk günüyle bugün arasında geçen zamanda ister istemez durumuna alışıyorsun, kabulleniyorsun, verilen eğitimin de faydası oldu. Hiç tanımadığım bir insana dünümü, bugünümü, yarınımı konuşabildim. Bunları konuşmak psikolojik olarak beni rahatlatı”. *Katılımcı K (54 yaş, erkek, lise mezunu)*

“Eşim yoğun bakıma ilk yattığında en kötüsünü düşündüm. Mezar yeri olsun, cenaze ürünleri olsun her şeyin en kötüsünü düşünerek geldim. Bu sürece Yaradan’a teslimiyet diyorum. Dün babam gitti. Ondan önce dedem gitti. Amcalarım gitti, dayılarım gitti. Hani bu silsile devam ediyor yani bu biz burada kalıcı değiliz. Zamanı gelince herkes gidiyor, yaşla alakalı değil. Benden sonra gelecek nesiller var işte. Yani

yedi aylık torunum var işte gelinim var, oğlum var, kızım var yani hayat devam ediyor işte”. *Katılımcı K (54 yaş, erkek, lise mezunu)*

“Sonradan kendimi toparlarsam daha iyi olabilirim. Ne kadar toparlarsam da evin direği. Evin içinde yazık adam on üç sene felçliydi, bana bir faydası yoktu. Ama evin içinde bir adam vardı. Şimdi boşluk... ama bunu yaşayan tabi bir ben değilim, yeniden toparlanacağım. Bu dünyanın bir kuralı, Allah’tan geliyor...”. *Katılımcı L (70 yaş, kadın, ilkokul mezunu)*

“Baştaki olumsuz düşüncelerim yatıştı başımıza gelen bu durumu daha çok kabullendim, şimdi daha sakin ve olumlu düşünüyorum”. *Katılımcı N (63 yaş, kadın, lise)*

Alt tema: Kendine Bakım

NSM’ye temellendirilmiş psikoeğitim programına katıldıktan sonra katılımcıların 7/14’ü “kendine bakım” stresle başa çıkma stratejisini kullandıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.4.). Katılımcıların kendine bakım alt temasına ait ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

“Akşamları nefes egzersizleri yapıyorum, bu beni rahatlatıyor”. *Katılımcı A (81 yaş, kadın, okur yazar değil)*

“Nefes egzersizlerini yapmak beni rahatlatıyor. Yürüyüşe çıkmadığım zamanlarda nefes egzersizi yapmak beni rahatlattı”. *Katılımcı C (64 yaş, kadın, okuryazar değil)*

“Nefes egzersizi ve gevşeme egzersizlerini yapmak iyi geldi, rahatlattı”. *Katılımcı E (62 yaş, kadın, ilkokul mezunu)*

“Kardeşlerimle bağım çok güçlüdür. Onlar benim için üzüyorlar. Çünkü eşim hem hasta hem de çok fazla sigara ve alkol kullanmaya devam ediyor. Çok öfkeli, sürekli bağırıp çağıran biri. Ben çok sakinim ve sabırlıyım. Kardeşlerim, komşularım eşim yoğun bakıma yattığı için sevindiler, öldüğünü duysalar daha çok sevinirlerdi. Eşimin yoğun bakıma yatması açıkçası beni dinlendirdi, eşim tedavi göreceği için sevindim, kendimde huzur buldum, kendime zaman ayırdım, uyuyabildim, çocuklarımla zaman geçirdim. Sizinle konuşmak bu süreçte psikolojik olarak beni rahatlattı”. *Katılımcı E (62 yaş, kadın, ilkokul mezunu)*

“Evde nefes egzersizlerini yapmak, dua etmek, hareket etmek, yürümek daha iyi geliyor bana”. *Katılımcı H (62 yaş, kadın, ortaokul mezunu)*

“Nefesime odaklanmak, kaslarımı gevşetmek, konuşabilmek bedenimi rahatlatmış”. *Katılımcı J (60 yaş, kadın, ilkokul mezunu)*

“Görüşmeler psikolojik olarak rahatlatmış. Özellikle göstermiş olduğunuz nefes ve gevşeme egzersizlerin faydası oldu”. *Katılımcı K (54 yaş, erkek, lise mezunu)*

“Doğada zaman geçiriyorum, içim rahatlıyor, huzur buluyorum, yürüyüş yapıyorum bunlar da benim kaygımı, stresimi azaltıyor”. *Katılımcı K (54 yaş, erkek, lise mezunu)*

“Alıştım herhalde bu sürece. O zaman hiç aklımdan çıkmıyordu şimdi zaman zaman aklıma gelmediği de oluyor. Şimdi daha rahatım, kendime dikkat ediyorum ve günlük yaşamıma devam edebiliyorum”. *Katılımcı N (63 yaş, kadın, lise mezunu)*

“Başlangıçta hastaneye gelmek dışında evden çıkmak istemiyordum. Görüşmeler sonrasında dışarıya çıkmanın, yürüyüş yapmanın daha iyi geldiğini hissettim. Çocuklarımla deniz kenarında yürüyüş yaptım çok iyi geldi, rahatlatmış”. *Katılımcı N (63 yaş, kadın, lise mezunu)*

“Vücut ağırlarım çok fazlaydı, hiçbir şey yemek istemiyordum şimdi daha iyi hissediyorum. Kendime dikkat etmeye çalışıyorum”. *Katılımcı N (63 yaş, kadın, lise mezunu)*

“Görüşmede gözlerimi kapatıp deniz kenarında yürüdüğümü düşünmek, kaslarımı gevşetmek iyi gelmişti gerçekten deniz kenarında yürüyüşe gittim ve daha iyi hissettim”. *Katılımcı N (63 yaş, kadın, lise mezunu)*

Alt tema: Maneviyata Yönelme

NSM’ye temellendirilmiş psikoeğitim programına katıldıktan sonra katılımcıların 6/14’ü “maneviyata yönelme” stresle başa çıkma stratejisini kullandıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.4.). Katılımcıların maneviyata yönelme alt temasına ait ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

“Allah’a dua ediyorum artık, eşime çekirtmesin bir an önce yanına alsın diye. Kendim için de birinci gün yatak ikinci gün toprak nasip etsin diye dua ederim”. *Katılımcı A (81 yaş, kadın, okuryazar değil)*

“Namaz kılıyorum, tespih çekiyorum, bağışlıyorum, dua ediyorum. Takdir-i ilahi diyorum, elimizden bir şey gelmiyor”. *Katılımcı B (70 yaş, kadın, okuryazar değil)*

“Manevi inancım önce biraz zayıftı, eşim yoğun bakıma yattıktan sonra manevi inancım yükseldi. Alkolü bıraktım, namaza başladım mesela sürekli dua ediyorum, tesbih çekiyorum.” *Katılımcı F (47 yaş, erkek, ilkokul mezunu)*

“Her gün sabah Kur’an’ı açıp okuyorum, namazımı kılıyorum, duamı ediyorum, yakınlarıma dua etmesi için söylüyorum. Dua etmek beni rahatlatıyor”. *Katılımcı J (60 yaş, kadın, ilkokul mezunu)*

“Günlük uyguladığım dini bazı ritüellerim var bunları yapmak beni iyi hissettiriyor”. *Katılımcı M (66 yaş, erkek, üniversite mezunu)*

“Sabah akşam her zaman dua ediyorum, hatimler ettim, dini vecibelerimi yerine getirdim, Allah’a yalvardım yakardım, eşimi bana bağışla diye... yapacağım başka bir şey yok... Tıbben uğraştık tedavisi için, bilime de inanıyorum”. *Katılımcı M (66 yaş, erkek, üniversite mezunu)*

“Yaşama daha çok bağlandım, daha çok dua ediyorum. İbadetlerime daha çok dikkat etmeye çalışıyorum. Örneğin sabah namazına pek kalkamazdım. Şimdi her gün kalkıyorum, dua ediyorum”. *Katılımcı N (63 yaş, kadın, lise mezunu)*

Alt tema: Sosyal destek alma

NSM’ye temellendirilmiş psikoeğitim programına katıldıktan sonra katılımcıların 9/14’ü “sosyal destek alma” stresle başa çıkma stratejisini kullandıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.4.). Katılımcıların sosyal destek alma alt temasına ait ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

“Çocuklarım ve komşularımın desteği çok fazlaydı, onlarla konuşmak bana iyi geldi”. *Katılımcı A (81 yaş, kadın, okuryazar değil)*

“Çocukların yanımda olması, akrabaların araması, komşuların gelmesi ferahlatıyor, iyi hissettiriyor”. *Katılımcı B (70 yaş, kadın, okuryazar değil)*

“Kızlarım, görümcelerim, kardeşlerim, hiç birisi yalnız bırakmıyorlar. Onların desteği beni güvende ve rahat hissettiriyor”. *Katılımcı D (60 yaş, kadın, ilkokul mezunu)*

“Eşim yoğun bakıma yattığında babamı kaybettim. Bir tarafta babamın acısı bir tarafta eşim için üzüntüm beni bunalttı. Görümcemler bu süreçte bana destek olmaları için yardım istedim. Onlardan yanımda olmalarını istedikten sonra içim daha çok rahatladı”. *Katılımcı D (60 yaş, kadın, ilkokul mezunu)*

“Ablalarım, kardeşlerim var, beni yalnız bırakmadılar, onların desteği beni rahatlatıyor”. *Katılımcı F (47 yaş, erkek, ilkokul mezunu)*

“Eşimle konuşamamak beni kaygılı hissettiriyor. Evde olursam daha çok düşünüyorum, evde olmazsam yanımda yakınlarım olduğunda onlarla konuştuğumda daha iyi hissediyorum”. *Katılımcı H (62 yaş, kadın, ortaokul mezunu)*

“Çocuklarım çok düşkünler, sürekli gelip gidiyorlar. Ben onlardan razıyım. Ama iki kızım bir oğlum beni değil sanki dünyayı unutmuşlar hiç ilişkileri yok, uzak duruyorlar, soğuklar... Ara sıra arasalar da onlar beni üzüyor. Diğer çocuklarım yanıma geldiklerinde açılıyorum, nefes alıyorum, etrafım yeşillik gibi oluyor”. *Katılımcı I (74 yaş, kadın, okuryazar değil)*

“Çocuklarımla beraber oturup babalarıyla birlikte geçirdiğimiz zamanları konuşabiliyorum. Onların yanımda olması bana iyi geldi, duygularımı söylüyorum onlar da benimle paylaşıyorlar”. *Katılımcı J (60 yaş, kadın, ilkokul mezunu)*

“Kız kardeşim ve kızım beni yalnız bırakmıyor. Evde yemek de yapmak istemiyorum, yemek de yemek istemiyorum. Ağzımın tadı gitti, evimin tadı gitti...Onlara gittiğim zaman onlarla daha iyi oluyorum, birlikte yiyip içebiliyoruz.”. *Katılımcı L (70 yaş, kadın, ilkokul mezunu)*

“Çocuklarım şehir dışında yaşıyorlar. Bu süreçte çocuklarımla yanıma gelmesi çok iyi oldu. Çok destek oldular bana onlar olmasa ben hiçbir şey yapamazdım. Ne hastaneye gelebilirdim ne evde kalabilirdim. Onlar çok destek oldular bana”. *Katılımcı N (63 yaş, kadın, lise mezunu)*

“Çocuklarım bana yardımcı olmaya çalışıyor. Ben onlara yardımcı olmaya çalışıyorum. Güçlü olmaya çalışıyorum. Dün küçük kızım çok kötüydü, hep benden güçlü olmamı bekliyorsunuz diye öfke patlaması yaşadı. Kendini çok tutuyordu, ağlamıyordu, bir anda boşaldı. Kızım bu şekilde rahatladı. Birbirimize destek olmaya çalışıyoruz”. *Katılımcı N (63 yaş, kadın, lise mezunu)*

4.2.2. Ana Tema: Duygusal Tepkiler

Katılımcıların NSM’ye temellendirilmiş psikoeğitim programı sonrasına ilişkin stresle başa çıkma deneyimlerinden “duygusal tepkiler” ana temasının alt temaları Tablo 4.5.’te yer almaktadır. Duygusal tepkiler ana teması altında katılımcıların “eşinin sürecine ilişkin azalmış kaygı”, “baş etmeye ilişkin güçlenme”, “çevreye ilişkin artmış empati”, “eşinin kaybedilmiş sağlığına ilişkin acı çekme”, “kendi sürecine ilişkin gelecek kaygısı” alt temaları ortaya çıkmıştır. Tablo 4.5.’te görüldüğü üzere, katılımcıların eylem sonrası genellikle en fazla deneyimledikleri duygusal tepkilerin eşinin sürecine ilişkin azalmış kaygı ve baş etmeye ilişkin güçlenme olduğu, en az deneyimledikleri duygusal tepkinin ise çevreye ilişki artmış empati olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.5. Katılımcıların Duygusal Tepkiler Ana Temasına İlişkin Alt Temaları

		Katılımcılar													
Ana tema	Alt tema	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
Duygusal tepkiler	Eşinin sürecine ilişkin azalmış kaygı	✓			✓					✓	✓			✓	✓
	Baş etmeye ilişkin güçlenme	✓	✓	✓	✓	✓			✓			✓			✓
	Çevreye ilişkin artmış empati							✓					✓		
	Eşinin kaybedilmiş sağlığına ilişkin acı çekme	✓						✓					✓	✓	
	Kendi sürecine ilişkin gelecek kaygısı	✓						✓	✓						

Alt tema: Eşinin sürecine ilişkin azalmış kaygı

NSM’ye temellendirilmiş psikoeğitim programına katıldıktan sonra katılımcıların 6/14’ü duygusal tepkisinin “eşinin sürecine ilişkin azalmış kaygı” olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 4.5.). Katılımcıların eşinin sürecine ilişkin azalmış kaygı alt temasına ait ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

“Başta çok stresim oldu, kafama çok taktım, kaygılandım, çok ağladım, yollarda arabalarda, gider gelir ağlardım. Eşıme benzeyen birini görsem ağlardım. Sizinle konuşmak beni psikolojik olarak rahatlatı, beni anlamanız ve dinlemeniz içimi ferahlatı”. *Katılımcı A (81 yaş, kadın, okuryazar değil)*

“İlk başta ümitsizlik ve çaresizlik hissettim. Eşimi kaybetme korkum ve kaygım vardı. Sizin yardımınızla şimdi daha rahatım”. *Katılımcı D (60 yaş, kadın, ilkokul mezunu)*

“Eşimin aniden yoğun bakıma alınması, makineye bağlanması hepimizde stres yaşattı. Bu süreçte bu görüşmeler beni rahatlatmıştı. İlk zamanki gibi kaygılı değilim, çocuklarımda görüşmelere devam etmem için beni destekliyor”. *Katılımcı J (60 yaş, kadın, ilkokul mezunu)*

“Eşimle altmış yıllık ömrümüz beraber geçti. Eşim yoğun bakıma yattığında çok kaygılandım çok düşünüyordum, kendine geldi daha iyi ben de şimdi daha iyiyim, kaygım azaldı. Bir avuç kemik olsun köşede olsun, ben bakarım ona, insanın gözü arıyor...”. *Katılımcı I (74 yaş, kadın, okuryazar değil)*

“İlk zamanlarda umudum yoktu eşimi kaybedeceğim diye çok korkuyordum ama süreç içinde daha çok iyi olmasını umut ediyorum”. *Katılımcı I (74 yaş, kadın, okuryazar değil)*

“Olaylara biraz daha pozitif bakmaya başladım, kaygım azaldı. Bilime inanıyoruz ama bir de diyorum ki olağanüstü durumlarda olan şeylere mucize diyoruz. Mucize olmasa mucize kelimesi ortaya çıkmazdı. Belki herhangi bir şey etkileyebilir, oradaki rahatsızlığı giderecek bir şey olur ve iyileşir diyorum”. *Katılımcı M (66 yaş erkek, üniversite mezunu)*

“Başlangıçta kaygım, iç bunaltıları, olumsuz düşüncelerim daha fazlaydı şimdi daha rahatım ve durumu kabullendim”. *Katılımcı N (63 yaş, kadın, lise mezunu)*

“Gelecekle ilgili kaygıları yerine şu an çocuklarımla yanımda olduğu için eşimin iyileşmesini düşünme yönünde kendi kendime telkinde bulunuyorum, kaygım azalıyor. İyi olacak diye düşünüyorum, umut ediyorum. Her şeyin yoluna gireceğine inanıyorum”. *Katılımcı N (63 yaş, kadın, lise mezunu)*

Alt tema: Baş etmeye ilişkin güçlenme

NSM’ye temellendirilmiş psikoeğitim programına katıldıktan sonra katılımcıların 8/14’ü duygusal tepkisinin “baş etmeye ilişkin güçlenme” olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 4.5.). Katılımcıların baş etmeye ilişkin güçlenme alt temasına ait ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

“Bu süreçte konuşmak, anlatmak, dinlemenden kuvvet alıyorum bana güç veriyor”.
Katılımcı A (81 yaş, kadın, okuryazar değil)

“Kendi başına olsan oturdukça, durdukça çökersin. Ama hâl hatır soruldukça daha güçlü oluyor insan. Allah kimseyi kimsesiz koymasın”. *Katılımcı B (70 yaş, kadın, okuryazar değil)*

“Bu süreçte burada olmak, sizinle konuşmak bana moral oldu, sizden güç ve destek aldım”. *Katılımcı C (64 yaş, kadın, okuryazar değil)*

“Eşimin yoğun bakıma yatışıyla yaşadığım stres nedeniyle şekerim ve tansiyonum yükseliyordu. Şimdi fiziksel olarak da psikolojik olarak da daha iyi hissediyorum, stresi daha azaldı diyebilirim. Beni dinlemeniz, karşılıklı konuşmamız, doktordan aldığım bilgiler, eşimin daha iyi olduğunu görmek bana güç verdi”. *Katılımcı D (60 yaş, kadın, ilkokul mezunu)*

“Eşimin durumunun iyiye gitmesi, sizin destek olmanız, çocuklarımın, dostlarımın yanımda olması bunlar beni daha güçlü hissettiriyor. Buradan giderken ağlayarak gidiyordum, şimdi sevinerek geliyorum. Duygularımı yüzümden de anlarsınız yani (gülümsüyordu)”. *Katılımcı D (60 yaş, kadın, ilkokul mezunu)*

“İyi veya kötü olacak ama sonucu düşünmüyorum süreci düşünüyorum. Şimdi eşimin yanında nasıl olabilirim nasıl güçlü olabilirim buna odaklanıyorum”. *Katılımcı N (63 yaş, kadın, lise mezunu)*

“Psikolojik destek beni güçlendirdi, konuşup derdini anlatmak çok önemli, bana iyi geldi, iyi hissettim”. *Katılımcı E (62 yaş, kadın, ilkokul mezunu)*

“Görüşmelerden sonra daha güçlü hissettim, duygularımı kaygılarımı konuşmak cesaretimi artırdı”. *Katılımcı H (62 yaş, kadın, ortaokul mezunu)*

“Eşimin tedavisi için başka bir ilden buraya geldik. Aslında bu süreçte hem eşimin yoğun bakımda olması hem de arkadaş ve akrabalarımın uzak olduğum için yalnız kaldığımı hissediyordum. Eşimin tedavi sürecinde sizinle yaptığımız görüşmelerde bana destek oldunuz ve yardımcı oldunuz, yalnızlık hissetmedim, Manevi açıdan benim için çok iyi oldu, beni güçlendirdi, rahatlattı”. *Katılımcı K (54 yaş, erkek, lise mezunu)*

Alt tema: Çevreye ilişkin artmış empati

NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programına katıldıktan sonra katılımcıların 2/14'ü duygusal tepkisinin “çevreye ilişkin artmış empati” olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 4.5.). Katılımcıların çevreye ilişkin artmış empati alt temasına ait ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

“Eşim yoğun bakıma yattıktan sonra insanlara karşı merhamet duygum arttı. Bana bir şey dediyse bir hikmeti vardır diyorum. Önceden daha asabi davranıyordum şimdi daha çok anlayış gösteriyorum, daha rahat davranıyorum”. *Katılımcı F (47 yaş, erkek, ilkokul mezunu)*

“Ama güzel baktım o konuda içime batan hiçbir şey yok. O merhametine bağlı, vay bana şunu yaptıydı zamanında vay bana bunu yaptıydı diye asla aklıma getirmedim. Hakkını yemedim, bu benim içimi rahatlatıyor. Bunu anladım ve şimdi herkese daha anlayışlı davranıyorum.” *Katılımcı L (70 yaş, kadın, ilkokul mezunu)*

Alt tema: Eşinin kaybedilmiş sağlığına ilişkin acı çekme

NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programına katıldıktan sonra katılımcıların 4/14'ü duygusal tepkisinin “eşinin kaybedilmiş sağlığına ilişkin acı çekme” olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 4.5.). Katılımcıların eşinin kaybedilmiş sağlığına ilişkin acı çekme alt temasına ait ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

“Eşim pirinç pilavını çok severdi o gözümün önüne gelince pilav yemeyi bırakıyorum, boğazımdan geçmiyor. Eşimin acısı aklımdan hiç gitmiyor, eşim orada ben burada, üzülmüyorum”. *Katılımcı A (81 yaş, kadın, okuryazar değil)*

“Eşimi çok seviyordum. Allah benden daha çok seviyormuş diye düşünüyorum. Üzüntüden başka bir şey hissetmiyorum, Allah'ın emri de olsa o acı benim içimde kalacak”. *Katılımcı G (73 yaş, kadın, ilkokul mezunu)*

“Ağzımın tadı hiç yok. Hayattan bir şey anlamıyorsun, bu belirsizlik ümitsizlik, çaresizlik, güvensizlik yapıyor. Görüşmelerde sizinle konuşmak iyi geldi ama buradan çıktıktan sonra söylediğiniz şeyler aklıma gelmedi, eşimin durumu acı veriyor. Tek noktaya bağlandım şimdi sadece eşimin durumu nasıl olacak?”. *Katılımcı L (70 yaş, kadın, ilkokul mezunu)*

“Hayat devam ediyor kardeşim, ölenle ölünmüyor deniliyor. Fakat kaybedeceğim korkusu acı veriyor. Tekrar evlenirsin diyenler oluyor, geç onların diyorum. Bilmiyorum işte ben şu anda korku ve endişe tarafında geziniyorum. Son nefesine kadar, nefes alsın yanımda olsun yeter”. *Katılımcı M (66 yaş erkek, üniversite mezunu)*

Alt tema: Kendi sürecine ilişkin gelecek kaygısı

NSM’ye temellendirilmiş psikoeğitim programına katıldıktan sonra katılımcıların 3/14’ü duygusal tepkisinin “kendi sürecine ilişkin gelecek kaygısı” olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 4.5.). Katılımcıların kendi sürecine ilişkin gelecek kaygısı alt temasına ait ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

“Çocuklarım beni el üstünde tutuyorlar, onlarla yaşayacağım ama yine de gece gündüz bana ne olacak diye düşünüyorum. Eşimle birlikte daha güçlü hissediyordum kendimi. Yalnız kaldığım için içimden kendimi diken üstünde gibi hissediyorum”. *Katılımcı A (81 yaş, kadın, okuryazar değil)*

“Çocuklarımla eşim öldükten sonra bana ne olacağı ile ilgili konuştum. “Eğer babanıza bir şey olursa, ortanızda kalacağım, biriniz bir yerde öbürünüz bir yerde tacı yapacak, top gibi atacaksınız beni birbirinize” dedim. Ana ona nasıl laf, sen niye bunları kafana takıyorsun diye kızdı çocuklarım. Çocuklarım çok destek oluyorlar, kızım ile birlikte kalıyoruz ama yine de kafamın bir tarafında bu düşünceler kalıyor”. *Katılımcı A (81 yaş, kadın, okuryazar değil)*

“Eşimi kaybedersem acaba evde yalnız kalabilir miyim diye düşünüyorum. Gelen giden olur mu veya beni hor mu görürler?”. *Katılımcı H (62 yaş, kadın, ortaokul mezunu)*

“Ben kendim tansiyon, şeker hastasıyım bana kim bakacak? Bunu çok merak ediyorum. Eşim varken her şeyi eşim düşünürdü. Şimdi dünya nasılsa benim kafam da öyle mekik gibi dolanıp düşünüp duruyorum. Elinde bir terazi dökersen dolmaz dökmezsin almaz”. *Katılımcı G (73 yaş, kadın, ilkokul mezunu)*

“Düşünmemeye çare yok... elli sekiz senedir eşim, nasıl düşünmeyeyim, on senedir bana o bakar, şimdi bana kim bakacak? Ben bir ekmek almaya gitmem, bir pazara gitmem. İkimiz eğlenir dururduk, şimdi geldiği de yok gittiği de yok...”. *Katılımcı G (73 yaş, kadın, ilkokul mezunu)*

4.2.3. Ana Tema: Bilgi ve Destek Gereksinimleri

Katılımcıların NSM’ye temellendirilmiş psikoeğitim programı sonrasına ilişkin stresle başa çıkma deneyimlerinden “bilgi ve destek gereksinimleri” ana temasının alt temaları Tablo 4.6.’da yer almaktadır. Tablo 4.6.’da “bilgi ve destek gereksinimleri” ana teması altında katılımcıların “tıbbi bilgi gereksinimi”, “bakım koordinasyonu ve organizasyonu” ve “psikososyal destek gereksinimi”, alt temaları ortaya çıkmıştır.

Tablo 4.6. Katılımcıların Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ana Temasına İlişkin Alt Temaları

Ana tema	Alt tema	Katılımcılar													
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
Bilgi ve destek gereksinimleri	Tıbbi bilgi gereksinimi										✓			✓	
	Bakım koordinasyonu ve organizasyonu					✓						✓	✓		
	Psikososyal destek gereksinimi					✓								✓	✓

Alt tema: Tıbbi bilgi gereksinimi

NSM’ye temellendirilmiş psikoeğitim programına katıldıktan sonra katılımcıların 2/14’ü “tıbbi bilgi gereksinimi” olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 4.6.). Katılımcıların tıbbi bilgi gereksinimi alt temasına ait ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

“Başta eşimin durumuyla ilgili belirsizlik vardı, daha kaygılıydım. Sonra doktor eşimin durumuyla ilgili bilgi verdi, boğazını nefes alması için açacağını ve uyanması için bekleyeceğimizi söyledi, boğazını açtılar (trekeostomi), sonra kapatacaklarını söylediler ama ne boğazını kapattılar ne uyandı...bir şey anlamadık...” *Katılımcı J (60 yaş, kadın, ilkokul mezunu)*

“Şimdi benim tek düşüncem acaba eşimin sırtında kabalarında yaralar çıktı mı? İçeri girip ona bakamıyorum, soramıyorum da...”. *Katılımcı M (66 yaş erkek, üniversite mezunu)*

Alt tema: Bakım koordinasyonu ve organizasyonu

NSM’ye temellendirilmiş psikoeğitim programına katıldıktan sonra katılımcıların 3/14’ü “bakım koordinasyonu ve organizasyonu” gereksinimi olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 4.6.). Katılımcıların bakım koordinasyonu ve organizasyonu gereksinimi alt temasına ait ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

“Eşim yoğun bakımdan servise taburcu edildi, sabahtan öğleye kadar altını dört defa değiştirdim. Sürekli sigara içmek istiyor, bağırıp çağırıyor. Sabaha kadar uyumuyor, uyutmuyor da. Bundan sonra daha çok sıkıntı yaşayacağımı düşünüyorum”. *Katılımcı E (62 yaş, kadın, ilkokul mezunu)*

“Eşim iyileşip yoğun bakımdan çıktığında bakımıyla ilgili sıkıntım ya da endişem yok. Çocuklarım da yetişkin olduğu için destek oluyorlar”. *Katılımcı K (54 yaş, erkek, lise mezunu)*

“Eşim yoğun bakımdan çıktıktan sonra bakmaktan korktuğum içinde değil ama bakamam benim ona gücüm yetmez, ben kendim yetmiş iki yaşımdayım, ben nasıl bakarım, çok zor”. *Katılımcı L (70 yaş, kadın, ilkokul mezunu)*

Alt tema: Psikososyal destek gereksinimi

NSM’ye temellendirilmiş psikoeğitim programına katıldıktan sonra katılımcıların 3/14’ü “psikososyal destek gereksinimi” olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 4.6.). Katılımcıların psikososyal destek gereksinimi alt temasına ait ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

“Bundan sonra ne olacak diye kaygılanıyorum. Canım kurban bakarım, altında bakarım, üstüne de bakarım, yediririm, içiririm. Ama bunda aynı anlayış yok, merhamet yok, sevgi yok. Ben anneme de baktım sekiz yıl boyunca, ama eşim kıymet bilmiyor, değersiz hissettiriyor, sıcaklık yok”. *Katılımcı E (62 yaş, kadın, ilkokul mezunu)*

“Sosyal ilişkilerim çok iyiydi ama demek ki yapaymış. Düşenin dostu yok. Bazen değer verdiğim, zaman geçirdiğim bazı insanlar için harcamış olduğum bir saniyeye acıyorum. Bu süreçte yalnız kaldım tabii. Şu an yanımda çocuklarım var, başka kimse yok”. *Katılımcı M (66 yaş erkek, üniversite mezunu)*

“Eşimin yoğun bakıma yatışıyla tüm yaşamım değişti. Sabah birlikte uyanıyorduk, eşim işe gidiyordu, akşam onu bekliyordum. Şimdi ise tüm bunlar yok oldu. Şu anda çocuklarım yanımda ama daha sonra onlar da gidecek. Bu yönde kaygım var ama bunu şimdi düşünmemeye çalışıyorum”. *Katılımcı N (63 yaş, kadın, lise mezunu)*

4.2.4. Metaforik Algı Temaları

Katılımcıların NSM’ye temellendirilmiş psikoeğitim programı sonrasına ilişkin metaforik algıları alt temaları Tablo 4.7.’de yer almaktadır. Metaforik algılara ilişkin alt temalar “yazgı”, “alışmak”, “dikili taş”, “huzur” ve “çelik halat” olarak ifade edilmiştir.

Tablo 4.7. Katılımcıların Metaforik Algı Temaları

Ana tema	Alt tema	Katılımcılar													
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
Metaforik algılar	Yazgı	✓													
	Alışmak					✓									
	Dikili taş							✓							
	Huzur											✓			
	Çelik halat													✓	

“Yazgı” metaforik algı temasına ait katılımcı ifadesine aşağıda yer verilmiştir.

“Herkesin yaşayabileceği bir olay. Herkesin başına neler geliyor? Bizim de başımıza böyle bir şey geldi. Demek ki bu yazılmış. Bunu böyle kabul etmek zorundayım”.
Katılımcı A (81 yaş, kadın, okuryazar değil)

“Alışmak” metaforik algı temasına ait katılımcı ifadesine aşağıda yer verilmiştir.

“İlk başta kabullenemiyordum, ama sizinle konuştukça, zaman geçtikçe konuştukça soğudukça hazırlandım”. *Katılımcı E (62 yaş, kadın, ilkokul mezunu)*

“Dikili taş” metaforik algı temasına ait katılımcı ifadesine aşağıda yer verilmiştir.

“Gelmişiz işte, şuraya dikilmişiz. Günümüzü bekleriz başka bir şey bilmeyiz. Allah üç gün yatak dördüncü toprak nasip etsin...ne diyelim başka diyecek bir şeyimiz yok, duyacak bir şeyimiz yok”. *Katılımcı G (73 yaş, kadın, ilkokul mezunu)*

“Huzur” metaforik algı temasına ait katılımcı ifadesine aşağıda yer verilmiştir.

“Yeşillerle, içinde sularla, içinde ördeklerle kazlarla, insanların cıvıl cıvıl konuştuğu bir yaşam alanındaki gibi huzuru hissettim ben. Bu eğitimlerin o kadar faydası oldu, huzur verdi bana”. *Katılımcı K (54 yaş, erkek, lise mezunu)*

“Çelik halat” metaforik algı temasına ait katılımcı ifadesine aşağıda yer verilmiştir.

“Etrafımda çelikten halatlar var, gücüm yetse o demirleri dişlerimle keseceğim. İp olsa, urgan olsa çenem çıksa dahi fedakârlık yapıp dişlerimle keseceğim eşim için. İnsan sesine hasrettim dört duvar arasında, konuşmanın faydası oldu. Sizinle konuşmak bu çelik halatı biraz da olsa gevşetti”. *Katılımcı M (66 yaş erkek, üniversite mezunu)*

4.2.4. NSM’ye temellendirilmiş psikoeğitim programının etkinliğine yönelik eylem öncesi ve eylem sonrası nicel ve nitel bulguların karşılaştırılması

Katılımcıların NSM’ye temellendirilmiş psikoeğitim programının etkinliğine yönelik eylem öncesi ve eylem sonrası nicel ve nitel bulgularının karşılaştırılması Tablo 4.8.’de verilmiştir. Katılımcıların eylem öncesi ve eylem sonrası nicel bulguları; psikolojik sıkıntı ölçeği puanları ve stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyut puanlarıyla, eylem sonrası nitel bulguları ise stresle başa çıkma deneyimleri çekirdek teması altında, ana tema ve alt temalar olarak sunulmuştur. Buna göre katılımcı A’nın eylem öncesi ve sonrası PSÖ puanlarının sırasıyla 28.0, 17.0 olduğu, psikolojik sıkıntı puanının eylem sonrası azaldığı görülmektedir. Katılımcı A’nın eylem öncesi ve sonrası kendine güvenli yaklaşım puanı sırasıyla 1.29, 2.00, çaresiz yaklaşım puanı 1.13, 1.00, boyun eğici yaklaşım puanı 2.17, 2.00, iyimser yaklaşım puanı 2.00, 2.80 ve sosyal destek arama puanı 2.25,3.00’dır. Buna göre katılımcı A’nın eylem sonrası stresle başa çıkma tarzlarından kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama puanlarının arttığı, çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım puanlarının azaldığı görülmektedir. Katılımcı A’nın stresle başa çıkma stratejilerinin duyguları ifade edebilme, kabullenme, kendine bakım, maneviyata yönelme, sosyal destek alma olduğu, duygusal tepkilerinin ise eşinin sürecine ilişkin azalmış kaygı, baş etmeye ilişkin güçlenme, eşinin kaybedilmiş sağlığına ilişkin acı çekme ve kendi sürecine ilişkin gelecek kaygısı olduğu görülmektedir.

Tablo 4.8. NSM'ye Temellendirilmiş Psikoeğitim Programının Etkinliğine Yönelik Eylem Öncesi ve Eylem Sonrası Nicel ve Nitel Bulguların Karşılaştırılması

Katılımcılar	Eylem zamanı	Psikolojik Sıkıntı Ölçeği	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği					Stresle Başa Çıkma Deneyimleri												
			Kendine güvenli yaklaşım	Çaresiz yaklaşım	Boyun eğici yaklaşım	İyimser yaklaşım	Sosyal destek arama	Stresle başa çıkma stratejileri					Duygusal tepkiler			Bilgi ve destek gereksinimi				
								Duyguları ifade edebilme	Kabullenme	Kendine bakım	Maneviyata yönelme	Sosyal destek alma	Eşinin sürecine ilişkin azalmış kaygı	Baş etmeye ilişkin güçlenme	Çevreye ilişkin artmış empati	Eşinin kaybedilmiş sağlığına ilişkin acı çekme	Kendi sürecine ilişkin gelecek kaygısı	Tıbbi bilgi gereksinimi	Bakım koordinasyonu ve organizasyonu	Psikososyal destek gereksinimi
A	E.Ö.	28.0	1,29	1,13	2,17	2,00	2,25													
	E.S.	17.0	2,00	1,00	2,00	2,80	3,00	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓				
B	E.Ö.	23.0	1,29	1,25	2,00	2,00	2,25													
	E.S.	13.0	2,00	1,00	2,00	2,60	3,00		✓		✓	✓		✓						
C	E.Ö.	28,0	1,14	1,75	2,50	1,80	2,25													
	E.S.	14,0	2,29	1,25	2,67	2,80	3,00	✓		✓				✓						
D	E.Ö.	42,0	,57	1,88	2,00	0,40	1,00													
	E.S.	17,0	2,14	1,25	2,00	2,40	3,00	✓				✓	✓	✓						
E	E.Ö.	14,0	2,00	1,38	2,17	2,60	2,25													
	E.S.	22,0	2,57	1,25	2,17	2,60	2,75			✓				✓					✓	✓

Tablo 4.8. NSM'ye Temellendirilmiş Psikoeğitim Programının Etkinliğine Yönelik Eylem Öncesi ve Eylem Sonrası Nicel ve Nitel Bulguların Karşılaştırılması (devamı)

Katılımcılar	Eylem zamanı	Psikolojik Sıkıntı Ölçeği	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği					Stresle Başa Çıkma Deneyimleri												
			Kendine güvenli yaklaşım	Çaresiz yaklaşım	Boyun eğici yaklaşım	İyimser yaklaşım	Sosyal destek arama	Stresle başa çıkma stratejileri					Duygusal tepkiler			Bilgi ve destek gereksinimi				
								Duyguları ifade edebilme	Kabullenme	Kendine bakım	Maneviyata yönelme	Sosyal destek alma	Eşinin sürecine ilişkin azalmış kaygı	Baş etmeye ilişkin güçlenme	Çevreye ilişkin artmış empati	Eşinin kaybedilmiş sağlığına ilişkin acı çekme	Kendi sürecine ilişkin gelecek kaygısı	Tıbbi bilgi gereksinimi	Bakım koordinasyonu ve organizasyonu	Psikososyal destek gereksinimi
F	E.Ö.	35,0	1,29	1,75	1,50	1,80	0,25													
	E.S.	23,0	2,43	1,13	1,33	2,40	1,25	✓			✓	✓			✓					
G	E.Ö.	29,0	1,29	1,75	2,33	2,40	2,25													
	E.S.	23,0	2,29	1,63	2,17	2,80	2,75		✓							✓	✓			
H	E.Ö.	33,0	1,71	1,38	1,67	2,80	0,50													
	E.S.	25,0	2,71	1,13	1,50	2,80	1,50		✓	✓		✓		✓			✓			
I	E.Ö.	27,0	1,00	1,38	1,50	2,40	0,75													
	E.S.	16,0	1,29	1,13	1,50	2,60	2,00	✓	✓			✓	✓							
J	E.Ö.	23,0	1,86	1,63	1,83	2,00	1,75													
	E.S.	14,0	2,29	1,38	1,50	2,80	2,00	✓		✓	✓	✓	✓					✓		

Tablo 4.8. NSM'ye Temellendirilmiş Psikoeğitim Programının Etkinliğine Yönelik Eylem Öncesi ve Eylem Sonrası Nicel ve Nitel Bulguların Karşılaştırılması (devamı)

Katılımcılar	Eylem zamanı	Psikolojik Sıkıntı Ölçeği	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği					Stresle Başa Çıkma Deneyimleri													
			Kendine güvenli yaklaşım	Çaresiz yaklaşım	Boyun eğici yaklaşım	İyimser yaklaşım	Sosyal destek arama	Stresle başa çıkma stratejileri					Duygusal tepkiler				Bilgi ve destek gereksinimi				
								Duyguları ifade edebilme	Kabullenme	Kendine bakım	Maneviyata yönelme	Sosyal destek alma	Eşinin sürecine ilişkin azalmış kaygı	Baş etmeye ilişkin güçlenme	Çevreye ilişkin artmış empati	Eşinin kaybedilmiş sağlığına ilişkin acı çekme	Kendi sürecine ilişkin gelecek kaygısı	Tıbbi bilgi gereksinimi	Bakım koordinasyonu ve organizasyonu	Psikososyal destek gereksinimi	
K	E.Ö.	16,0	3,00	1,75	2,50	3,00	1,50														
	E.S.	12,0	3,00	1,00	2,50	3,00	2,00	✓	✓	✓				✓						✓	
L	E.Ö.	35,0	1,14	1,63	1,83	1,80	1,25														
	E.S.	26,0	2,43	,88	1,67	2,80	2,50	✓	✓			✓			✓	✓				✓	
M	E.Ö.	36,0	1,71	2,00	1,00	0,80	0,75														
	E.S.	19,0	3,00	1,13	,67	2,20	1,75	✓			✓		✓			✓		✓			✓
N	E.Ö.	31,0	1,14	1,38	1,67	1,40	1,00														
	E.S.	17,0	2,57	1,13	1,33	2,80	2,50	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓							✓
K	E.Ö.	16,0	3,00	1,75	2,50	3,00	1,50														
	E.S.	12,0	3,00	1,00	2,50	3,00	2,00	✓	✓	✓				✓						✓	

Tablo 4.8.'de katılımcı B'nin eylem öncesi ve sonrası PSÖ puanlarının sırasıyla 23.0, 13.0 olduğu, psikolojik sıkıntı puanının eylem sonrası azaldığı görülmektedir. Katılımcı B'nin eylem öncesi ve sonrası kendine güvenli yaklaşım puanı sırasıyla 1.29, 2.00, çaresiz yaklaşım puanı 1.25, 1.00, boyun eğici yaklaşım puanı 2.00, 2.00, iyimser yaklaşım puanı 2.00, 2.60 ve sosyal destek arama puanı 2.25,3.00'dır. Buna göre katılımcı B'nin eylem sonrası stresle başa çıkma tarzlarından kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama puanlarının arttığı, çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım puanlarının azaldığı görülmektedir. Tablo 4.8.'de katılımcı B'nin stresle başa çıkma stratejilerinin “kabullenme, maneviyata yönelme ve sosyal destek alma olduğu”, duygusal tepkilerinin ise “baş etmeye ilişkin güçlenme” olduğu görülmektedir.

Tablo 4.8.'de katılımcı C'nin eylem öncesi ve sonrası PSÖ puanlarının sırasıyla 28.0, 14.0 olduğu, psikolojik sıkıntı puanının eylem sonrası azaldığı görülmektedir. Katılımcı C'nin eylem öncesi ve sonrası kendine güvenli yaklaşım puanı sırasıyla 1.14, 2.29, çaresiz yaklaşım puanı 1.75, 1.25, boyun eğici yaklaşım puanı 2.50, 2.67, iyimser yaklaşım puanı 1.80, 2.80 ve sosyal destek arama puanı 2.25,3.00'dır. Buna göre katılımcı C'nin eylem sonrası stresle başa çıkma tarzlarından kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama puanlarının arttığı, çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım puanlarının azaldığı görülmektedir. Tablo 4.8.'de katılımcı C'nin stresle başa çıkma stratejilerinin “duyguları ifade edebilme, kendine bakım”, duygusal tepkilerinin ise “baş etmeye ilişkin güçlenme” olduğu görülmektedir.

Tablo 4.8.'de katılımcı D'nin eylem öncesi ve sonrası PSÖ puanlarının sırasıyla 42.0, 17.0 olduğu, psikolojik sıkıntı puanının eylem sonrası azaldığı görülmektedir. Katılımcı D'nin eylem öncesi ve sonrası kendine güvenli yaklaşım puanı sırasıyla 0.57, 2.14, çaresiz yaklaşım puanı 1.88, 1.25, boyun eğici yaklaşım puanı 2.00, 2.00, iyimser yaklaşım puanı 0.40, 2.40 ve sosyal destek arama puanı 1.00,3.00'dır. Buna göre katılımcı D'nin eylem sonrası stresle başa çıkma tarzlarından kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama puanlarının arttığı, çaresiz yaklaşım puanının azaldığı ve boyun eğici yaklaşım puanının değişmediği görülmektedir. Tablo 4.8.'de katılımcı D'nin stresle başa çıkma stratejilerinin

“duyguları ifade edebilme, sosyal destek alma”, duygusal tepkilerinin ise “eşinin sürecine ilişkin azalmış kaygı, baş etmeye ilişkin güçlenme” olduğu görülmektedir.

Tablo 4.8.’de katılımcı E’nin eylem öncesi ve sonrası PSÖ puanlarının sırasıyla 14.0, 22.0 olduğu, psikolojik sıkıntı puanının eylem sonrası arttığı görülmektedir. Katılımcı E’nin eylem öncesi ve sonrası kendine güvenli yaklaşım puanı sırasıyla 2.00, 2.57, çaresiz yaklaşım puanı 1.38, 1.25, boyun eğici yaklaşım puanı 2.17, 2.17, iyimser yaklaşım puanı 2.60, 2.60 ve sosyal destek arama puanı 2.25, 2.75’tir. Buna göre katılımcı E’nin eylem sonrası stresle başa çıkma tarzlarından kendine güvenli yaklaşım ve sosyal destek arama puanlarının arttığı, çaresiz yaklaşım puanının azaldığı, boyun eğici yaklaşım ve iyimser yaklaşım puanının değişmediği görülmektedir. Tablo 4.8.’de katılımcı E’nin stresle başa çıkma stratejilerinin “kendine bakım”, duygusal tepkilerinin “baş etmeye ilişkin güçlenme”, bilgi ve destek gereksiniminin ise “bakım koordinasyonu ve organizasyonu” ve “psikososyal destek gereksinimi” olduğu görülmektedir.

Tablo 4.8.’de katılımcı F’nin eylem öncesi ve sonrası PSÖ puanlarının sırasıyla 35.0, 23.0 olduğu, psikolojik sıkıntı puanının eylem sonrası azaldığı görülmektedir. Katılımcı F’nin eylem öncesi ve sonrası kendine güvenli yaklaşım puanı sırasıyla 1.29, 2.43, çaresiz yaklaşım puanı 1.75, 1.13, boyun eğici yaklaşım puanı 1.50, 1.33, iyimser yaklaşım puanı 1.80, 2.40 ve sosyal destek arama puanı 0.25, 1.25’tir. Buna göre katılımcı F’nin eylem sonrası stresle başa çıkma tarzlarından kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama puanlarının arttığı, çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım puanının azaldığı görülmektedir. Tablo 4.8.’de katılımcı F’nin stresle başa çıkma stratejilerinin “duyguları ifade edebilme, maneviyata yönelme, sosyal destek alma”, duygusal tepkilerinin ise “çevreye ilişkin artmış empati” olduğu görülmektedir.

Tablo 4.8.’de katılımcı G’nin eylem öncesi ve sonrası PSÖ puanlarının sırasıyla 29.0, 23.0 olduğu, psikolojik sıkıntı puanının eylem sonrası azaldığı görülmektedir. Katılımcı G’nin eylem öncesi ve sonrası kendine güvenli yaklaşım puanı sırasıyla 1.29, 2.29, çaresiz yaklaşım puanı 1.75, 1.63, boyun eğici yaklaşım puanı 2.33, 2.17, iyimser yaklaşım puanı 2.40, 2.80 ve sosyal destek arama puanı 2.25, 2.75’tir. Buna göre katılımcı G’nin eylem sonrası stresle başa çıkma tarzlarından kendine güvenli

yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama puanlarının arttığı, çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım puanının azaldığı görülmektedir.

Tablo 4.8.'de katılımcı H'nin eylem öncesi ve sonrası PSÖ puanlarının sırasıyla 33.0, 25.0 olduğu, psikolojik sıkıntı puanının eylem sonrası azaldığı görülmektedir. Katılımcı H'nin eylem öncesi ve sonrası kendine güvenli yaklaşım puanı sırasıyla 1.71, 2.71, çaresiz yaklaşım puanı 1.38, 1.13, boyun eğici yaklaşım puanı 1.67, 1.50, iyimser yaklaşım puanı 2.80, 2.80 ve sosyal destek arama puanı 0.50, 1.50'dir. Buna göre katılımcı H'nin eylem sonrası stresle başa çıkma tarzlarından kendine güvenli yaklaşım, sosyal destek arama puanlarının arttığı, iyimser yaklaşım puanının değişmediği, çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım puanının azaldığı görülmektedir. Tablo 4.8.'de katılımcı H'nin stresle başa çıkma stratejilerinin "kabullenme, kendine bakım, sosyal destek alma", duygusal tepkilerinin ise "baş etmeye ilişkin güçlenme, güçlenme, kendi sürecine ilişkin gelecek kaygısı" olduğu görülmektedir.

Tablo 4.8.'de katılımcı I'nın eylem öncesi ve sonrası PSÖ puanlarının sırasıyla 27.0, 16.0 olduğu, psikolojik sıkıntı puanının eylem sonrası azaldığı görülmektedir. Katılımcı I'nın eylem öncesi ve sonrası kendine güvenli yaklaşım puanı sırasıyla 1.00, 1.29, çaresiz yaklaşım puanı 1.38, 1.13, boyun eğici yaklaşım puanı 1.50, 1.50, iyimser yaklaşım puanı 2.40, 2.60 ve sosyal destek arama puanı 0.75, 2.00'dir. Buna göre katılımcı I'nın eylem sonrası stresle başa çıkma tarzlarından kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal destek arama puanlarının arttığı, boyun eğici yaklaşım puanının değişmediği, çaresiz yaklaşım puanının azaldığı görülmektedir. Tablo 4.8.'de katılımcı I'nın stresle başa çıkma stratejilerinin "duyguları ifade edebilme, kabullenme, sosyal destek alma", duygusal tepkilerinin ise "eşinin sürecine ilişkin azalmış kaygı" olduğu görülmektedir.

Tablo 4.8.'de katılımcı J'nin eylem öncesi ve sonrası PSÖ puanlarının sırasıyla 23.0, 14.0 olduğu, psikolojik sıkıntı puanının eylem sonrası azaldığı görülmektedir. Katılımcı J'nin eylem öncesi ve sonrası kendine güvenli yaklaşım puanı sırasıyla 1.86, 2.29, çaresiz yaklaşım puanı 1.63, 1.38, boyun eğici yaklaşım puanı 1.83, 1.50, iyimser yaklaşım puanı 2.00, 2.80 ve sosyal destek arama puanı 1.75, 2.00'dir. Buna göre katılımcı J'nin eylem sonrası stresle başa çıkma tarzlarından kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal destek arama puanlarının arttığı, çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım puanlarının azaldığı görülmektedir. Tablo 4.8.'de katılımcı

J'nin stresle başa çıkma stratejilerinin “duyguları ifade edebilme, kendine bakım, maneviyata yönelme, sosyal destek alma”, duygusal tepkilerinin “eşinin sürecine ilişkin azalmış kaygı”, bilgi ve destek gereksinimlerinin ise “tıbbi bilgi gereksinimi” olduğu görülmektedir.

Tablo 4.8.'de katılımcı K'nin eylem öncesi ve sonrası PSÖ puanlarının sırasıyla 16.0, 12.0 olduğu, psikolojik sıkıntı puanının eylem sonrası azaldığı görülmektedir. Katılımcı K'nin eylem öncesi ve sonrası kendine güvenli yaklaşım puanı sırasıyla 3.00, 3.00, çaresiz yaklaşım puanı 1.75, 1.00, boyun eğici yaklaşım puanı 2.50, 2.50, iyimser yaklaşım puanı 3.00, 3.00 ve sosyal destek alma puanı 1.50, 2.00'dir. Buna göre katılımcı K'nin eylem sonrası stresle başa çıkma tarzlarından sosyal destek alma puanının arttığı, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, boyun eğici yaklaşım puanlarının değişmediği, çaresiz yaklaşım puanının azaldığı görülmektedir. Tablo 4.8.'de katılımcı K'nin stresle başa çıkma stratejilerinin “duyguları ifade edebilme, kabullenme, kabullenme, kendine bakım”, duygusal tepkilerinin “baş etmeye ilişkin güçlenme”, bilgi ve destek gereksinimlerinin ise “bakım koordinasyonu ve organizasyonu” olduğu görülmektedir.

Tablo 4.8.'de katılımcı L'nin eylem öncesi ve sonrası PSÖ puanlarının sırasıyla 35.0, 26.0 olduğu, psikolojik sıkıntı puanının eylem sonrası azaldığı görülmektedir. Katılımcı L'nin eylem öncesi ve sonrası kendine güvenli yaklaşım puanı sırasıyla 1.14, 2.43, çaresiz yaklaşım puanı 1.63, 0.88, boyun eğici yaklaşım puanı 1.83, 1.67, iyimser yaklaşım puanı 1.80, 2.80 ve sosyal destek alma puanı 1.25, 2.50'dir. Buna göre katılımcı L'nin eylem sonrası stresle başa çıkma tarzlarından kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal destek alma puanının arttığı, çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım puanlarının azaldığı görülmektedir. Tablo 4.8.'de katılımcı L'nin stresle başa çıkma stratejilerinin “duyguları ifade edebilme, kabullenme, sosyal destek alma”, duygusal tepkilerinin “çevreye ilişkin artmış empati, eşinin kaybedilmiş sağlığına ilişkin acı çekme”, bilgi ve destek gereksinimlerinin ise “bakım koordinasyonu ve organizasyonu” olduğu görülmektedir.

Tablo 4.8.'de katılımcı M'nin eylem öncesi ve sonrası PSÖ puanlarının sırasıyla 36.0, 19.0 olduğu, psikolojik sıkıntı puanının eylem sonrası azaldığı görülmektedir. Katılımcı M'nin eylem öncesi ve sonrası kendine güvenli yaklaşım puanı sırasıyla 1.71, 3.00, çaresiz yaklaşım puanı 2.00, 1.13, boyun eğici yaklaşım puanı 1.00, 0.67,

iyimser yaklaşım puanı 0.80, 2.20 ve sosyal destek alma puanı 0.75, 1.75'tir. Buna göre katılımcı M'nin eylem sonrası stresle başa çıkma tarzlarından kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal destek alma puanının arttığı, çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım puanlarının azaldığı görülmektedir. Tablo 4.8.'de katılımcı M'nin stresle başa çıkma stratejilerinin “duyguları ifade edebilme, maneviyata yönelme”, duygusal tepkilerinin “eşinin sürecine ilişkin azalmış kaygı, eşinin kaybedilmiş sağlığına ilişkin acı çekme”, bilgi ve destek gereksinimlerinin ise “tıbbi bilgi gereksinimi, psikososyal destek gereksinimi” olduğu görülmektedir.

Tablo 4.8.'de katılımcı N'nin eylem öncesi ve sonrası PSÖ puanlarının sırasıyla 31.0, 17.0 olduğu, psikolojik sıkıntı puanının eylem sonrası azaldığı görülmektedir. Katılımcı N'nin eylem öncesi ve sonrası kendine güvenli yaklaşım puanı sırasıyla 1.14, 2.57, çaresiz yaklaşım puanı 1.38, 1.13, boyun eğici yaklaşım puanı 1.67, 1.33, iyimser yaklaşım puanı 1.40, 2.80 ve sosyal destek alma puanı 1.00, 2.50'tir. Buna göre katılımcı N'nin eylem sonrası stresle başa çıkma tarzlarından kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal destek alma puanının arttığı, çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım puanlarının azaldığı görülmektedir. Tablo 4.8.'de katılımcı N'nin stresle başa çıkma stratejilerinin “duyguları ifade edebilme, kabullenme, kendine bakım, maneviyata yönelme, sosyal destek alma”, duygusal tepkilerinin “eşinin sürecine ilişkin azalmış kaygı, baş etmeye ilişkin güçlenme”, bilgi ve destek gereksinimlerinin ise “psikososyal destek gereksinimi” olduğu görülmektedir.

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada, Neuman'ın Sistemler Modeline temellendirilmiş psikoeğitimin yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin psikolojik sıkıntı ve stresle başa çıkmaları üzerine etkisini değerlendirmek amaçlanmıştır. Bu amaçla yapılan tekli karma yöntem araştırmasında ilk aşamada NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programı geliştirilmiş, ikinci aşamada geliştirilen psikoeğitim programının yoğun bakım ünitesinde yatan bireylerin eşlerinin psikolojik sıkıntı ve stresle başa çıkma tarzları üzerindeki etkisi incelenmiştir. Bu doğrultuda, yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerine bireysel psikoeğitim programı uygulanmadan önce ve uygulandıktan sonra belirlenen ölçme araçları uygulanmış ve program sonunda derinlemesine bireysel görüşmeler yapılmıştır.

Bu bağlamda araştırmanın tartışma bölümü, eylem öncesi ve sonrası nicel bulgular ile eylem sonrası nitel bulguları çerçevesinde NSM'nin kavram ve değişkenleri ile ilişkilendirilerek ilgili literatür kapsamında aşağıda belirtilen iki başlıkta sunulmuştur.

- Yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin psikolojik sıkıntı düzeyleri ve stresle başa çıkma deneyimleri
- Yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin stresle başa çıkma tarzları ve stresle başa çıkma deneyimleri

NSM bireyi fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, psikolojik ve gelişimsel olmak üzere beş değişkenden oluşan açık sistemsel bir bütün olarak tanımlamaktadır (Neuman ve Fawcett, 2011). Birey sisteminin merkezinde temel yapı ve çekirdek yapı yer almakta ve bu yapı sistemin bütünlüğünü korumayı amaçlayan savunma ve direnç hatları ile çerçevelenmektedir (Neuman ve Fawcett, 2011). Bu model, bireyin kişi içi, kişiler arası ve kişi dışı stresörlere tepkisini etkileyen tüm değişkenlerini dikkate alarak sistemin dengesini korumayı ve stres faktörlerini sınırlamayı amaçlayan dinamik bir yapıdan oluşmaktadır (Neuman ve Fawcett, 2011). Bu modelin temeli, birey ya da toplumun strese olan tepkisi ve hemşirenin bu stres tepkisine birincil, ikincil ve üçüncül koruma önlemleriyle müdahale etmesinden oluşmakta bu nedenle de hemşirelik için sistem temelli ve kapsamlı bir kavramsal çerçeve sunmaktadır (Neuman ve Fawcett, 2011). Bu bağlamda bu çalışmada Neuman Sistemler Modeline temellendirilmiş psikoeğitim programı ile birincil ve ikincil koruma düzeyinde esnek,

normal savunma hattı ve direnç hatlarına müdahale ederek psikolojik sıkıntı düzeylerini azaltma ve stresle başa çıkma tarzlarını geliştirme varsayımı ile temel yapının korunması amaçlanmıştır.

Bu çalışmada, yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerine yönelik uygulanan NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programının eşlerin psikolojik sıkıntı düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları üzerindeki etkilerini değerlendirilmiştir. Çalışmada psikoeğitim programı sonrasında, eşlerin psikolojik sıkıntılarının azaldığı ve stresle baş etmede etkili baş etme yöntemlerinden kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yöntemlerini kullandıkları ortaya çıkmıştır. Stresle baş etmede etkisiz baş etme yöntemlerinden çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım yöntemlerini psikoeğitim uygulaması öncesine göre daha az kullandıkları sonucuna varılmıştır. Program sonunda eşlerle yapılan görüşmelerin nitel analizinde stresle başa çıkmada duyguları ifade edebilme, kabullenme, kendine bakım, maneviyata yönelme, sosyal destek alma stratejilerini deneyimledikleri belirlenmiştir. Eşin yoğun bakımda yatma sürecine ilişkin duygusal tepkileri, eşinin sürecine ilişkin azalmış kaygı, baş etmelerinde güçlenme, empati yapabilme becerisinde artış, acı çekme, gelecek kaygısı olarak ifade etmişlerdir. Bunun yanı sıra tıbbi bilgi, bakım koordinasyonu ve organizasyonu ile psikososyal destek gereksinimleri olduğunu ifade etmişlerdir.

5.1. Yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin psikolojik sıkıntı düzeyleri ve stresle başa çıkma deneyimleri

Bu çalışmada, yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerine uygulanan NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitimin psikolojik sıkıntı düzeyleri üzerindeki etkisi incelenmiştir. Çalışmanın bulguları, NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitimin yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin psikolojik sıkıntısını azaltmada anlamlı düzeyde bir etkiye sahip olduğunu ortaya koymuştur. Psikolojik sıkıntı, stresli yaşam olayları karşısında uyumsuz psikolojik işleyişin genel kavramını ifade etmektedir (Abdul Halain ve ark., 2022). Başka bir ifadeyle psikolojik sıkıntı, bir bireyin belirli bir stres faktörüne yanıt olarak deneyimlediği, kişiye geçici veya kalıcı zarar veren, rahatsız edici duygusal durum olarak tanımlanmaktadır (Ridner, 2004). Ailede bir aile üyesinin yoğun bakıma yatma sürecinin aile üyeleri için ciddi klinik ve psikolojik sonuçları olan stresli ve travmatik bir deneyimdir (Abdul Halain ve ark., 2022). Siegel ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan bir çalışmada yoğun bakım sürecinin aile üyeleri için stresli

bir durum olduğu, yoğun bakıma yatan bireyin eşlerden birisin olması durumunda ise eşlerin diğeri aile üyelerine göre daha yüksek oranda stres yaşadığı ortaya çıkmıştır. Bu çalışmada da benzer şekilde, NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim uygulaması öncesi yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin yüksek düzeyde psikolojik sıkıntı yaşadığı belirlenmiştir. Literatürde yapılan çalışmalarda (Gil-Juliá ve ark., 2021; Matt ve ark., 2017) benzer şekilde yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin psikolojik sıkıntı düzeyleri diğeri aile üyelerine göre daha yüksek bulunmuştur. Diğeri taraftan Naef ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan bir çalışmada, yoğun bakımda yatan bireyin eşi olmanın diğeri aile üyelerine göre psikolojik sıkıntı düzeylerini etkileyen bir faktör olmadığı ortaya koyulmuştur.

Yoğun bakımda yatış süresince eşlerin psikolojik sıkıntısını etkileyen faktörler geniş kapsamlı olabilmekte ve eşlerin yaşadığı stres ve kaygı düzeyine göre değişebildiği belirtilmektedir (Blok ve ark., 2023). Yoğun bakımda yatan bireylerin yakınları için en önemli stres faktörlerinin, hastanın ciddi bir sağlık sorunu olabileceği (%91,8) ve ölüm riski taşıdığı düşüncesi (%85), yoğun bakıma beklenmedik/ ani şekilde yatış (%75,7), hastanın ilaçla bile ağrısının kesilemeyeceği kaygısı (%73,7), hastanın normal hayatına dönmesini engelleyebilecek yan etkileri düşünme (%68,5), hastanın ağrı çekmesi (%68,7), ameliyatla ilgili belirsizliğin yarattığı stres (%65,7), hastadan ayrı kalmanın yarattığı duygusal sıkıntı (%60,3), hastanın korku hissetmesi (%53,4) ve hastalığının ne olduğunu konusundaki bilgi eksikliği (%60,3) olduğu belirtilmektedir (Gil-Juliá ve ark., 2021). Neuman, birey sistemini etkileyen ve çevreleyen iç ve dış faktörlerin tümünü çevre olarak tanımlamakta ve sistem dengesinin kişi içi, kişilerarası ve kişi dışı stresörlerden etkilendiğini belirtmektedir (Neuman ve Fawcett, 2011). Dolayısıyla yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin psikolojik sıkıntı düzeylerini etkileyen faktörlerin bireylerin kişi içi, kişilerarası ve kişi dışı stresörlere verdiği yanıtındaki farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmanın bulguları, NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programının, eşlerin psikolojik sıkıntı düzeylerini anlamlı düzeyde azalttığını ortaya koymuştur. İlgili literatür incelendiğinde yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerine veya ailelerine uygulanan NSM'ye temellendirilmiş herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bağlamda bu çalışmanın bulguları yoğun bakımda yatan bireylerin yakınlarına uygulanan aile müdahalelerinin etkinliği kapsamında tartışılmıştır. Navidian ve

arkadaşları (2016), eğitim ve psikolojik destek müdahalelerinin yoğun bakım ünitesinde yatan bireylerin ailelerinin psikolojik sıkıntı düzeylerini azalttığını ortaya koymuştur. Caballero-Suárez ve arkadaşları (2023) tarafından yapılan yoğun bakımda yatan bireyin yakınları ile yapılan çalışmada 1307 hasta yakınına ile bilişsel davranışçı terapiye dayalı psikoeğitim, kişisel bakım stratejileri, olumlu geri bildirim, duygu düzenleme stratejileri ve kriz müdahalesinden bir veya birkaçını içeren telefonla kısa psikolojik müdahale programı uygulanmıştır. Müdahale öncesinde %34'ünün anksiyete ve %29'unun depresif semptomlara sahip olduğu ve bu semptomların hastanın eşi olma ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Müdahaleden sonra, %57,9'unun daha iyi hissettiği, %31,3'ünün biraz iyi hissettiği ve %6,6'sının çok daha iyi hissettiği belirtilmiştir. Bunun yanı sıra çalışmada psikoeğitim grubunun kendisini daha iyi hissettikleri belirtilmiştir (Caballero-Suárez ve ark., 2023). Başka bir çalışmada (Chiang ve ark., 2016) yoğun bakımda yatan bireylerin aile bakım verenlerinin stres ve kaygısını yönetmek için uygulanan bilişsel-davranışçı psikoeğitim programının stres, anksiyete, depresyon düzeylerini azalttığı belirlenmiştir.

Huang ve arkadaşları (2022) tarafından yoğun bakımda yatan bireylerin yakınları ile yapılan yarı deneysel bir çalışmada kolaylaştırılmış anlamlandırma modeline dayalı aile müdahalesinin anksiyete ve kaygıyı azalttığı, psikolojik sonuçları iyileştirdiği bildirilmiştir. Çakır ve Buldukoğlu (2023) tarafından yapılan tek kör, randomize kontrollü deneysel bir çalışmada yoğun bakımda yatan bireylerin ailelerine kolaylaştırılmış anlamlandırma kuramına temellendirilmiş aile destek programı uygulanmıştır. Aile destek programı kapsamında yoğun bakımda yatan bireylerin yakınların ihtiyacına göre bakım ilişkilerinin geliştirilmesi, bakımda varlığını sunma, kararlara katılım ve iletişim protokolleri uygulanmış ve program sonunda ailelerin durumluk kaygı düzeyinin, içsel ve dışsal sıkışmışlık hissinin anlamlı düzeyde azaldığı ortaya koyulmuştur (Çakır ve Buldukoğlu, 2023). Hudson ve arkadaşları (2013) tarafından kritik hastalığı olan bireylerin aileleri arasında psikolojik sıkıntıyı azaltmak için bir müdahale olarak ailelere dayanıklılık öğretmenin etkili olduğu bildirilmiştir. Yapılan bir sistematik derlemede (Kiwanuka ve ark., 2022) eğitim ve bilgilendirici müdahalelerin aile desteğini artırdığı ve aile üyeleri arasında psikolojik sağlığı desteklediği bildirilmiştir. Black ve arkadaşları (2011) tarafından kritik hastaya psikolojik bakım sağlanmasında NSM'ye temellendirilmiş hemşire destekli aile katılımının hastanın kritik hastalık sırasında yaşadığı stres faktörlerine karşı savunma

ve direnç hatlarını güçlendirebileceği ve psikolojik iyileşmeyi artırabileceği belirtilmiştir. Bu çalışmaların aksine yapılan randomize kontrollü bir çalışmada yoğun bakımda yatan bireylerin yakınlarına uygulanan aile desteği müdahalesinin psikolojik sıkıntıyı azaltmada önemli ölçüde azaltmadığı (White ve ark., 2018), başka bir çalışmada (Carson ve ark., 2016) bilgilendirici ve duygusal destek toplantılarının anksiyete ve depresyonu anlamlı düzeyde azaltmadığı belirtilmiştir. Başka bir çalışmada (Jones ve ark., 2004) tarafından kritik hastalığı olan bireylerin yakınlarının psikolojik sıkıntısını azaltmak için bilgi sağlamaya dayalı bir programın etkisinin değerlendirildiği bir çalışmada kaygı düzeylerini azaltmada etkili olmadığı belirtilmiştir.

Neuman'a göre insan, uyumu ve dengeyi sağlayabilmek için iç ve dış çevresi ile sürekli etkileşim halinde olan açık bir sistemdir. NSM'ye göre, her birey sisteminin bir temel yapısı bulunmakta ve bu temel yapı birbirini izleyen hatlarla çevrelenmektedir. Bu hatların her biri her biri fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, gelişimsel ve manevi değişkenler gibi beş boyut ile donanımlıdır. NSM'de psikolojik değişkenler, çevre ile etkileşim içinde bilişsel süreçleri, içten ve dıştan gelen dinamik çevresel etkileri ifade etmektedir (Neuman ve Fawcett, 2011). Birey bu değişkenlerle sahip olduğu potansiyele göre stresörlere yanıt vermektedir. Bu çalışmada yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin psikolojik değişkenleri desteklenerek birincil ve ikincil koruma sağlanması amaçlanmış ve bu değişkenleri geliştirmeye, etkinliğini artırmaya, esnek savunma hattını ve normal savunma hattını güçlendirmeye yönelik duygusal destek, stres yönetiminde duyguya ve düşünceye yönelik etkili başa çıkma yöntemleri, spiritüel destek sağlanmasına yönelik hemşirelik girişimleri uygulanmıştır (Erdemir ve ark., 2017; Erdemir ve Türk, 2021). Bu çalışmadan elde edilen bulgulara göre yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerindeki anlamlı düzeyde psikolojik sıkıntıdaki azalma, NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitimin yoğun bakımdaki bireylerin eşlerinin stres faktörlerine karşı savunma ve direnç hatlarını güçlendirdiğini göstermektedir. Bu doğrultuda yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin psikolojik sıkıntı düzeylerinin azaltılmasında NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programlarının uygulanabileceği söylenebilir.

Yoğun bakımda yatan bireylerin yakınlarıyla yapılan bir çalışmada (Turner-Cobb ve ark., 2016) yoğun bakım deneyiminin yoğun bakımda yatan bireylerin yakınları

üzerinde psikolojik ve fizyolojik etkileri olduğu belirtilmektedir. Bu çalışmanın NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programı sonrası elde edilen nitel bulguları, yoğun bakım deneyiminin yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin üzerindeki psikolojik etkileri hakkında önemli sonuçlar ortaya koymaktadır. Bireyin psikolojik olarak strese direnci ve stres karşısında verdiği duygusal tepkiler psikolojik değişkenlerle ilgilidir (Fawcett, 2006). Çalışmanın nitel bulguları, yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programı sonrasında eşinin sürecine ilişkin azalmış kaygı, baş etmeye ilişkin güçlenme ve çevreye ilişkin artmış empati konusunda duygusal tepkileri olduğunu ortaya koymuştur. Bu çalışmanın nitel bulguları, yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programı sonrası duyguları ifade edebilme, kabullenme, kendine bakım, maneviyata yönelme ve sosyal destek olarak stresle başa çıkma stratejilerini geliştirdiğini ortaya koymuştur.

Blok ve arkadaşları (2023) tarafından yoğun bakımda 72 saatten fazla mekanik ventilasyon alan bireylerin aile bakım verenlerinde psikolojik sıkıntıyı etkileyen faktörleri inceleyen nitel bir çalışmada, kaygı düzeyi yüksek olan aile üyeleri arasında psikolojik sıkıntıyı etkileyen belirgin faktörlerin kritik hastalık durumu, sağlık ekibi süreçleri, alınan bakım kararları, ekonomik kaygılar, aile süreçlerindeki bozulma ve yeni sorumluluklar etrafındaki belirsizlikler olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada (Blok ve ark., 2023) kaygı düzeyi düşük olan aile bakım verenlerinin kaygılarını sıkıntı olarak ifade etmek yerine, duygularını ve hayal kırıklıklarını dile getirdikleri ve kaygılarını azaltmak için harekete geçtikleri belirtilmiştir. Benzer şekilde Naef ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan hemşire liderliğindeki aile destek müdahalesinin sonunda yoğun bakımda yatan bireylerin yakınlarıyla yapılan görüşmelerde müdahaleyi alan aileler kendilerine bakıldığını, iyi bilgilendirildiklerini ve daha iyi başa çıkabildiklerini belirtmişlerdir. Başka bir çalışmada (Cherak ve ark., 2021), kritik hastaların bakım verenlerine uygulanan ruh sağlığı müdahalelerinin kaygıyı ve depresyonu azalttığı, yanı sıra insanlık (sevgi, nezaket vb.) ve aşkınlık (minnettarlık, umut vb.) gibi olumlu psikolojik adaptasyonları geliştirdiği bildirilmiştir. Başka bir çalışmada (Cairns ve ark., 2019), duygusal farkındalığa odaklı stres yönetimi eğitimi sonrası yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinde stres düzeylerinin yoğun bakım yatış sırasında azaldığı bulunmuş ve stres yönetimi eğitim programlarının yoğun bakım sonrası aile üyelerinin psikolojik sonuçlarını iyileştirebileceği belirtilmiştir. Yoğun

bakımda yatan bireylerin ailelerinin problem odaklı başa çıkma tarzlarını kullanmasının psikolojik sıkıntı düzeylerini azalttığı belirtilmiştir (Wartella ve ark., 2009). Yapılan çalışmalarda (Cherak ve ark., 2021; Naef ve ark., 2021), stresle başa çıkma yöntemlerinin öğrenilmesinin ve uygulanmasının, hasta yakınlarının genel ruhsal sağlıkları üzerinde olumlu etkileri olduğunu göstermektedir. Bu çalışmadan elde edilen bulgulara göre, yoğun bakımda bulunan bireylerin eşlerinin yaşadığı psikolojik sıkıntıların, NSM'ye dayalı stresle başa çıkma teknikleri ile önemli ölçüde azaltılabileceğini göstermektedir. Bu durum, sağlık hizmetlerinin sunumunda yoğun bakım ünitelerinde eşlere yönelik stres yönetimi programlarının entegre edilmesinin önemini vurgulamaktadır.

Yoğun bakımda yatan bireyin kritik hastalık durumu ve iyileşmesinin belirsizliği, eşlerin deneyimlediği duygusal tepkinin yoğunluğunu artırabilmektedir (Rückholdt ve ark., 2019). Bu çalışmada bazı katılımcılar, eşinin sürecine yönelik azalmış kaygı ve baş etmeye ilişkin güçlenmenin yanı sıra eşinin kaybedilmiş sağlığına ilişkin acı çektiğini ve kendi sürecine ilişkin gelecek kaygılarının olduğunu ifade etmişlerdir. Bu bulgular, yoğun bakımdaki bireylerin karşılaştığı karmaşık duygusal süreçleri vurgular ve hem acil hem de uzun vadeli psikolojik ihtiyaçların ele alınmasının önemini vurgulamaktadır (Wang ve ark., 2023; Gil-Juliá ve ark., 2021). Neuman, bir stresörden şüphelenildiğinde veya tanındığında müdahalenin başlatılmasını belirtmektedir. Bu müdahaleler, direnç hattı etkilenmeden önce veya sonra hem tepki hem de yeniden yapılandırma aşamalarında gerçekleşebilir. Hemşirelerin, birey sistemine yönelik stresörlerin etkisinin azaltılmasını ve adaptasyon mekanizmalarının güçlendirilmesini amaçlayan girişimlerle bireyleri desteklemeleri önemlidir (Fawcett ve Garity, 2009; Neuman ve Fawcett, 2011). Bu nedenle bu çalışmada, bireyin denge ve uyumunu etkileme potansiyeli olan ya da etkileyen stresörlere yönelik esnek savunma hattının ve normal savunma hattının güçlendirilmesi için stresörler ile karşılaştığı erken dönemde birincil ve ikinci korumaya ilişkin hemşirelik girişimleri uygulanmıştır. Bu çalışmada NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programı sonrası eşlerin kaygılarının azaldığını, baş etmeye ilişkin güçlenmelerini ve çevreye ilişkin artmış empati ifade etmesi psikolojik sıkıntı düzeylerindeki önemli düzeydeki azalma bulgusunu desteklediği, erken müdahale ile normal ve esnek savunma hattı ile direnç hatlarının güçlendirildiği ve temel yapının korunduğu düşünülmektedir.

5.2. Yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin stresle başa çıkma tarzları ve stresle başa çıkma deneyimleri

Bu çalışmada, yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerine uygulanan NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitimin stresle başa çıkma tarzları üzerindeki etkisini incelenmiştir. Çalışmanın bulguları, NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programının bu bireylerin stresle başa çıkma tarzlarını geliştirmesinde anlamlı düzeyde bir etkiye sahip olduğunu ortaya koymuştur. Başa çıkma tarzı, bireyin stresörler ile etkileşimini karakterize eden istikrarlı bir başa çıkma tarzını başa çıkma stratejisi ise bireylerin belirli stresli durumları yönetmek için kullandıkları başa çıkma becerileri veya tekniklerini içermektedir (Moos ve Holahan, 2003; Shikai ve ark., 2014). Bu çalışmadan elde edilen nicel veriler yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin stresle başa çıkma tarzlarını, nitel veriler ise eşlerin stresle başa çıkma stratejilerini ortaya çıkarmıştır. Dolayısıyla bu çalışma eşlerin başa çıkmalarını hem nicel hem de nitel boyutta derinlemesine ele alınması açısından önemlidir.

Bu çalışmadan elde edilen bulgular, NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programı sonrasında, eşlerin problem odaklı başa çıkma tarzları olan kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama tarzlarını daha sık kullandığını, buna karşın duygu odaklı başa çıkma tarzları olan çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım tarzlarını daha az kullandığını göstermiştir. Yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin yüksek düzeyde psikolojik sıkıntı yaşadıkları ve stresle başa çıkma tarzlarında etkisiz yöntemleri kullandıkları belirtilmektedir (Rückholdt ve ark., 2019). Aynı çalışmada stresle başa çıkmada dikkati başka yöne çekme gibi yaklaşımların daha düşük psikolojik sıkıntıyla, kaçınmacı başa çıkma yaklaşımının ise daha yüksek psikolojik sıkıntıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (Rückholdt ve ark., 2019). Koukouli ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan bir çalışmada kritik hastalığı olan bireylerin yakınlarının yoğun olumsuz duygular deneyimlediklerini ve etkisiz başa çıkma tarzlarını kullandıkları belirtilmiştir. Başka bir çalışmada (Petrinec ve ark., 2015), yoğun bakımda yatan bireylerin yakınlarının stresle başa çıkmada en sık kullandığı başa çıkma tarzının problem odaklı başa çıkma tarzı olduğu ortaya konulmuştur.

Bu çalışmadan elde edilen bulgulara göre, NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programlarının, etkili stresle başa çıkma tarzlarının kullanımını artırabileceğini ve stresle baş etmede kullanılan etkisiz yöntemlerin kullanımını azaltabileceğini

göstermektedir. Cairns ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan bir çalışmada, duygusal farkındalığa odaklı stres yönetimi eğitimi sonrası yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin stres düzeylerinin azaldığı bildirilmiştir. Yoğun bakımda yatan bireylerin yakınlarının hemşireler tarafından bilgi gereksinimleri karşılandığında stresle başa çıkmada daha etkili yöntemleri kullandıkları bildirilmiştir. (Kirshbaum-Moriah ve ark., 2016). Chiang ve arkadaşları tarafından (2016) yoğun bakımda yatan bireylerin aile bakım verenlerinin stres ve kaygısını yönetmek için uygulanan bilişsel-davranışçı psikoeğitim programının bilgi, destek ve konfor memnuniyetini artırdığı bununla birlikte stres, anksiyete ve depresyon düzeylerini azalttığı belirtilmiştir. Başka bir çalışmada (Chang ve ark., 2018) yoğun bakımda yatan bireylerin yakınlarına bilgilendirmenin stresle başa çıkmada etkili yöntemleri kullanılmasını artırdığı belirtilmiştir. Kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım, bireylerin stresle başa çıkma süreçlerinde etkili birer baş etme yöntemi olarak tanımlanmaktadır (Lazarus, 1995; Connor-Smith ve Flachsbart, 2007). Bu yaklaşımlar, stresli durumlarla karşılaşıldığında problem çözme becerilerini geliştirir ve stresle başa çıkmayı ve uyumu kolaylaştırır (Carver ve Scheier, 2018). Benzer şekilde, sosyal destek arama yaklaşımı, bireylerin stresle başa çıkma yöntemleri arasında önemli ve etkili bir rol oynar ve sosyal destek arayan bireylerin genel psikolojik iyilik halleri genellikle daha yüksektir (Thoits, 2011).

Yoğun bakımda yatan bireylerin yakınlarının başa çıkma tarzlarını incelediği bir çalışmada (Özçelik ve Erdoğan, 2022) en sık kullanılan yaklaşımın problem odaklı başa çıkma yöntemlerinden kendine güvenli yaklaşımı kullandığı, bunu duygu odaklı başa çıkma yöntemlerinden çaresiz yaklaşımının takip ettiği belirlenmiştir. Aynı çalışmada, bireylerin stresle başa çıkmak için çaresiz yaklaşımı ve boyun eğici yaklaşımı kullandıkları; bu süreçte bilgi gereksinimlerinin arttığı ve gereksinimleri karşılandığında problem odaklı başa çıkma tarzları olan kendine güvenli yaklaşım ve sosyal destek yaklaşımını kullanmaya başladıkları bildirilmiştir. Stresle baş etmeye yönelik yapılan psikoeğitim müdahalelerinde, çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım tarzlarının azalması, psikoeğitim programlarının etkinliğini vurgulayan önemli bir bulgudur (Dunkel-Schetter, 2018). Yoğun bakım ünitesinde yapılan çalışmada, kritik hastalığı olan bireylerin yakınlarının stresle başa çıkmada etkisiz başa çıkma tarzlarından çaresiz ve boyun eğici yaklaşımları kullandığı, bilgi ve iletişim gereksinimleri karşılandığında daha iyimser yaklaşımı kullandıkları

bildirilmiştir (Kirshbaum-Moriah ve ark., 2016). Bu çalışmada, yoğun bakımda yatan bireylerin eşleri NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim sonrası stresle baş etmede çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşımı daha az kullanmaya başlamaları eşlerin stresle daha etkili baş etmelerini sağlamış olabileceği söylenebilir.

Yapılan çalışmalarda (Olabisi ve ark., 2020; Rückholdt ve ark., 2019; Chang ve ark., 2021; Frota ve ark., 2021; Schlieper, 2021) yoğun bakımda yatan bireylerinin yakınlarının stresle başa çıkma tarzlarının psikolojik sonuçları üzerindeki etkisi geniş bir şekilde ele alınmıştır. Yoğun bakımda yatan bireylerin aile üyelerinin stres yönetiminde hemşirelik müdahalelerine ilişkin yapılan bir çalışmada (Gonçalves ve ark., 2017) aile üyelerinin bakım planına dahil edilmesinin stres düzeyini azalttığı bildirilmiştir. Stresle başa çıkmada kullanılan kendine güvenli, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımları genellikle daha iyi psikolojik sonuçlar ve etkili stres yönetimi ile ilişkilendirilir (Carver ve ark., 1989, Schlieper, 2021). Erol ve Kublay (2019) tarafından yoğun bakımda yatan beylerin yakınlarının ruhsal sağlık durumlarının ve stresle başa çıkma tarzlarını incelendiği bir çalışmada, kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım tarzını kullananların daha düşük ruhsal rahatsızlık riski ile ilişkilendirilmiştir. Aynı çalışmada çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımını kullananların daha yüksek ruhsal rahatsızlık yaşama riskiyle ilişkilendirilmiştir (Erol ve Kublay, 2019). Yapılan bir çalışmada (Wartella ve ark., 2009) yoğun bakımda yatan bireylerin ailelerinin problem odaklı başa çıkma tarzları kullanmasının psikolojik sıkıntı düzeylerini azalttığını göstermiştir. Bununla birlikte duygu odaklı başa çıkma stratejilerini kullanan aile üyelerinin anlamlı düzeyde kaygı ve stres yaşadıkları bildirilmiştir (Olabisi ve ark., 2020). Stresle başa çıkmada etkili yöntem olan kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşımı kullanan bireylerde strese dayanıklılık artarken ve stresin olumsuz etkileri azalmaktadır (Scheier ve Carver, 1985; Rückholdt ve ark., 2019). Stresle başa çıkmada kullanılan etkisiz yöntem olan çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım stres seviyesinin artması ve psikolojik sıkıntının şiddetlenmesine neden olabilmektedir (Johansson ve ark., 2002; Olabisi ve ark., 2020; Schlieper, 2021; Frota ve ark., 2021;). Stresle başa çıkmada etkisiz yöntem olan, çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşımı kullanan bireylerin bu yöntemleri kullanmalarındaki azalma stresle etkili başa çıkmada önemlidir.

NSM’de hemşire, sistemin dengesinin sürdürülebilmesi için birey, çevre, sağlık ve hemşirelik arasında bağlantılar yaratarak denge ve uyumu sağlamaya destek olmaktadır (Neuman ve Fawcett, 2011). Bu nedenle, bireyin denge ve uyumunu etkileme potansiyeli olan ya da etkileyen stresörlere yönelik koruyucu önlemlerin gerçekleştirmesi önemlidir. NSM’de birincil ve ikincil korumada savunma hatlarını güçlendirmek için bireylerde stresi azaltabilecek etkili başa çıkma tarzlarını geliştirmenin önemi vurgulanmaktadır (Fawcett ve Garity, 2009; Neuman ve Fawcett, 2011). Bu nedenle, bireyin denge ve uyumunu etkileme potansiyeli olan ya da etkileyen stresörlere yönelik esnek savunma hattının ve normal savunma hattının güçlendirilmesi için birincil ve ikinci korumaya ilişkin hemşirelik girişimlerinin uygulanması önemlidir. Bu bağlamda uygulanan NSM’ye temellendirilmiş psikoeğitimde bireyin stres ve stres kaynaklarını, belirtilerini, stres ve anksiyetenin azaltılması, stres yönetiminde duyguya ve düşünceye yönelik etkili başa çıkma tekniklerini tanınması, spiritüel destek sağlanmasına yönelik hemşirelik girişimleri uygulanmıştır. Bununla birlikte bireyin fizyolojik ve psikolojik değişkenlerini güçlendirmeye yönelik stres ve anksiyetenin azaltılması, psikolojik rahatlığı geliştirmeye (gevşeme terapisi), fiziksel rahatlığı geliştirme (kaslarda progresif gevşemenin sağlanması), fiziksel egzersizi geliştirmeye yönelik stres yönetiminde bedene yönelik etkili başa çıkma teknikleri uygulanmıştır.

Programda bireyin sosyokültürel ve psikolojik değişkenlerini güçlendirmeye ve duruma yönelik baş etme yöntemlerinin geliştirilmesi amacıyla birincil ve ikincil koruma düzeyinde stres ve anksiyetenin azaltılması, sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesi, aile süreçlerin sürdürülmesi ve ümit aşılmasına yönelik hemşirelik girişimlerinin uygulanarak esnek ve normal savunma hattının güçlendirilmeye yönelik hemşirelik girişimleri uygulanmıştır. Bu çalışmanın bulguları, NSM’ye temellendirilmiş psikoeğitim programının yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin stresle başa çıkma yöntemlerini olumlu yönde değiştirme potansiyelini olduğunu desteklemektedir. Bu bağlamda, stresle başa çıkma tarzlarının gelişmiş olması psikolojik değişkenler ve spiritüel değişkenlere yönelik uygulanan girişimlerin esnek savunma hattı ve normal savunma hattı üzerine birincil ve ikincil koruma düzeyinde koruma sağladığı ve direnç hatlarını güçlendirdiğini göstermektedir.

Çalışmadan elde edilen nitel bulgular, yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin stresle başa çıkma deneyimleri ve bakış açıları hakkında önemli veriler sağlamıştır. Katılımcılar, program süresince deneyimledikleri stresle baş etme yöntemlerinin (duyguları ifade etme, kabullenme, kendine bakım, maneviyata yönelme ve sosyal destek alma) streslerini yönetmede etkili olduğunu bildirmişlerdir. Turner-Cobb ve arkadaşları (2016) tarafından yoğun bakımda yatan bireylerinin deneyimlerinin psikobiyolojik etkisinin karma yöntem deseninde incelendiği bir çalışmada, yoğun bakıma kabul edilen bireyin yakınları, yatıştan sonraki 48 saat içinde değerlendirilmiştir. Aynı çalışmada yapılan görüşmelerden elde edilen nitel bulgular yoğun bakım ortamı, duygusal tepkiler, aile ilişkileri ve sosyal destek temaları ortaya çıktığı, nicel bulgular ise yüksek düzeyde kaygı, depresyon ve travma semptomları olduğunu gösterilmiş, en sık kullanılan durumsal başa çıkma tekniklerinin kabul, tavsiye, bilgi yoluyla destek arama ve madde kullanımı olduğu bildirilmiştir (Turner-Cobb ve ark., 2016). Benzer şekilde Chan ve Twinn (2007) tarafından yapılan bir çalışmada yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin sıklıkla kullandığı başa çıkma stratejilerinin; bilgi edinme, destek alma, kültürel inançlara ve uygulamalara güvenme, dini inançlara yönelme, umudu sürdürme ve hastalığı kabullenme olduğu belirlenmiştir. Yoğun bakıma yatan bireylerin ailelerinin sosyal desteğinin olması, hasta ile yakınlığı, önceki yoğun bakım deneyimi ve karar verici rolü olmasının kullandıkları başa çıkma stratejilerini etkileyen önemli faktörler olduğu belirtilmektedir (Rückholdt ve ark., 2019).

Yapılan çalışmalarda (Netzer, 2012; Netzer ve Sullivan, 2014) yüksek düzeyde stres ve olumsuz duyguların stresle başa çıkma mekanizmalarını önemli düzeyde engelleyebileceği bildirilmiştir. Diğer taraftan başa çıkma mekanizmasını tetikleyen durumun kendisinden ziyade algılanma biçimi olduğu belirtmektedir (Folkman, 1984). Johansson ve arkadaşları (2002) tarafından başa çıkma stratejilerini ortaya çıkarmak için yapılan temellendirilmiş bir kuram çalışmasında yoğun bakımda yatan bireylerin yakınlarının destek kaynakları dış kaynaklar (sosyal desteği kullanma-sosyal desteği dışlama) ve iç kaynaklar (duygusal süreç- entelektüel süreç) iki ana kategori altında verilmiştir. Aynı çalışmada bireylerin başa çıkma stratejileri duyguları hafifletme, duygulara hâkim olma, duyguları geri dönüştürme, duyguları dışlama olarak dört boyut altında toplanmıştır (Johansson ve ark., 2002). Duyguları hafifletme başa çıkma stratejisini kullanan bireylerin stresörler ile karşılaştıklarında duygu odaklı başa çıkma

yöntemlerini (Lazarus ve Folkman, 1984) kullanarak stres ve kaygı düzeylerini azaltmak için harekete geçtikleri belirtilmektedir (Johansson ve ark.,2002). Bu nedenle, duygularını hafifleten bireylerin, kişi-çevre ilişkisini yönetmek veya değiştirmek için problem odaklı başa çıkma yöntemlerini (Lazarus ve Folkman, 1984) kullanarak duygulara hâkim olma başa çıkma stratejisini kullandığı belirtilmektedir. Duyguları geri dönüştürme başa çıkma stratejisine sahip bireylerin, sosyal sorunlarla zor bir yaşamları olduğu, başa çıkma becerilerinin zayıf olduğu, durumu yönetmede zorlandıkları ve duygusal olarak ilerleme kaydedemedikleri belirtilmiştir (Johansson ve ark., 2002). Duyguları dışlama başa çıkma stratejisine sahip bireylerin, kritik hastalığın ciddiyetinin duygusal bir sorun olduğunu kavrayamadıkları ve bu nedenle durumu kolay bir şekilde deneyimledikleri belirtilmiştir (Folkman, 1984). Rahmati ve arkadaşları (2017) tarafından yoğun bakım ünitesinde yatan bireylerin aile üyelerinin dayanıklılığı üzerindeki dini ve manevi müdahalelerin etkinliğinin incelendiği bir çalışmada manevi-dini müdahalelerin dayanıklılığı artırmada önemli ölçüde etkili olduğu gösterilmiştir. NSM’de spiritüel değişkenler, bireyin temel yapısının komponenti olarak doğuştan gelen bir bileşendir ve bireyin manevi yapısını, inançlarını ve bunların etkilerini ifade etmektedir (Neuman & Fawcett, 2011). Dolayısıyla stresörler bu bireylerin esnek savunma hattı ve normal savunma hattını etkileyebileceğinden dolayı bu hatları güçlendirmek amacıyla psikolojik ve spiritüel değişkenlere yönelik birincil ve ikincil koruma düzeyinde hemşirelik girişimleri uygulanmıştır. Dolayısıyla bu çalışmada yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin duygularını ifade etme, kabullenme, kendine bakım, maneviyata yönelme ve sosyal destek alma gibi stresle başa çıkma stratejilerini yoğun bakım deneyimi sırasında kullanmalarında NSM’ye temellendirilmiş psikoeğitim programını etkisi olduğunu söyleyebiliriz.

Nicel ve nitel bulgulardan elde edilen verilere göre yoğun bakımda yatan bireylerin eşleri NSM’ye temellendirilmiş psikoeğitim programı sonrasında etkili stresle başa çıkma stratejilerini geliştirdiklerini göstermektedir. Bununla birlikte nitel bulgulardan elde edilen sonuçlara göre eşlerin yoğun bakım sürecine ilişkin duygusal tepkileri farklı ve çok boyutlu olduğu görülmüştür. Yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin NSM’ye temellendirilmiş psikoeğitim sonrası duygusal tepkilerinin eşinin sürecine ilişkin azalmış kaygı, baş etmelerinde güçlenme, empati yapabilme becerisinde artışın yanı sıra bazı katılımcılar eşinin kaybedilmiş sağlığına ilişkin acı çektiğini ve kendi

sürecine ilişkin gelecek kaygılarının olduğunu ifade etmişlerdir. Matt ve arkadaşları (2017), yoğun bakımda yatan bireylerin yakınlarında en yaygın stres faktörünün çaresizlik ve belirsizlik duygusu olduğunu belirtmiştir. Eggenberger ve arkadaşları (2007) tarafından yapılan bir çalışmada, yoğun bakımda yatan hastaların ailelerinin deneyimleri incelenmiştir. Aile üyeleri, hastalık sürecinde çaresizlik duygusu yaşarken, aynı zamanda diğer aile üyelerine karşı sorumluluklarını yerine getirmeye çalıştıklarını, bu süreçte çaresizlik duyguları ile bu duyguları hafifletme çabası arasında gidip geldiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca, kritik hastalığa sahip yakınlarına karşı duydukları bağlılık nedeniyle hem kendileri hem de hasta ile acı çektiklerini ifade etmişlerdir (Eggenberger ve ark., 2007). Literatürde yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin de benzer şekilde duygusal tepkilerinin, yoğun bakım deneyiminde karşılaştığı duygu karmaşıklığının sonucu olduğu ve hem acil hem de uzun vadeli psikolojik ihtiyaçlarının ele alınmasının önemli olduğu belirtilmektedir (Turner-Cobb ve ark., 2016). Yoğun bakım süreci, yoğun bakımda yatan bireylerin eşleri için karmaşık duygular yaratırken, aynı zamanda aile ilişkilerini de güçlendirebilir (Nelderup ve Samuelson, 2020; Gil-Juliá ve ark., 2021). Eşler, doğru zamanda ve uygun şekilde psikososyal destek aldıklarında bu karmaşık duyguları hafifleyebilir (Black ve ark., 2011). Bu destek, onların geleceğe daha olumlu bakmalarını sağlarken, stresle başa çıkmalarını da kolaylaştırabilir (Nelderup ve Samuelson, 2020).

Haine ve arkadaşları (2015) tarafından en az 48 saat mekanik ventilasyon alan yoğun bakıma yatan bireylerin yakınlarının psikososyal sonuçlarını incelediği bir çalışmada, depresif semptomların yoğun bakım sırasında %75,5 ve 1 yıllık takipte %22,8-29 yaygınlık oranıyla en sık bildirilen sonuç olduğu, en büyük risk döneminin ise hastanın yoğun bakıma kabulü sırasında olduğunu bildirilmiştir. Yapılan bir çalışmada (Turner-Cobb ve ark., 2016) yoğun bakıma kabul edilen bireyin yakınları, yatıştan sonraki 48 saat içinde değerlendirilmiş ve stresle başa çıkmada kaçınma yaklaşımının gün boyunca daha yüksek kortizol seviyeleriyle, sosyal destek ve dikkatini başka yöne çekerek stresle başa çıkma yaklaşımını daha düşük kortizol seviyeleriyle ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Frota ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan bir çalışmada, yoğun bakımda yatan bireylerin yakınlarının en çok kullandığı başa çıkma stratejilerin kaçınma, problem çözme ve sosyal destek olduğu, duyguları yönetmek için genellikle duygu odaklı stratejiler kullandıkları belirtilmiştir. Aynı çalışmada (Frota ve ark., 2021) duyguya odaklı başa çıkma stratejilerinin doğrudan stres

kaynağını ortadan kaldırmadığı, stres ve gerginlikten kaynaklanan semptomları azaltabileceği ve bu stratejilerin kullanımının başlangıçta bireylerin psikososyal yönetimi için gerekli olduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte uzun vadede bireylerin duygu odaklı başa çıkma yöntemleri yerine problem odaklı başa çıkma yöntemlerini kullanmaları stresle etkili başa çıkmalarını sağlamaktadır. Dolayısıyla yoğun bakım süresince eşlerin etkili başa çıkma yöntemlerini öğrenmeleri ve uygulamaları için desteklenmeleri önemlidir. Neuman'a göre stresörler ile karşılaşan bireyin etkilenme düzeyi stresörlerle baş etme yeteneğine ve algısına bağlıdır. Bu nedenle, bireyin denge ve uyumunu etkileme potansiyeli olan ya da etkileyen stresörlere yönelik koruyucu önlemlerin gerçekleştirmesi önemlidir (Neuman ve Fawcett, 2011). Chan (2005) tarafından yapılan bir sistematik çalışmada, hasta eğitimi ve progresif kas gevşemesinin psikoeğitim programlarını etkinliğini olumlu yönde etkilediği bildirilmiştir. Bu çalışmada uygulanan NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programı ağırlıklı olarak fizyolojik, psikolojik, spiritüel ve sosyal değişkenlere odaklanmakta hem savunma hem de direnç hatlarını güçlendirdiği için tüm değişkenlere (fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, spiritüel ve gelişimsel) katkıda bulunduğunu ve stresle etkili başa çıkma tarzlarını ve stratejilerini geliştirdiğini söylenebilir.

Bu çalışmadan elde edilen nitel verilere göre, yoğun bakımda yatan bireylerin eşleri stresle başa çıkmada sosyal destek aldıklarını bildirmişlerdir. Sosyal destek, bireylerin kendilerine değer verildiğini, sevildiğini ve saygı duyulduğunu hissetmelerini sağlarken, aynı zamanda bir iletişim ve karşılıklı yükümlülük ağına dahil olmalarını da sağlamaktadır (Cobb, 1976). Johansson ve arkadaşları (2002) tarafından yapılan çalışmada; sosyal destek, yoğun bakıma yatan bireylerin yakınlarının başa çıkma stratejilerinin bildirilen tek dışsal yönü olarak belirlenmiştir. Sosyal desteği kullanan bireyler genellikle duyguları hafifletme ve duygulara hâkim olma başa çıkma stratejisini kullanırken, sosyal desteği dışlayan bireylerin daha çok duyguları geri dönüştürme ve duyguları dışlama başa çıkma stratejisini kullandıkları bildirilmiştir. Sosyal destek stresli durumlarla başa çıkmada tampon etkisi göstermektedir (Cohen ve Wills, 1985) . Hem duyguları hem de sosyal desteği dışlayan bireylerin durumu daha zor olarak deneyimledikleri bildirilmiştir (Johansson ve ark., 2002). Yoğun bakımda yatan bireylerin yakınlarıyla yapılan çalışmalarda (Carlson ve ark., 2015; Komachi ve Kamibeppu, 2015; Chang ve ark., 2018;), sosyal destek gereksinimleri

karşılandığında stresle daha etkili başa çıkabildikleri bulunmuştur. NSM’de sosyokültürel değişkenler, sosyal ve kültürel faktörlerin birleşimini ve etkilerini tanımlamaktadır (Neuman ve Fawcett, 2011). Bireylerin aile, arkadaşlar ve hatta profesyonel ilişkileri içeren sosyal çevre ile bağlantılılarının artırılması, sosyal ilişkilerin desteklenmesi dirençlerini arttırılabilmektedir (Turner ve Kaylor, 2015). Yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin bu süreçte yaşadığı sosyal ilişkilerinde değişimler, sosyal desteğin varlığı, sosyoekonomik ve sosyokültürel durumları bu değişkenler içinde yer almaktadır. Bu çalışmada, NSM’ye temellendirilmiş psikoeğitim programında bireyin sosyokültürel ve psikolojik değişkenlerini güçlendirmeye yönelik birincil ve ikincil koruma düzeyinde stres ve anksiyetenin azaltılması, sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesi, aile süreçlerin sürdürülmesi ve ümit aşılmasına yönelik hemşirelik girişimlerinin uygulanarak esnek ve normal savunma hattının güçlendirildiği düşünülmektedir. Bu doğrultuda bu çalışmadan elde edilen veriler doğrultusunda bireylerin stresle etkili başa çıkma tarzlarının ve stratejilerinin gelişmesi, NSM’ye temellendirilmiş psikoeğitim programının yoğun bakımda yatan bireylerde etkili olduğunu göstermektedir.

NSM’ye temellendirilmiş psikoeğitim programından sonra yoğun bakımda yatan bireylerin eşleri tıbbi bilgi, bakım organizasyonu ve koordinasyonu, psikososyal destek gereksinimi olmak üzere kapsamlı bir desteğe ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir. Yapılan bir çalışmada da (Chang ve ark., 2021) benzer şekilde yoğun bakımda yatan bireylerin yakınlarının sosyal destek kaynaklarına sahip olmalarına rağmen tıbbi bilgi gereksinimi, bakım organizasyonu gereksinimi ve psikolojik destek gibi ek desteğe ihtiyaç duydukları bildirilmiştir. Yoğun bakımda yatan bireylerin ailelerinin yoğun bakımda kalış süresi arttıkça bilgi gereksinimi ve psikososyal destek gereksiniminin arttığı belirtilmiştir (Erol ve ark., 2022). Matt ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan çalışmada yoğun bakımda yatan bireylerin yakınlarında bir stresöre maruz kalmanın 90 gün sonra travma sonrası stres bozukluğu ve anksiyete belirtilerinin olduğu görülmüştür. Yoğun bakım sırasında ve sonrasında eşlerin sağlık profesyonellerinden kapsamlı ve sürekli desteğe ihtiyaçları olduğu bildirilmiştir (Nelderup ve Samuelson, 2020). Bu bulgular yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerine yönelik yapılacak olan müdahalelerde eşlerin yaşadıkları deneyimleri ve gereksinimleri çok boyutlu ele almak açısından önemli bir bulgudur. Tıbbi bilgi ve bakım koordinasyonuna yönelik ifade edilen gereksinim, eşlere yönelik planlanan

müdahale programlarına taburculuk sonrası süreç için tıbbi bilgi, bakım ve koordinasyon içeriklerinin entegre edilmesi, psikososyal destek gereksinimine yönelik taburculuk sonrası bireylerin desteklenmesi ve uzun vadeli sonuçlarının değerlendirilmesi önerilmektedir. Bununla birlikte yoğun bakım hemşirelerinin yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin psikososyal bakımlarını desteklenmesinde KLP hemşireleri ile iş birliği yapması ve NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programından yararlanmaları önerilmektedir.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu araştırma, Neuman'ın Sistemler Modeline temellendirilmiş psikoeğitim programının yoğun bakım ünitesinde yatan bireylerin eşlerinin psikolojik sıkıntı düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bu araştırmanın özgün yönü, ulaşılabilen literatür doğrultusunda NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programının yoğun bakım ünitesinde yatan bireylerin eşlerinin psikolojik sıkıntı ve stresle başa çıkma tarzları üzerine etkisini inceleyen ilk doktora tez çalışması olmasıdır. Aynı zamanda araştırma metodolojisi kapsamında modele dayalı program geliştirilmesi ve araştırmanın etkinliğinin teknik eylem türünde incelenmesi açısından önemlidir. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar ve öneriler aşağıda özetlenmiştir.

6.1. Sonuçlar

- NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programı sonrası yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin psikolojik sıkıntısı düzeylerinin psikoeğitim uygulaması öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı belirlenmiştir.
- NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programı sonrası yoğun bakımda yatan bireylerin etkili stresle başa çıkma yöntemlerinden kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yöntemlerini psikoeğitim uygulaması öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla kullandıkları belirlenmiştir.
- NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programı sonrası yoğun bakımda yatan bireylerin etkisiz stresle başa çıkma yöntemlerinden çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım yöntemlerini psikoeğitim uygulaması öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha az kullandıkları bulunmuştur.
- NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programı sonrası eşlerle yapılan görüşmelerin nitel analizinde stresle başa çıkmada duyguları ifade edebilme, kabullenme, kendine bakım, maneviyata yönelme, sosyal destek alma stratejilerini deneyimlediklerini belirtmişlerdir.

- NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programı sonrası eşlerle yapılan görüşmelerin nitel analizinde eşin yoğun bakımda yatış sürecine ilişkin duygusal tepkilerinin; eşinin sürecine ilişkin azalmış kaygı, baş etmeye ilişkin güçlenme, eşinin kaybedilmiş sağlığına yönelik acı çekme, çevreye ilişkin artmış empati, kendi sürecine ilişkin gelecek kaygısı olduğu ortaya çıkmıştır.
- NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programı sonrası eşlerle yapılan görüşmelerin nitel analizinde tıbbi bilgi, bakım koordinasyonu ve organizasyonu ile psikososyal destek gereksinimleri olduğunu belirtmişlerdir.

6.2.Öneriler

- NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programının yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin psikolojik sıkıntılarının azaltılmasında uygulanması,
- NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programının yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin stresle etkili başa çıkabilme becerilerinin geliştirilmesinde uygulanması,
- Yoğun bakım hemşirelerinin yoğun bakımda yatan bireylerin eşlerinin psikolojik sıkıntılarının azaltılması ve stresle başa çıkma çözümlerinin geliştirilmesinde NSM'den yararlanmaları,
- NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programının eşlerin psikososyal destek gereksinimlerine yönelik taburculuk sonrası dönem için yeni eylem planlarının geliştirilmesi,
- NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programının etkinliğinin izlem çalışmalarıyla incelenmesi,
- Gelecek çalışmalarda, daha büyük ve çeşitli örneklemelerle yapılan araştırmalar ile NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programının uzun süreli etkilerinin değerlendirilmesi,
- NSM'ye temellendirilmiş psikoeğitim programının web tabanlı ve çevrimiçi müdahale çalışmalarıyla etkinliğinin incelenmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Abdul Halain A, Tang LY. Chong MC, Ibrahim NA, Abdullah KL. Psychological distress among the family members of Intensive Care Unit (ICU) patients: A scoping review. J Clin Nurs, 2022; 31(5–6), 497–507.

Acar G. Neuman'ın Sistemler Modeli'ne Temellendirilmiş Bakım Verenleri Güçlendirme Programının Bipolar Bozukluk Tanısı Alan Bireylere Ailede Bakım Verenlerin Relapsı Tanınması ve Yönetmesi Üzerine Etkisi, AKDÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2017, Antalya (Danışman: Prof. Dr. K Buldukoğlu, Prof. Dr. İ Günbayı).

Ågård AS, Egerod I, Tønnesen E, Lomborg K. From spouse to caregiver and back: A grounded theory study of post-intensive care unit spousal caregiving. Journal of advanced nursing, 2015; 71(8): 1892-1903.

Aker MA. Neuman'ın Sistemler Modeline Temellenmiş Hemşirelik Yaklaşımının İntrauterin İnseminasyon Tedavisi Alan Kadınlarda Stres ve Baş Etmeye Etkisi, AÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2021, Ankara (Danışman: Doç. Dr. F Özdemir).

Akhlaghi, E., Babaei, S., Mardani, A., & Eskandari, F. (2021). The effect of the Neuman systems model on anxiety in patients undergoing coronary artery bypass graft: A randomized controlled trial. Journal of Nursing Research, 29(4), e162.

Aktaş Y, Arabacı LB. Views of intensive care nurses on determining and meeting the psychological care needs of patients: a qualitative study. J Educ Res Nurs. 2023; 20(1): 44-51.

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.

Albayrak S. Okulda Uygulanan Zorbalığı Önleme Programının Zorbalığın Azaltılmasında Etkisi, MÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2012, İstanbul (Yard. Doç. Dr. S Erol).

Al-Mutair AS, Plummer V, O'Brien A, Clerehan R. Family needs and involvement in the intensive care unit: a literature review. *Journal of clinical nursing*. 2013;22(13-14):1805-1817.

Alsharari AF. The needs of family members of patients admitted to the intensive care unit. *Patient preference and adherence*. 2019;13: 465-473.

Altun Y, Ozen M, Kuloglu MM. Turkish adaptation of Kessler Psychological Distress Scale: validity and reliability study/Psikolojik Sikinti Olceginin Turkce uyarlamasi: Gecerlilik ve guvenilirlik calismasi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2019; 20(SI 1), 23–32.

Arslan Y, Yazıcı G. Yoğun bakım hemşirelerinin psikososyal bakım yaklaşımı ve konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliğinin rolü. *Türkiye Sağlık Araştırmaları Dergisi*. 2021; 2(2): 29-35.

Auerbach SM, Kiesler D J, Wartella J, Rausch S, Ward KR, Ivatury R. Optimism, satisfaction with needs met, interpersonal perceptions of the healthcare team, and emotional distress in patients' family members during critical care hospitalization. *American journal of critical care*. 2005;14(3): 202-210.

Aydın R, Kukulu K. The importance and process of using theory in nursing researches. *J Hum Sci*, 2020; 17(1), 389–403.

Aylward PD. *Nursing Theories and Nursing Practice in: Betty Neuman System Model and Global Applications*, Second Edition, Davis Company, Philadelphia, 2005; 281-292.

Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, Chevret S, Aboab J, Adrie C, ... & Schlemmer B. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *Am J Resp Crit Care Med*, 2005; 171(9), 987-994.

Başoğlu C. Neuman'ın Sistemler Modeline Temellendirilmiş Depresyonla Başa Çıkma Programı'nın Hastaların Başa Çıkma Stratejileri, Öz Saygı ve Depresyon Düzeylerine Etkisi, AKDÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2016, Antalya (Danışman: Prof. Dr. K Buldukoğlu; Yrd. Doç. Dr. M Çelik).

Bertalanffy LV. General System Theory Foundations, Development, Applications, George Braziller, Newyork. 1968; 3-52.

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

Blok AC, Valley TS, Weston LE, Miller J, Lipman K, Krein SL. Factors affecting psychological distress in family caregivers of critically ill patients: A qualitative study. *American Journal of Critical Care*. 2023;32(1):21-30.

Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (NIC) Çeviri ed: Erdemir F, Kav S, Akman Yılmaz A. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul; 2017.

Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. Nursing Interventions Classification (NIC). 7th ed. Missouri: Elsevier; 2013.

Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Nursing Interventions Classification (NIC). 8th ed. Missouri: Elsevier; 2018.

Caballero-Suárez NP, Barrientos-Casarrubias V, Gutiérrez-Velilla E, González Avilés LM, Pérez-López LD, Alvarado-De la Barrera C, ...Mora-Gallegos J. Anxiety and depression in family members of critically ill Covid-19 inpatients: brief psychological interventions via telephone, an exploratory study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2023;16: 3319-3331.

Cairns PL, Buck HG, Kip KE, Rodriguez CS, Liang Z, Munro CL. Stress Management Intervention to Prevent Post-Intensive Care Syndrome-Family in Patients' Spouses. *Am J Crit Care*. 2019;28(6): 471-476.

Çakır C. Kolaylaştırılmış Anlamlandırma Kuramına Temellendirilmiş “Aile Destek Programı”nın Yoğun Bakımda Yatan Hasta Ailelerinin Sıkışmışlık Hissine ve Kaygı Düzeyine Etkisinin İncelenmesi, AKDÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2023, Antalya (Danışman: Prof. Dr. K Buldukoğlu).

Can Ş. Individualised Care and the Neuman Systems Model. *J Tradit Med Complement Ther.* 2019;2(1):25–32.

Carlson EB, Spain D A, Muhtadie L, McDade-Montez L, Macia KS. Care and caring in the intensive care unit: Family members' distress and perceptions about staff skills, communication, and emotional support. *Journal of critical care.* 2015;30(3): 557-561.

Carpenito LJ. *Handbook of Nursing Diagnosis.* 15th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017.

Carpenito-Moyet LJ. *Hemşirelik Tanıları El Kitabı.* Erdemir F, Türk G. (eds), 15. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2021.

Carson SS, Cox CE, Wallenstein S, Hanson LC, Danis M, Tulskey JA, Chai E, Nelson J E. Effect of Palliative Care–Led Meetings for Families of Patients With Chronic Critical Illness: A Randomized Clinical Trial. *JAMA,* 2016; 316(1), 51–62.

Carter PA, Clark AP. Assessing and Treating Sleep Problems in Family Caregivers of Intensive Care Unit Patients. *Crit Care Nurse,* 2005; 25(1), 16–23.

Carver CS, Scheier MF and Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology.* 1989;56(2): 267.

Chan CW. Psychoeducational intervention: a critical review of systematic analyses. *Clinical Effectiveness in Nursing.* 2005; 9(3-4): 101-111.

Chan KS, Twinn S. An analysis of the stressors and coping strategies of Chinese adults with a partner admitted to an intensive care unit in Hong Kong: an exploratory study. *J Clin Nurs,* 2007; 16(1), 185–193.

Chang PY, Chang TH, Yu JM. Perceived stress and social support needs among primary family caregivers of ICU patients in Taiwan. *Heart & Lung.* 2021;50(4): 491-498.

Chang PY, Wang HP, Chang TH, Yu JM, Lee SY. Stress, stress-related symptoms and social support among Taiwanese primary family caregivers in intensive care units. *Intensive and Critical Care Nursing.* 2018;49: 37-43.

Cherak SJ, Rosgen BK, Amarbayan M, Wollny K, Doig CJ, Patten SB, ... Fiest KM. Mental health interventions to improve psychological outcomes in informal caregivers of critically ill patients: A systematic review and meta-analysis. *Critical care medicine*. 2021;49(9): 1414-1426.

Chiang VCL, Chien WT, Wong HT, Lee RLP, Ha J, Leung SSK, Wong, DFK. A brief cognitive-behavioral psycho-education (B-CBE) program for managing stress and anxiety of main family caregivers of patients in the intensive care unit. *International journal of environmental research and public health*, 2016; 13(10): 962.

Chien, W.T.; Chiu, Y.L.; Lam, L.W.; Ip, W.Y. Effects of a needs-based education programme for family carers with a relative in an intensive care unit: A quasi-experimental study. *Int. J. Nurs. Stud.* 2006, 43, 39–50.

Choi J., Donahoe MP, Hoffman, LA. Psychological and physical health in family caregivers of intensive care unit survivors: current knowledge and future research strategies. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 2016;46(2):159-167.

Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine*. 1976;38(5): 300–314.

Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*. 1985; 98(2): 310.

Connor-Smith JK, Flachsbart C. Relations between personality and coping: a meta-analysis. *Journal of personality and social psychology*. 2007;93(6):1080.

Coşan Yılmaz M. Neuman ve Omaha Hemşirelik Sistem Modellerinin Bakımın Sürekliliğinin Sağlanmasında Kullanımının Değerlendirilmesi, HÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2007, Ankara (Danışman: Doç. Dr. O N Emiroğlu).

Coşkun H, Kol E. Yoğun bakım ünitesinde hastası yatan aile üyelerinin gereksinimlerinin belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2021;18(1): 44-52

Creswell JW, Clark VLP. *Designing and conducting mixed methods research*. 3rd ed. Sage Publications; 2017.

Creswell JW, Clark VLP. *Karma yöntem araştırmaları tasarımı ve yürütülmesi*. Çeviren: Dede Y, Demir SB. Anı Yayıncılık; 2020.

Creswell JW. Araştırma deseni: Nitel, Nicel ve Karma Yöntem Yaklaşımları. Çeviren: Demir SB. Eğiten Kitap, Ankara; 2017.

Creswell JW. Nitel Araştırma Yöntemleri: Beş Yaklaşım Göre Nitel Araştırma ve Araştırma Deseni. Çeviren: Bütün M, Demir SB. Siyasal Kitabevi, Ankara; 2021.

Creswell JW. Nitel araştırmacılar için 30 temel beceri. Çeviren: Özcan H. Anı Yayıncılık; 2017.

Curtis JR, Treece PD, Nielsen EL, Gold J, Ciechanowski PS, Shannon SE, Khandelwal N, Young JP, Engelberg RA. Randomized trial of communication facilitators to reduce family distress and intensity of end-of-life care. *Am J Respir Crit Care Med*, 2016; 193(2), 154–162.

Dağ H. Neuman Sistemler Modeli'ne Göre İnfertil Kadınların Yaşadığı Stresörlerin İncelenmesi, EÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2014, İzmir (Danışman: Doç. Dr. O Kavlak, Prof. Dr. A Şirin).

Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, Puntillo KA, Kross EK, Hart J, ... & Curtis JR. Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU. *Critical care medicine*, 2017; 45(1), 103-128.

Davidson JE, Jones C, Bienvenu OJ. Family response to critical illness: Postintensive care syndrome–family. *Critical care medicine*, 2012; 40(2), 618-624.

Demir Barutcu C. Kalp Yetersizliği Olan Bireyin Bakım Verenlerine Uygulanan Destek Grup Girişiminin Hasta ve Bakım Veren Sonuçlarına Etkisi, DEÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2015, İzmir (Danışman: Doç. Dr. H Mert).

Demir G. Demanslı Yaşlıya Birincil Bakım Verenlerin Yüklerinin Azaltılmasında Neuman Sistemler Modelinin Etkisi, ERÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2012, Kayseri (Danışman: Prof. Dr. N Platin).

Diniz JDSP, Batista KDM, Luciano LDS, Fioresi M, Amorim MHC, Bringuento MEDO. Nursing intervention based on Neuman's theory and mediated by an educational game. *Acta Paul Enferm*, 2019; 32, 600-607.

Dithole K, Thupayagale-Tshweneagae G, Mgutshini T. Posttraumatic stress disorder among spouses of patients discharged from the intensive care unit after six months. *Issues Ment Health N*, 2013; 34(1), 30-35.

Donker T, Griffiths KM, Cuijpers P, Christensen H. Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: A meta-analysis. *BMC Medicine*, 2009; 7(1), 1–9.

Dural G. Kemoterapi Alan Hastalara Neuman Sistemler Modeli'ne Göre Verilen Eğitim ve İzlemin Öz Yeterlilik ve Semptom Kontrolüne Etkisi, İNÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2020, Malatya (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi S Çıtlık Sarıtaş).

Durepos P, Orr E, Ploeg J, Kaasalainen S. The value of measurement for development of nursing knowledge: Underlying philosophy, contributions and critiques. *J Adv Nurs*, 2018; 74(10), 2290–2300.

Dziadzko V, Dziadzko MA, Johnson MM, Gajic O, Karnatovskaia LV. Acute psychological trauma in the critically ill: Patient and family perspectives. *General hospital psychiatry*. 2017;47: 68-74.

Economou MP. Psychoeducation: a multifaceted intervention. *International Journal of Mental Health*, 2015; 44(4), 259–262.

Eggenberger SK, Nelms TP. Being family: the family experience when an adult member is hospitalized with a critical illness. *Journal of clinical nursing*, 2007; 16(9), 1618-1628.

Engström Å, Söderberg S. The experiences of partners of critically ill persons in an intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 2004; 20(5), 299–308.

Erol D. Yoğun Bakımda Yatan Hastaların Yakınlarının Ruhsal Sağlık Durumlarının ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi. DAÜ. Sağlık Bilimleri Fakültesi, Yüksek Lisans Tezi, 2019, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (Danışman: G Kublay).

Erol Ö, Yanık, YT, Yacan L. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların ailelerinin gereksinimleri. *Balkan Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2022;1(1): 11-20.

Esen H, Yiğit V. Yoğun Bakım Yatak Kullanım Verimliliğinin Pabon Lasso Modeli ile Değerlendirilmesi. *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2021; 1138–1150.

Fawcett J, Foust JB. Optimal aging: a Neuman systems model perspective. *Nurs Sci Quart*, 2017; 30(3), 269-276.

Fawcett J, Garity J. Evidence-Based Nursing Practice. In *Evaluating Research for Evidence-Based Nursing Practice*. F. A. Davis Company All; 2009(a).

Fawcett J, Garity J. Evidence-Based Nursing Practice. In *Evaluating Research for Evidence-Based Nursing Practice*. F. A. Davis Company All; 2009(b).

Fawcett J, Giangrande SK. Neuman Systems Model-Based Research: An Integrative Review Project, *Nursing Science Quarterly*, 2001;14(3): 231-238.

Fawcett J. Contemporary Nursing Knowledge- Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories. In *Clinical Kinesiology (2.)*. F. A. Davis Company Copyright; 2006.

Folkman S. Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *Journal of personality and social psychology*. 1984;46(4): 839.

Frivold G, Dale B, Slettebø Å. Family members' experiences of being cared for by nurses and physicians in Norwegian intensive care units: A phenomenological hermeneutical study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 2015; 31(4): 232–240.

Frivold G, Slettebø Å, Dale B. Family members' lived experiences of everyday life after intensive care treatment of a loved one: a phenomenological hermeneutical study. *Journal of Clinical Nursing*, 2016; 25(3–4): 392–402.

Frota OP, de Sene AG, Ferreira-Júnior MA, Giacon-Arruda BCC, Teston ÉF, Pompeo DA, de Paula FM. Coping strategies of family members of intensive care unit patients. *Intensive and critical care nursing*. 2021;63: 102980.

Fumis RRL, Ranzani OT, Martins PS, Schettino G. Emotional disorders in pairs of patients and their family members during and after ICU stay. *PloS one*, 2015;10(1): e0115332.

Fung YL, Chan Z, Chien WT. Role performance of psychiatric nurses in advanced practice: A systematic review of the literature. *Journal of psychiatric and mental health Nursing*. 2014;21(8); 698-714.

Garrouste-Orgeas M, Coquet I, Périer A, Timsit JF, Pochard F, Lancrin F, Philippart F, Vesin A, Bruel C, Blé Y, Angeli S, Cousin N, Carlet J, Misset B. Impact of an intensive care unit diary on psychological distress in patients and relatives. *Critical Care Medicine*, 2012; 40(7), 2033–2040.

Genç B, Demirbağ BC. Betty Neuman Sistem Modeli. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2018; 27(6), 434-440.

Genç Köse B, Demirbağ BC. Betty Neuman Sistem Modeli. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2018; 27(6), 434–440.

Gil-Juliá B, Bernat-Adell MD, Collado-Boira EJ, Moles Julio MP, Ballester-Arnal R. Psychological distress in relatives of critically ill patients: Risk and protective factors. *Journal of Health Psychology*. 2021;26(3): 449-464.

Giorgi A. The theory, practice and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *J Phenomenol Psychol*, 1997; 28(2), 235– 260.

Gonçalves JPA, Moura SMDC, Rabiais ICM. Integrative literature review-nursing interventions in the stress control of the family of the sick person in a critical condition. *International Journal of Nursing*. 2017;4(1): 27-37.

Grover S, Naskar C. Models of consultation-liaison psychiatry: A scoping review. *Journal of Mental Health and Human Behaviour*. 2023;28(2): 116-125.

Gu J, Wang H, Pei J, Meng J, Song Y. The dyadic coping experience of ICU transfer patients and their spouses: a qualitative study. *Nursing in Critical Care*, 2024; 29(4), 672-681.

Guest G, Bunce A, Johnson L. How Many Interviews Are Enough?: An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods*, 2006; 18(1), 59–82.

Günbayı I, Sorm S. Social paradigms in guiding social research design: The functional, interpretive, radical humanist and radical structural paradigms. *Online Submission*, 2018; 9(2), 57-76.

Gunbayı I, Yörük T, Vezne R. Improving Technical DrawingSkills of VET Teachers: An Action Research Project. *Online Submission*, 2017; 24(1), 77-91.

Gunbayi I. Action research as a mixed methods research: Definition, philosophy, types, process, political and ethical issues and pros and cons. JOMES, 2020; 2: 16-25

Gunbayi I. Knowledge-constitutive interests and social paradigms in guiding mixed methods research (MMR). JOMES, 2020; 1, 44–56.

Gürkan A. Bütüncül yaklaşım: yoğun bakımda hastası olan aile üyeleri. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 2009; 13(1), 1-5.

Haines KJ, Denehy L, Skinner EH, Warrillow S, Berney S. Psychosocial outcomes in informal caregivers of the critically ill: a systematic review. Critical care medicine. 2015;43(5): 1112-1120.

Haines KJ, Quasim T, McPeake J. Family and support networks following critical illness. Critical care clinics. 2018; 34(4): 609-623.

Hallaç S, Öz F. Aile kavramına kuramsal bir bakış. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2014; 6(2), 142-153.

Hannoodee S, Dhamoon AS. Nursing Neuman Systems Model. In: Stat Pearls. Stat Pearls Publishing, Treasure Island (FL); 2023.

Hansen L, Rosenkranz SJ, Mularski RA, Leo MC. Family perspectives on overall care in the intensive care unit. Nursing Research. 2016;65(6): 446-454.

Hayes K, Harding S, Blackwood B, Latour JM. How and when post intensive care syndrome-family is measured: A scoping review. Intensive and Critical Care Nursing. 2024;84: 103768.

Held N, Moss M. Optimizing Post-Intensive Care Unit Rehabilitation. Turkish Thoracic Journal, 2019; 20(2), 147.

Huang H, Dong H, Guan X, Zhang L, ...Zhou Q. The facilitated sensemaking model as a framework for nursing intervention on family members of mechanically ventilated patients in the intensive care unit. Worldviews on Evidence-Based Nursing. 2022;19(6): 467-476.

Hudson P, Trauer T, Kelly B, O'Connor M, Thomas K, Summers M, ...White V. Reducing the psychological distress of family caregivers of home-based palliative care patients: short-term effects from a randomised controlled trial. *Psycho-oncology*, 2013;22(9): 1987-1993.

Hupcey JE, Penrod J, Morse JM. Establishing and maintaining trust during acute care hospitalizations. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*. 2000;14(3): 227-242.

Hupcey JE, Penrod J. Going it alone: The experiences of spouses of critically ill patients. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2000;19: 44-49.

Hussin R, Hashim F. Communication Needs of Family Members with a Relative in Intensive Care Unit. *Journal of ASIAN Behavioural Studies*, 2017; 2(4), 19-28.

Hwang DY, El-Kareh R, Davidson JE. Implementing intensive care unit family-centered care: Resources to identify and address gaps. *AACN Advanced Critical Care*, 2017; 28(2), 148-154.

Iglesias MEL, Pascual C, de Bengoa Vallejo RB. Obstacles and helpful behaviors in providing end-of-life care to dying patients in intensive care units. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2013;32(2): 99-106.

Imanipour M, Kiwanuka F, Akhavan Rad S, Masaba R, Alemayehu, YH. Family members' experiences in adult intensive care units: a systematic review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2019;33(3): 569-581.

Inoue S, Hatakeyama J, Kondo Y, 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.

Işık K. Neuman Sistem Modeline Göre Evde Verilen Bakımın Hemodiyaliz Hastalarında Semptom Gidermeye ve Yaşam Kalitesine Etkisi, İNÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2017, Malatya (Danışman: Prof. Dr. B Erci).

Ivankova NV. Eylem Araştırmasında Karma Yöntem Uygulamaları, Yöntemden Topluluk Eylemine. Çeviren: Günbayı İ, Karadağ E. Vizetek Yayıncılık, Ankara; 2022.

Ivankova, NV. *Mixed Methods Applications in Action Research. From methods to community action.* Thousand Oaks, CA: Sage; 2015.

Johansson I, Hildingh C and Fridlund B. Coping strategies when an adult next-of-kin/close friend is in critical care: a grounded theory analysis. *Intensive and Critical Care Nursing.* 2002;18(2): 96-108.

Johansson I, Hildingh C, Wenneberg S, Fridlund B, Ahlström G. Theoretical model of coping among relatives of patients in intensive care units: a simultaneous concept analysis. *Journal of advanced nursing.* 2006;56(5): 463-471.

Johnson A. Eylem Araştırması El Kitabı (Uzuner, Y. & M. Öztan Anay, Eds.; 3. Basım). Anı Yayıncılık; 2019.

Johnson AP. Eylem araştırması el kitabı. Çeviren: Uzuner Y, Özten Anay M. A short guide to action research. 3. Basım. Anı Yayıncılık, Ankara; 2019.

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

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(6): 500-507.

Jones C, Bäckman C, Griffiths RD. Intensive Care Diaries and Relatives' Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder After Critical Illness: A Pilot Study. *American Journal of Critical Care,* 2012; 21(3), 172–176.

Jones C, Skirrow P, Griffiths RD, Humphris G, Ingleby S, Eddleston J, Waldmann, C, Gager M. Post-traumatic stress disorder-related symptoms in relatives of patients following intensive care. *Intensive Care Med.* 2004;30: 456–460

Karahan E, Akın N, Çelik S. Yoğun bakımda yatan hastaların deneyimleri ve aile gereksinimlerinin incelenmesi. Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2020; 6(2), 140-149.

Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SL, ... & Zaslavsky AM. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. Psychological medicine, 2002; 32(6), 959-976.

Khatiban M, Oshvandi K, Borzou SR, Moayed MS. Outcomes of Applying Neuman System Theory in Intensive Care Units: A Systematic Review. Journal of Critical Care Nursing, In Press(In Press), 2016.

Kirshbaum-Moriah D, Harel C, Benbenishty J. Family members' experience of intensive care unit support group: qualitative analysis of intervention. Nursing in Critical Care. 2018; 23(5): 256-262.

Kiwanuka F, Sak-Dankosky N, Alemayehu YH, Nanyonga RC, Kvist T. The evidence base of nurse-led family interventions for improving family outcomes in adult critical care settings: A mixed method systematic review. International journal of nursing studies. 2022; 125: 104100.

Kocaman N. Genel hastane uygulamasında psikososyal bakım ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.2005; 9(1):49-54.

Kocaman N. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği ve genel hastanede psikososyal bakım. Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Psikiyatri Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Özel Sayısı. 2006;47(2): 97-107.

Kocaman N. Yoğun bakım ünitesinde liyezon hemşireliği. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2007;11(1): 42-47.

Kocaman Yıldırım N, Terakye G. Konsültasyon liyazon psikiyatri hemşireliğinin bugünü ve geleceği. Türkiye Klinikleri J Psychiatr Nurs-Special Topics. 2017;3(1): 1-6.

Kocaman Yıldırım N. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliğinde terapötik uygulamalar. Türkiye Klinikleri J Psychiatr Nurs-Special Topics.2016;2(3):80-86.

Koffka K. Perception: An Introduction To The Gestalt Theorie, *Psychological Bulletin*, 1922;19(10): 531-578.

Komachi M, Kamibeppu K. Acute stress symptoms in families of patients admitted to the intensive care unit during the first 24 hours following admission in Japan. *Open Journal of Nursing*. 2015;5(4), 325-335.

Komachi MH, Kamibeppu K. Association between family functioning, resilience, and psychosocial burden among family members of patients in the intensive care unit: A cross-sectional study. *Journal of International Nursing Research*, 2023;2(2): e2022-0032.

Komachi MH, Kamibeppu K. Association between resilience, acute stress symptoms and characteristics of family members of patients at early admission to the intensive care unit. *Mental Health & Prevention*, 2018; 9: 34-41.

Konstanti Z, Gouva M, Dragioti E, Nakos G, Koulouras V. Symptoms of Cardiac Anxiety in Family Members of Intensive Care Unit Patients. *American Journal of Critical Care*, 2016; 25(5), 448–456.

Köse I, Zincircioğlu Ç, Öztürk YK, Çakmak M, Göldoğan EA, Demir HF, Şenoglu N, Erbay RH, 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.

Koukouli S, Lambraki M, Sigala E, Alevizaki A, Stavropoulou A. The experience of Greek families of critically ill patients: Exploring their needs and coping strategies. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2018;45: 44-51.

Kulik JA, Mahler HI. Social support and recovery from surgery. *Health psychology*. 1989; 8(2): 221.

Kupriyanov R, Zhdanov R. The Eustress Concept: Problems and Outlooks. *World Journal of Medical Sciences*, 2014; 11(2), 179–185.

Kynoch K, Coyer F, Mitchell M, McArdle A. The intensive care unit visiting study: A multisite survey of visitors. *Australian Critical Care*. 2021;34(6): 587-593.

Larijani F, Fotokian Z, Jahanshahi M, Tabi SR. Application of Neuman's Systems Model on Anxiety of Older Adults Waiting for Colonoscopy. *Nursing and Midwifery Studies*, 2021; 10(4), 236.

Lawson TG. *Nursing Theorists and Their Work in: Systems Model*, Eighth Edition, Elsevier, Missouri. 2014; 282-293.

Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal and coping* (1st Edition). New York: Springer Publishing Company; 1984.

Lazarus RS. Cognition and emotion from the ret viewpoint. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. 1995;13(1): 29–54.

Lee M, Kang J, Jeong YJ. Risk factors for post-intensive care syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Aust Crit Care* 2020; 33: 287-294. doi: 10.1016/j.aucc.2019.10.004.

Leone M, Constantin JM, Dahyot-Fizelier C, Duracher-Gout C, Joannes-Boyau O, Langeron O, Legrand M, Mahjoub,Y, Mirek S, Mrozek S, Muller L, Orban JC, Quesnel C, Roquilly A, Virat A, Capdevila X. French intensive care unit organisation. *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine*, 2018; 37(6), 625–627.

Ling P, Ling L. Introduction: Employing paradigms in scholarship and education research. In L. Ling & P. Ling (Eds.), *Emerging methods and paradigms in scholarship and education research* (pp. 1–21). IGI Global; 2020.

Matt B, Schwarzkopf D, Reinhart K, König C, Hartog CS. Relatives' perception of stressors and psychological outcomes–Results from a survey study. *Journal of critical care*. 2017;39: 172-177.

McAdam JL, Fontaine DK, White DB, Dracup KA, Puntillo, KA. Psychological symptoms of family members of high-risk intensive care unit patients. *American Journal of Critical Care*, 2012;21(6): 386-394.

McEwen Melanie, Wills EM. *Theoretical basis for nursing* (Fifth edit). Wolters Kluwer Health; 2018(a).

McHugh ML. Interrater reliability: the kappa statistic. *Biochemia medica*. 2012;22(3): 276-282.

McKiernan M, McCarthy G. Family members' lived experience in the intensive care unit: a phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2010; 26(5), 254-261.

McNiff J, Whitehead J. *You and your action research project*. 3rd Edition, Routledge, London, 2009.

Meleis AI. *Theoretical Nursing: Development and Progress*, Lippincott WilliamsveWilkins, Forth Edition, Philadelphia. 2007; 72-115

Menemencioğlu A. Kritik hasta bakımında yeni teknoloji kullanımı. *Cukurova Medical Journal*, 2020; 45, 44–47.

Metin A. Neuman Sistemler Modeline Temellenen Hemşirelik Danışmanlığının Preterm Eylem Riski Olan Gebelerde Algılanan Stres, Stresle Başa Çıkma ve Doğum Sonuçlarına Etkisi, OMÜ. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Doktora Tezi, 2021, Samsun (Danışman: Prof. Dr. Ö Kulakaç).

Meyers EE, McCurley J, Lester E, Jacobo M, Rosand J, Vranceanu AM. Building Resiliency in Dyads of Patients Admitted to the Neuroscience Intensive Care Unit and Their Family Caregivers: Lessons Learned From William and Laura. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2020; 27(3), 321–335.

Mills GE. *Action Research: A Guide for the Teacher Researcher*. Pearson, Creswell JW, Plano Clark VL. (2011). *Designing and conducting mixed methods research*. Sage, 2014.

Miyamoto Y, Ohbe H, Goto T, Yasunaga H. Association between intensive care unit admission of a patient and mental disorders in the spouse: a retrospective matched-pair cohort study. *Journal of Intensive Care*, 2021; 9(1), 1–11.

Moos RH, Holahan CJ. Dispositional and contextual perspectives on coping: Toward an integrative framework. *Journal of clinical psychology*. 2003; 59(12): 1387-1403.

Naef R, von Felten S, Petry H, Ernst J, Massarotto P. Impact of a nurse-led family support intervention on family members' satisfaction with intensive care and psychological wellbeing: A mixed-methods evaluation. *Australian Critical Care*. 2021;34(6): 594-603.

Nahcivan N. Nicel Araştırma Tasarımları. Hemşirelikte Araştırma: Süreç, Uygulama ve Kritik (Erdoğan SN, Nahcivan, NM. Esin, Eds.; 2nd ed., Vol. 1). Nobel Kitabevleri; 2015(a).

Navidian A, Rezaei J and Payan H. Efficacy of supportive-educational intervention on psychological reactions of family members of intensive care unit patients. *Journal of Nursing Education*. 2016;5(4): 51-58.

Needham DM, Davidson J, Cohen H, Hopkins RO, Weinert C, Wunsch H, ... and Harvey MA. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. *Critical care medicine*. 2012;40(2): 502-509.

Nelderup M, Samuelson K. Experiences of partners of intensive care survivors and their need for support after intensive care. *Nursing in critical care*, 2020; 25(4), 245-252.

Netzer G, Sullivan DR. Recognizing, naming, and measuring a family intensive care unit syndrome. *Annals of the American Thoracic Society*. 2014;11(3): 435-441.

Netzer G. Learned helplessness among families and surrogate decision-makers of patients admitted to medical, surgical, and trauma ICUs. *Chest*. 2012;142(6): 1440-1446.

Neuman B, Reed KS. Neuman systems model perspective on nursing in 2050, *Nursing Science Quarterly*, 2007;20(2): 111-113.

Neuman Betty, Fawcett, Jacqueline. The Neuman Systems Model. In *Care Planning (Fifty)*. Pearson Education, Inc; 2011(a).

Ohbe H, Sasabuchi Y, Kumazawa R, Matsui H, Yasunaga H. Intensive Care Unit Occupancy in Japan, 2015–2018: A Nationwide Inpatient Database Study. *Journal of Epidemiology*, 2021; JE20210016.

Oktay AA. Neuman Sistemler Kuramına Göre Hemodiyaliz Hastalarının Tedaviye Uyumlarına Yönelik Verilen Eğitimin Benlik Saygısı ve Algılanan Sosyal Destek Üzerine Etkisi, ATAÜNI. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2019, Erzurum (Danışman: Prof. Dr. M Kaşıkçı).

Olabisi OI, Olorunfemi O, Bolaji A, Azeez FO, Olabisi TE, Azeez O. Depression, anxiety, stress and coping strategies among family members of patients admitted in intensive care unit in Nigeria. *International Journal of Africa Nursing Sciences*. 2020;13: 100223

Oldham MA, Desan PH, Lee HB, Bourgeois JA, Shah SB, Hurley PJ, Sockalingam S. Proactive consultation-liaison psychiatry: American Psychiatric Association resource document. *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry*. 2021;62(2): 169-185.

Onwuegbuzie AJ, Collins KMT. A Typology of Mixed Methods Sampling Designs in Social Science Research. *Qualitative Report*, 2007; 12(2), 281–316.

Osborn TR, Curtis JR, Nielsen EL, Back AL, Shannon SE, Engelberg RA. Identifying elements of ICU care that families report as important but unsatisfactory: decision-making, control, and ICU atmosphere. *Chest*. 2012;142(5): 1185-1192.

Özaltın G, Nehir S. Ankara ilindeki hastanelerin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin iş ortamındaki stres etkenleri ve kullandıkları başetme yöntemlerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2010; 10(3): 60-68.

Ozcelik H, Erdogan N. Relationship between the needs of Turkish relatives of patients admitted to an intensive care unit and their coping styles. *OMEGA-Journal of Death and Dying*. 2022; 85(4): 990-1006.

Ozcelik H, Erdogan, N. Relationship between the needs of Turkish relatives of patients admitted to an intensive care unit and their coping styles. *OMEGA-Journal of Death and Dying*. 2022;85(4): 990-1006.

Özgürsoy BN, Akyol AD. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların ailelerinin gereksinimleri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 2008; 12(1), 33-38.

Partlak Günüşen N. Başetme Grubu ile Sosyal Destek Grubunun Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyine Etkisi, DEÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2009, İzmir (Danışman: Prof. Dr. B Üstün).

Petrinec AB, Mazanec PM, Burant CJ, Hoffer A, Daly BJ. Coping strategies and posttraumatic stress symptoms in post-ICU family decision makers. *Critical care medicine*. 2015; 43(6): 1205-1212.

Pochard F, Darmon M, Fassier T, Bollaert PE, Cheval C, Coloigner M, Merouani A, Moulront S, Pigne E, Pingat J, Zahar JR, Schlemmer B, Azoulay É. 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(1), 90–96.

Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in nursing & health*. 2007;30(4): 459-467.

Putowski Z, Rachfalska N, Majewska K, Megger K, Krzych Ł. Identification of risk factors for post-intensive care syndrome in family members (PICS-F) among adult patients: a systematic review. *Anaesthesiology intensive therapy*. 2023,55(3): 168-178.

Rahmati M, Khaledi B, Salari N, Bazrafshan M, Haydarian A. The effects of religious and spiritual interventions on the resilience of family members of patients in the ICU. *Shiraz E-Med J*. 2017;18(11): e13007

Rengel KF, Hayhurst CJ, Pandharipande PP, Hughes CG. Long-term Cognitive and Functional Impairments After Critical Illness. *Anesthesia and Analgesia*, 2019; 128(4), 772–780.

Resmî Gazete (19.4.2011, Sayı: 27910) Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik; 2011. p.1. Erişim tarihi: 10.05.2024.

Ridner SH. Psychological distress: concept analysis. *Journal of advanced nursing*. 2004;45(5): 536-545.

Rnanicrnt JI. Emotional Responses of Family Members of a Critically Ill Patient: A Hermeneutic Analysis. *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience*, 2014; 16(8).

Robertson LC, Al-Haddad M. Recognizing the critically ill patient. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, 2013; 14(1), 11–14.

Rosendahl J, Brunkhorst FM, Jaenichen D, Strauss, B. Physical and mental health in patients and spouses after intensive care of severe sepsis: A dyadic perspective on long-term sequelae testing the actor-partner interdependence model. *Critical Care Medicine*, 2013; 41(1), 69–75.

Rückholdt M, Tofler GH, Randall S, Buckley T. Coping by family members of critically ill hospitalised patients: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 2019; 97, 40–54.

Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2022). Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2024. (Erişim tarihi. 10.09.2024) <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/48054/0/siy202205042024pdf.pdf>

Sarkhel S, Singh OP, Arora M. Clinical Practice Guidelines for Psychoeducation in Psychiatric Disorders General Principles of Psychoeducation. *Indian Journal of Psychiatry*, 2020; 62(Suppl 2), S319.

Scheier MF, Carver CS. Dispositional optimism and physical health: A long look back, a quick look forward. *American Psychologist*. 2018;73(9):1082.

Scheier MF, Carver CS. Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health psychology*. 1985;4(3): 219.

Schlieper LM. The association between flourishing and well-being, social support and social coping strategies of ICU patient's family members after hospital discharge. University of Twente. Faculty of Behavioral, Management and Social Sciences, Bachelor's Thesis, 2021, Netherlands (Supervisor: Dr. Jorinde Spook, Dr. Stans Drossaert).

Schmidt M, Azoulay E. Having a loved one in the ICU: the forgotten family. *Curr Opin Crit Care* 2012; 18: 540-547. doi: 10.1097/MCC.0b013e328357f141.

Şengün F, Öner Altıok H, Üstün B. Kanita dayalı bir uygulama: psikoeğitim. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2011; 27(3), 66–74.

Şengün İnan F. Meme Kanseri Hastalarına Tedavi Sonrasında Evde Yapılan Psikoeğitimin Distres, Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesine Etkisi, DEÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2014, İzmir (Danışman: Prof. Dr. B Üstün).

Seykov D. Scoping literature review on psychosocial factors associated with the psychological outcomes in family caregivers of patients hospitalized in the intensive care unit. University of Twente. Faculty of Behavioral, Management and Social Sciences, Master Thesis, 2021, Netherlands (Supervisor: Dr. JE Spook, Dr. CHC Drossaert).

Sharrock J, Happell B. The psychiatric consultation-liaison nurse: Thriving in a general hospital setting. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2002;11(1): 24-33.

Shikai N, Nagata T, Kitamura T. Do people cope with situations as they say? Relationship between perceived coping style and actual coping response. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2014;68(2): 154-159.

Siegel MD, Hayes E, Vanderwerker LC, Loseth DB, Prigerson HG. illness in the next of kin of patients who die in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 2008; 36(6), 1722–1728.

Sitzman KL, Eicheberger LW. Understanding the Work of Nurse Theorists A Creative Beginning, Second Edition, John and Bartlett Publishers, Canada. 2011; 77-90.

Skalski CA, DiGerolamo L, Gigliotti E. Stressors in five client populations: Neuman systems model-based literature review. *J Adv Nurs*, 2006; 56(1), 69-78.

Skoog M, Milner KA, Gatti-Petito JA, Dintyala K. The Impact of Family Engagement on Anxiety Levels in a Cardiothoracic Intensive Care Unit. *Critical Care Nurse*, 2016; 36(2), 84–89.

Society of Critical Care Medicine. Critical Care Statistics. (Erişim tarihi. 10.09.2024)
<https://www.sccm.org/Communications/Critical-Care-Statistics>, 2021.

Suzuki SI, Tanoue AP. Psychoeducation. In Encyclopedia of behavioral medicine .
Cham: Springer International Publishing. 2020; pp. 1760-1761.

Swaminath G. Psychoeducation. Indian J Psychiat, 2009; 51(3), 171.

şahin, NH, Durak A. Stresle başa çıkma tarzları leği: Üniversite ğrencileri için
uyarlanması. Türk Psikoloji Dergisi. 1995; 10(34), 56-73.

T.C. Resmî Gazete. Yataklı sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin
Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ
21 Ağustos 2020. Sayı 31220.

Tashakkori A, Teddlie, C. The Sage handbook of mixed methods in social &
behavioral research. Sage, 2010.

Tatar Yüksel . Engelli ocuğa Sahip Ebeveynlerin Yaşam Deneyimlerinin Betty
Neuman'ın Sistemler Modeli ile Değerlendirilmesi, GATA. Sağlık Bilimleri
Enstitüsü, Doktora Tezi, 2008, Ankara (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Sağ. Yb. F Oflaz).

Theobald K. The experience of spouses whose partners have suffered a myocardial
infarction: a phenomenological study. Journal of Advanced Nursing, 1997; 26(3):
595–601.

Thoits PA. Mechanisms linking social ties and support to physical and mental
health. Journal of health and social behaviour. 2011; 52(2): 145-161.

Turner SB, Kaylor SD. Neuman systems model as a conceptual framework for nurse
resilience. Nurs Sci Q. 2015; 28(3): 213-217.

Turner-Cobb JM, Smith PC, Ramchandani P, Begen FM, Padkin A. The acute
psychobiological impact of the intensive care experience on relatives. Psychology,
Health & Medicine. 2016;21(1): 20-26.

Ullman AJ, Aitken LM, Rattray J, Kenardy J, Le Brocq R, MacGillivray S, Hull AM. Diaries for recovery from critical illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014;12: CD010468.

Ume-Nwagbo PN, DeWan SA, Lowry LW. Using the Neuman systems model for best practices. *Nurs Sci Q*, 2006;19(1): 31-35.

van Beusekom I, Bakhshi-Raiez F, de Keizer NF, Dongelmans DA, van der Schaaf M. Reported burden on informal caregivers of ICU survivors: A literature review. *Critical Care*, 2016;20(1): 1–8.

Verberk F, Fawcett J. Thoughts about created environment: a neuman systems model concept. *Nurs Sci Q*. 2017;30(2): 179-181.

Verhaeghe S, Defloor T, Van Zuuren F, Duijnste M, Grypdonck M. The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *Journal of clinical nursing*. 2005;14(4): 501-509.

Vester LB, Dreyer P, Holm A, Lorentzen V. The experience of being a couple during an intensive care unit admission. *Nursing in Critical Care*. 2020;25(4): 238-244.

Vester LB, Holm A, Dreyer P. Patients' and relatives' experiences of post-ICU everyday life: A qualitative study. *Nursing in critical care*. 2022;27(3): 392-400.

Visser M, Deliens L, Houttekier D. Physician-related barriers to communication and patient-and family-centred decision-making towards the end of life in intensive care: a systematic review. *Critical Care*. 2014;18: 1-19.

Walker PH. *Conceptual Models of Nursing Analysis and Application in: Neuman's Systems Model*, Fourth Edition, Pearson, United States of America: 2005; 194-220.

Wang G, Antel R, Goldfarb M. The impact of Randomized Family-centered interventions on family-centered outcomes in the adult Intensive Care Unit: a systematic review. *Journal of Intensive Care Medicine*, 2023;38(8): 690-701.

Wang G, Antel R, Goldfarb M. The impact of randomized family-centered interventions on family-centered outcomes in the adult Intensive Care Unit: a systematic review. *Journal of Intensive Care Medicine*. 2023;38(8): 690-701.

Wartella JE, Auerbach SM, Ward KR. Emotional distress, coping and adjustment in family members of neuroscience intensive care unit patients. *Journal of psychosomatic research*. 2009; 66(6): 503-509.

White DB, Angus DC, Shields A-M, Buddadhumaruk P, Pidro C, Paner C, Chaitin E, Chang C-C. H, Pike F, Weissfeld L, Kahn JM, Darby JM, Kowinsky A, Martin S, Arnold RM. A Randomized Trial of a Family-Support Intervention in Intensive Care Units. *New England Journal of Medicine*, 2018; 378(25): 2365–2375.

Wong P, Liamputtong P, Koch S, Rawson H. Families’ experiences of their interactions with staff in an Australian intensive care unit (ICU): A qualitative study. *Intens Criti Care Nur*, 2015; 31(1), 51–63.

Yeni T, Enç N. Yoğun Bakım Sonrası Sendromu ve Hemşirelik Yönetimi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2022;26(1): 18-26.

Yıldırım S, Şimşek E, Geridönmez K, Basma Ş, Vurak Ü. Examination of the knowledge and practices of nurses about consultation liaison psychiatry nursing. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2019;10(2): 96-102.

Zhu Y, Jha SC, Shutta KH, Huang T, Balasubramanian R, Clish CB, ...Kubzansky LD. Psychological distress and metabolomic markers: A systematic review of posttraumatic stress disorder, anxiety, and subclinical distress. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2022;143: 104954.

EK-1

Motivasyonel Görüşme Tekniği Eğitimi Katılım Belgesi

**Motivasyonel Görüşme Tekniği
Eğitimi Katılım Belgesi**

19 Ocak 2018

Sayın Yeliz KARACAR

19 Ocak 2018 tarihinde İstanbul'da yapılan Motivasyonel
Görüşme Tekniği Eğitimine katılmıştır.

Saygılarımla

Prof. Dr. Kültegin ögel
Motivasyonel Görüşme Eğiticisi

EK-2

Psikoeğitim ve Terapötik Grup Yönetimi Eğitimi Katılım Belgesi



**III. LİSANSÜSTÜ
HEMŞİRELİK
ARAŞTIRMALARI
SEMPOZYUMU**



KURS KATILIM BELGESİ

Sayın

Yeliz Karaçar

15-18 Aralık 2022 tarihleri arasında **Toplumu Güçlendirme Derneği** ve **Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü** tarafından çevrimiçi olarak gerçekleştirilen **III. Lisansüstü Hemşirelik Araştırmaları Sempozyumu** kapsamında düzenlenen, aşağıda belirtilen kursa katılmıştır.

Kurs Adı: Psikoeğitim ve Terapötik Grup Yönetimi

Doç. Dr. Birsen ALTAY
SEMPOZYUM BAŞKANI

Prof. Dr. Murat TERZİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANI

Psychological First Help Based on PPT Katılım Belgesi



AKDENİZ UNIVERSITY
COUNSELING APPLICATION AND RESEARCH CENT

WORLD ASSOCIATION FOR POSITIVE AND TRANSCULTURAL PSYCHOTHERAPY (WAPP)
In cooperation with the

CERTIFICATE OF ATTENDANCE

HEREBY WE CONFIRM THAT

HAS ATTENDED THE

WORKSHOP: PSYCHOLOGICAL FIRST HELP BASED ON

THE WORKSHOP CONSISTED OF 4 HOURS OF THEORETICAL AND PRACTICAL TRAINING
AND WAS ORGANIZED BY ASSOC. PROF. DR. TUĞBA SARI.

Antalya, Turkey, 1st of April 2023

Polina EFREMOV,
WAPP Master Trainer

Assoc. Prof. Dr. Tuğba SARI
Head of Akdeniz University Counse

Akdeniz University Counseling Application and Research Center, Antalya, Turkey

Temel Yoğun Bakım Hemşireliği E-Kursu



Türk Yoğun Bakım Uzmanları Derneği

SAYIN **YELİZ KARAÇAR**

Türk Yoğun Bakım Uzmanları Derneği Hemşire Komisyonu tarafından
21 - 22 Şubat 2022 tarihleri arasında çevrim içi düzenlenen
4. Temel Yoğun Bakım Hemşireliği E - Kursuna
katılmıştır.

TÜYUD Hemşire Komisyonu Başkanı
Merve Erdoğan

TÜYUD Kurs Sorumlusu
Prof. Dr. Müge Aydoğdu

TÜYUD Başkanı
Prof. Dr. N. Defne Altıntaş

Path2Integrity Training for Educators Katılım Belgesi



Mindfulness Temelli Şefkatli Yaşam Eğitimi Katılım Belgesi



Kuram/ Model Temelli Uygulama/ Araştırma Geliştirme Kursu



EK-8

Yoğun Bakım Hemşireliği Kursu Katılım Belgesi



TÜRK
HEMŞİRELER
DERNEĞİ
İZMİR ŞUBESİ



KATILIM BELGESİ

SAYIN YELİZ KARAÇAR

27 Mayıs 2022 tarihinde çevrimiçi olarak düzenlenen
10 saatlik "YOĞUN BAKIM HEMŞİRELİĞİ KURSU" na
katılarak bu belgeyi almaya hak kazanmıştır.

Dr. Ebru Melek BENLİGÜL

Kurs Başkanı
Türk Hemşireler Derneği İzmir Şube Başkanı

Uzm. Hem. Ebru KIRANER

Kurs Başkanı
Türk Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği Başkanı

Made for free with Certify'em

EK-9

Psikiyatri Hemşireliğinde Psikoeğitim Uygulayıcı Kursu Katılım Belgesi



EK-10

Tanıtıcı Özellikler Formu

Tanıtıcı Özellikler Formu

Değerli katılımcı;

Bu form yoğun bakım ünitesinde yatan eşinize ve size ait bilgileri içeren sorulardan oluşmaktadır. Yakınınızın hastanede yattığı süre içerisinde yaşadığınız zorlukları ve gereksinimlerinizi belirleyerek etkili ve yeterli sağlık hizmeti sunabilmek için bilgi edinmemizi sağlayacaktır. Verdiğiniz yanıtlar gizli tutulacak ve bilimsel amaçlar doğrultusunda kullanılacaktır. Katkılarınız için teşekkür ederim.

Arş. Gör. Yeliz Karaçar

Doç. Dr. Kerime Bademli

I. Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Bireye İlişkin Özellikler

1-Cinsiyet?

1)Erkek

2) Kadın

2- Yaş?.....

3-Eğitim durumu?

1) Okuma yazma bilmiyor

2) İlkokul mezunu

3) Ortaöğretim mezunu

4) Lise mezunu

5)Üniversite mezunu

6) Diğer (ise lütfen belirtiniz.....)

4- Sosyal güvencesi var mı? 1) Yok 2) Var

5- Eşinizin hastaneye yatış nedeni (Lütfen belirtiniz)

6- Eşinizin hastaneye yatış sayısı (Lütfen belirtiniz): kez

7- Eşinizin bu hastaneye yatış nedeni (Lütfen belirtiniz):

8- Eşinizin yoğun bakıma yatış durumu: 1) Planlı yatış 2) Plansız yatış (acil yatış)

9- Eşinizin yoğun bakımda kalma süresi (Lütfen belirtiniz): gün

10-Eşinizin yoğun bakım ünitesinde kalış nedeni (Lütfen belirtiniz):

II. Katılımcıya İlişkin Özellikler

1-Cinsiyetiniz?

- 1)Erkek 2) Kadın

2- Yaşınız? (lütfen belirtiniz):

3-Eğitim durumunuz?

- 1) Okuma yazma bilmiyor 2) İlkokul mezunu 3) Ortaöğretim mezunu
4) Lise mezunu
5)Üniversite mezunu 6) Diğer (ise lütfen belirtiniz.....)

4-Mesleğiniz?

- 1) İşçi 2) Memur 3) Emekli 4) Serbest Meslek 5) Ev Hanımı
6) Diğer (ise lütfen belirtiniz.....)

5-Nerede yaşıyorsunuz? (Lütfen belirtiniz.....)

6-Size göre ailenizin gelir düzeyi nasıl?

- 1)Gelir-giderden az 2) Gelir- gidere eşit 3) Gelir- giderden fazla

7-Eşinizin yoğun bakım ünitesinde tedavi ve bakımı devam ederken siz nerede kalıyorsunuz?

- 1) Devamlı hastanede kalıyorum 2) Misafirhane, otel vs. 3) Diğer (ise lütfen belirtiniz.....)

8- Hastanede kalıyorsanız nerede uyuyorsunuz?

Lütfen belirtiniz.....

9- Hastaneye gelmeden önce herhangi bir sağlık şikâyetiniz var mıydı?

- 1) Hayır 2) Evet ise şikâyetiniz nedir? (ise lütfen belirtiniz).....

10- Hastaneye geldiğiniz andan itibaren herhangi bir sağlık şikâyeti yaşadınız mı?

- 1)Hayır 2) Evet (ise lütfen belirtiniz):.....

11- Evde sizin bakımınıza gereksinimi olan yakınlarınız var mı?

- 1) Hayır 2) Evet (ise kim, kimler, kim ilgileniyor.....)

EK-11

Psikolojik Sıkıntı Ölçeği (K10-PSÖ)

Aşağıdaki sorular **son 30 gün içinde** kendinizi nasıl hissettiğiniz hakkındadır. Lütfen her soruda söz konusu duyguyu hangi sıklıkta hissettiğinizi **en iyi açıklayan sayıyı** yuvarlak içine alınız.

S1.	Bu ay içinde kendinizle ilgili olarak aşağıdakileri ne sıklıkla hissettiniz?	Sürekli olarak	Çoğu zaman	Arada sırada	Seyrek olarak	Hiç olmadı
a.	... herhangi bir sebep olmadan aşırı yorgunluk	1	2	3	4	5
b.	... sinirli	1	2	3	4	5
c.	... hiçbir şekilde sakinleşemeyecek kadar sinirli	1	2	3	4	5
d.	... umutsuz	1	2	3	4	5
e.	... huzursuz veya tedirgin	1	2	3	4	5
f.	... yerinde duramayacak kadar huzursuz	1	2	3	4	5
g.	... çökkün	1	2	3	4	5
h.	... hiçbir şekilde neşelenemeyecek kadar çökkün	1	2	3	4	5
i.	... her şeyin çok zor gelmesi	1	2	3	4	5
j.	... değersiz	1	2	3	4	5

S2. Yukarıda sorulan 10 soruda, son 30 günde hissetmiş olabileceğiniz duygu durumları sorulmuştur. Tümünü birlikte ele alırsak, bu duygular geçen 30 günde, **her zamankinden daha fazla** mı, **her zamanki gibi** mi, yoksa **her zamankinden daha az** mı ortaya çıktı? (Eğer bu duyguları hiç hissetmediyseniz, seçenek “4”ü yuvarlak içine alınız)

Normalden daha sık			Normalden daha seyrek			
						
Her zamanki gibi						
Bir hayli	Biraz	Az bir miktar		Az bir miktar	Biraz	Bir hayli
1	2	3	4	5	6	7

Aşağıdaki sorular, **son 30 gün içinde** bu duyguların sizi nasıl etkilemiş olabileceği ile ilgilidir. Eğer duygularınız ile ilgili on sorunun hepsine "Hiç olmadı" yanıtını verdiyseniz, bu soruları yanıtlamanıza gerek yoktur.

S3.	Son 30 gün boyunca, bu duygular yüzünden hiç çalışmadığınız veya normal faaliyetlerini yapamadığınız kaç gün oldu?	_____ (Gün Sayısı)				
S4.	Soru 3'e yanıtladığınız günleri saymazsak, son 30 gün içinde bu duygular yüzünden, normalde yapabildiğiniz şeylerin yarısını veya daha azını yapabildiğiniz kaç gün oldu?	_____ (Gün Sayısı)				
S5.	Son 30 gün içinde bu duygularla ilgili olarak kaç kez doktora ya da diğer sağlık uzmanına gittiniz?	_____ (Başvuru Sayısı)				
S6.	Son 30 gün içinde fiziksel sağlık problemleri ne kadar sıklıkta bu duyguların sebebi olarak ortaya çıktı?	Sürekli olarak	Çoğu kez	Arada sırada	Seyrek olarak	Hiç olmadı
		1	2	3	4	5

EK-12

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)

Bu ölçek, kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayınız ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyiniz. Herhangi bir davranış size uygun değilse %0'ın altına, çok uygun ise %100'ün altına, ya da tanımlama derecesine göre diğerlerinin altındaki boşluğa (X) işareti koyunuz.

Bir sıkıntım olduğunda...	Sizi ne kadar tanımlıyor			
	%0	%30	%70	%100
1. Kimsenin bilmesini istemem.				
2. İyimser olmaya çalışırım.				
3. Bir mucize olmasını beklerim.				
4. Olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım.				
5. Başa gelen çekilir diye düşünürüm.				
6. Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım.				
7. Kendimi kapana sıkışmış gibi hissederim.				
8. Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım				
9. İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem.				
10. Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum.				
11. Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam.				
12. Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım.				
13. İş olacağına varır diye düşünürüm.				
14. Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım.				
15. Problemin çözümü için adak adarım.				
16. Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum.				
17. Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım.				
18. Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım.				
19. Her şeyin istediğim gibi olamayacağına inanırım.				
20. Problemi/Problemleri adım adım çözmeye çalışırım.				
21. Mücadeleden vazgeçerim.				
22. Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm				
23. Hakkımı savunabileceğime inanırım.				
24. Olanlar karşısında “kaderim buymuş” derim.				
25. “Keşke daha güçlü olsaydım.” diye düşünürüm.				
26. Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı				
27. “Benim suçum ne?” diye düşünürüm.				
28. “Hep benim yüzümden oldu!” diye düşünürüm.				
29. Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım.				
30. Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.				

EK-13

Eylem Sonrası Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

1. Birlikte yürüttüğümüz bu süreç sonunda, eşinizin yoğun bakım süreciyle ilgili eğitim öncesi yaşadığınız deneyim ile eğitim sonrası yaşadığınız deneyimi karşılaştırırsanız neler söylerseniz?
 - a) Fiziksel olarak (yeme-içme, boşaltım, solunum, iletişim, solunum, yeme-içme aktivitesi, boşaltım aktivitesi, öz-bakım, hareket vb.) yaşadığınız deneyimlerden bahseder misiniz?
 - b) Psikolojik olarak (kaygı, öfke, korku, yalnızlık, umutsuzluk vb.) yaşadığınız deneyimlerden bahseder misiniz?
 - c) Sosyokültürel olarak (kişilerarası değişiklikleri, aile üyelerinin yakınlık durumları, rol ve sorumlulukların değişimi ve paylaşımı, ekonomik durum vb.) yaşadığınız deneyimlerden bahseder misiniz?
 - d) Spiritüel olarak (manevi inanışlar, yaşama anlam katan değer ve inançlar, kültürel uygulamalar, dini uygulamalar vb.) yaşadığınız deneyimlerden bahseder misiniz?
 - e) Gelişimsel olarak (yaşa bağlı gelişim dönemleri aktiviteleri, çalışma, boş vakitleri değerlendirme vb.) yaşadığınız deneyimlerden bahseder misiniz?
2. Eşinizin yoğun bakım ünitesinde yatışı ile ilgili stres yaşadığınızı düşünüyor musunuz? Düşünüyorsanız eğitim öncesi ve eğitim sonrasını karşılaştırdığınızda yaşadığınız stresle başa çıkma deneyiminizden bahseder misiniz? (Fiziksel, psikolojik, sosyokültürel, spiritüel, gelişimsel alanlar bağlamında)
 - a) Bu süreçte hangi uygulamalar stresle başa çıkmanızı kolaylaştırdı mı? Evet ise bu uygulamalar nelerdir?
 - b) Bu süreçte size destek olan kişilerde değişim oldu mu? Oldu ise bu değişikliği nasıl sağladın?
 - c) Bu süreçte sizin iyi hissetmenizi sağlayan şeyler (yapmaktan zevk aldığı ve yaptığında stresini azaltan şeyler) oldu mu? Oldu ise bunlardan bahseder misiniz?
3. Birlikte yürüttüğümüz bu süreç sonunda, eşinizin yoğun bakım ünitesinde yatışı sonrasında yaşamınızda ya da kendiniz ile ilgili değişimler oldu mu? Oldu ise, ne gibi değişiklikler olduğundan bahseder misiniz? (Fiziksel, psikolojik, sosyokültürel, spiritüel, gelişimsel alanlar bağlamında)
 - a) Kişiler arası ilişkilerinizde ne gibi değişimler oldu?
 - b) Hayata bakış açınızda ne gibi değişimler oldu?
 - c) Kendinizi algılamanızda ne gibi değişimler oldu?
4. Birlikte yürüttüğümüz bu süreç sonunda, eğitim öncesi ve eğitim sonrası deneyimleriniz karşılaştırdığınızda yaşadığınız bu deneyimi bir şeye (canlı, nesne vb.) benzetmiş olsaydınız neye benzetirdiniz? Neden?
5. Birlikte geçirdiğimiz bütün süreci düşündüğünüzde söylemek istediğiniz herhangi bir şey var mı?

EK-14

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu Onayı

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Yönetim Kurulu Kararları

Toplantı Sayısı	Karar Sayısı	Karar Tarihi
8	135	24.02.2022

Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığından gelen 18.02.2022 tarih ve 296610 sayılı; Psikiyatri Hemşireliği doktora programı öğrencisi **Yeliz KARAÇAR**'ın **tez konusu ve proje önerisi** ile ilgili 28.01.2022 tarihli Tez İzleme Komitesi (TİK)'nin raporu ve ekleri görüşüldü.

Yapılan inceleme sonucunda;

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı, Psikiyatri Hemşireliği doktora programı öğrencisi **Yeliz KARAÇAR**'ın 28.01.2022 tarihinde Tez İzleme Komitesi (TİK)'ne sunduğu; "**Neuman'ın Sistemler Modeli'ne Temellendirilmiş Psikoeğitimin Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Bireylerin Eşlerinin Psikolojik Sıkıntı ve Stresle Başa Çıkmaları Üzerine Etkisi: Eylem Araştırması**" adlı tez konusu ve proje önerisinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

Prof. Dr. Melike CENGİZ
Enstitü Müdür

Doç.Dr.Güler Leyla SATI
Enstitü Müdür Yardımcısı

Prof. Dr. Kamile KABUKCUOĞLU
Üye

Prof.Dr.İbrahim KESER
Üye

Doç. Dr. Gülşan ÖZGÜN BAŞIBÜYÜK
Üye

Raportör
Elif BOZKIR
Enstitü Sekreter V.

EK-15

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onayı



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

04.06.2022

Sayı : 70904504/ 185
Konu :

Sayın
Doç.Dr.Kerime BADEMLİ
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Öğretim Üyesi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz, "Neuman'ın Sistemler Modeli'ne Temellendirilmiş Psikoeğitimin Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Bireylerin Eşlerinin Psikolojik Sıkıntı ve Stresle Başa Çıkmaları Üzerine Etkisi: Eylem Araştırması" adlı çalışmaya ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

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

Scanned with CamScanner

EK-15

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onayı

T.C. AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLINİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU 2022		
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		Doç.Dr.Kerime BADEMLİ
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Neuman'ın Sistemler Modeli'ne Temellendirilmiş Psikoğitimin Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Bireylerin Eşlerinin Psikolojik Sıkıntı ve Stresle Başa Çıkma Yolları Üzerine Etkisi: Eylem Araştırması
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:KAEK- 172	Tarih: 16.03.2022
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılacağı merkez/merkezlerden izin alındıktan sonra yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	

EK-16

Antalya İl Sağlık Müdürlüğü Kurum Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 16.05.2022-359532



T.C.
ANTALYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-98360293-604.01.02
Konu : Yeliz KARAÇAR(Araştırma İzin Talebi)

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 12/05/2022 tarihli ve 98360293-604.01.02-02-2862 sayılı yazı.

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Psikiyatri Hemşireliği doktora programı öğrencisi **Araş.Gör.Yeliz KARAÇAR'ın "Neuman'ın Sistemler Modeli'ne Temellendirilmiş Psiko Eğitimin Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Bireylerin Eşlerinin Psikolojik Sıkıntı ve Stresle Başa Çıkmaları Üzerine Etkisi: Eylem Araştırması"** konulu doktora tezini Antalya Kepez Devlet Hastanesi yetişkin yoğun bakım ünitelerinde yapılabilmesi ve gerekli iznin verilmesi talebiyle Müdürlüğümüze başvuru yapılmıştır. Söz konusu çalışma yapılırken Kişisel Verilerin Korunması Kanununun mahremiyetin korunması ile gizliliğe yönelik ilgili maddeleri dikkate alınarak, iş ve işlemlerin aksatılmaması, enfeksiyon önlemleri, etik kurallar ve bilgi güvenliğine dikkat edilmesi koşulları ile çalışmanın Kepez Devlet Hastanesinde uygulanabilmesi uygun görülmüş olup,

Bilgi ve gereğini arz/rica ederim.

Op.Dr. Reha Sermed AYGÖREN
Sağlık Müdürü a.
Sağlık Hizmetleri Başkanı

Ek:
1- İl Sağlık Müdürlüğü Üst Yazı(Makam Onayı)
2- Antalya Kepez Devlet Hastanesi Üst yazı
3- Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı Üst Yazı

Dağıtım:
Akdeniz Üniversitesi Rektörlüğü
Antalya Kepez Devlet Hastanesi

Antalya İl Sağlık Müdürlüğü
Telefon: Faks No: 0242 228 50 47
e-Posta: zuleyha.ogur@saglik.gov.tr İnternet Adresi: <http://www.antalyasm.gov.tr>

Bilgi için: Züleyha ÖĞÜR
HEMŞİRE
Telefon No: (0 242) 320 60 00

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.
Evrak sorgulaması <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5543&eD=BSEEV51UZ2&eS=359532> adresinden yapılabilir. (PIN:28072)

EK-16

Antalya İl Sağlık Müdürlüğü Kurum Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 20.05.2022-362294



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : E-57830559-302.14.03-362294
Konu : Yeliz KARAÇAR Tez Çalışması

20.05.2022

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 18.05.2022 tarihli ve 50913635-302.14.03-361014 sayılı yazı,

Anabilim Dalınız Psikiyatri Hemşireliği doktora programı öğrencisi Yeliz KARAÇAR'ın "**Neuman'ın Sistemler Modeli'ne Temellendirilmiş Psiko Eğitimin Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Bireylerin Eşlerinin Psikolojik Sıkıntı ve Stresle Başa Çıkmaları Üzerine Etkisi: Eylem Araştırması**" konulu tezi ile ilgili araştırmasını Kişisel Verilerin Korunması Kanununun mahremiyetin korunması ile gizliliğe yönelik ilgili maddeleri dikkate alınarak, iş ve işlemlerin aksatılmaması, enfeksiyon önlemleri, etik kurallar ve bilgi güvenliğine dikkat edilerek Kepez Devlet Hastanesi'nde yapabildiğinin uygun görüldüğüne ilişkin ilgi'de kayıtlı yazı ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve konunun adı geçen öğrenci ile danışman öğretim üyesine bildirilmesi hususunda gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Melike CENGİZ
Müdür

Ek: Antalya İl Sağlık Müdürlüğü Yazısı (1 sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Doğrulama Kodu : BSNEVYC282 Pin Kodu : 72842 Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5543&eD=BSNEVYC282&eS=362294>
Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dumlupınar Bulvarı 07058 Bilgi için: Burhan ÇAKMAZ
Yerleşke/Antalya Unvan: Memur
Telefon No: 0(242)227 44 95 Faks No: 0(242) 310 60 08
e-Posta: saglikbul@akdeniz.edu.tr Elektronik Ağ: <http://saglikb.akdeniz.edu.tr/tr>
Kep Adresi: akdenizuniversitesi@hs01.kep.tr Telefon No: 0 242 227 44 95



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır..

EK-17

Psikolojik Sıkıntı Ölçeği Kullanım Onayı

Gmail X ≡ ? ⚙ ☰ 

17 ileti dizisinden 2. < >

Sayın Arş. Gör. Yeliz KARAÇAR
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi
Antalya

Sayın KARAÇAR,
Harvard Üniversitesi'nden Prof. Kessler tarafından geliştirilen, bizim Türkçeye uyarladığımız Psikolojik Sıkıntı Ölçeğini (K10-PSÖ) kullanmak istemenizden çok memnun oldum. Tabii ki ölçeği kullanabilirsiniz. Ekte ölçeğin uygulamasında kullanabileceğiniz iki sayfalık formunu ve uyarılama çalışmamızın makalesini gönderiyorum.

Ölçek uygulanırken genellikle S1 başlığı altında yer alan (a'dan j'ye kadar) ilk 10 soru dikkate alınmaktadır (K10 olarak kısaltılması da bu nedendir). Orijinal ankette bulunan S2'den S6'ya kadar olan sorular klinisyenin daha geniş anamnez alabilmesine katkı sağlamasına karşın ölçeğin değerlendirilmesinde etkisi yoktur. Bu konu ölçeği geliştiren Prof. Kessler'e de tarafımızdan sorulmuş olup "sadece S1'deki 10 maddenin kodlandığını, çoğu kişinin ölçeği uygularken S2-S6 sorularını sormadığını ama sitelerinde Türkçe sürümünü yayınlayabilmeleri için tüm sayfaların çevirisinin yapılması gerektiğini" belirtmiştir. Bu nedenle çeviri bir bütün olarak yapılmış ve yayınlanmıştır.

K10 ölçeğinde değerlendirme ilk sayfada bulunan S1 bölümündeki beşer seçeneği 10 soruya verilen yanıtlara göre yapılmaktadır. Ölçeğin orijinalinde seçenekler "All of the time=1" "None of the time=5" olarak derecelendirildiğinden, buna uygun olarak Türkçe formunda "Sürekli olarak=1"...."Hiç olmadı=5" şeklinde çevirdik. Fakat puanlama yaparken ise tam tersi olmaktadır.

Yani;
Sürekli olarak= 5 puan,
Çoğu zaman= 4 puan,
Arada sırada= 3 puan,
Seyrek olarak= 2 puan,
Hiç olmadı= 1 puan olarak hesaplanmalıdır.

Buna göre yapılacak hesaplama sonucunda en düşük 10 puan, en yüksek 50 puan alınabilmektedir.

K10'a verilen yanıtlara göre psikolojik sıkıntı düzeyi aşağıdaki gibi yorumlanır:

K10 Toplam Skoru	Psikolojik Sıkıntı Düzeyi
10 - 19	Muhtemel iyi
20 - 24	Muhtemel hafif ruhsal rahatsızlık
25 - 29	Muhtemel orta ruhsal rahatsızlık
30 - 50	Muhtemel ağır ruhsal rahatsızlık

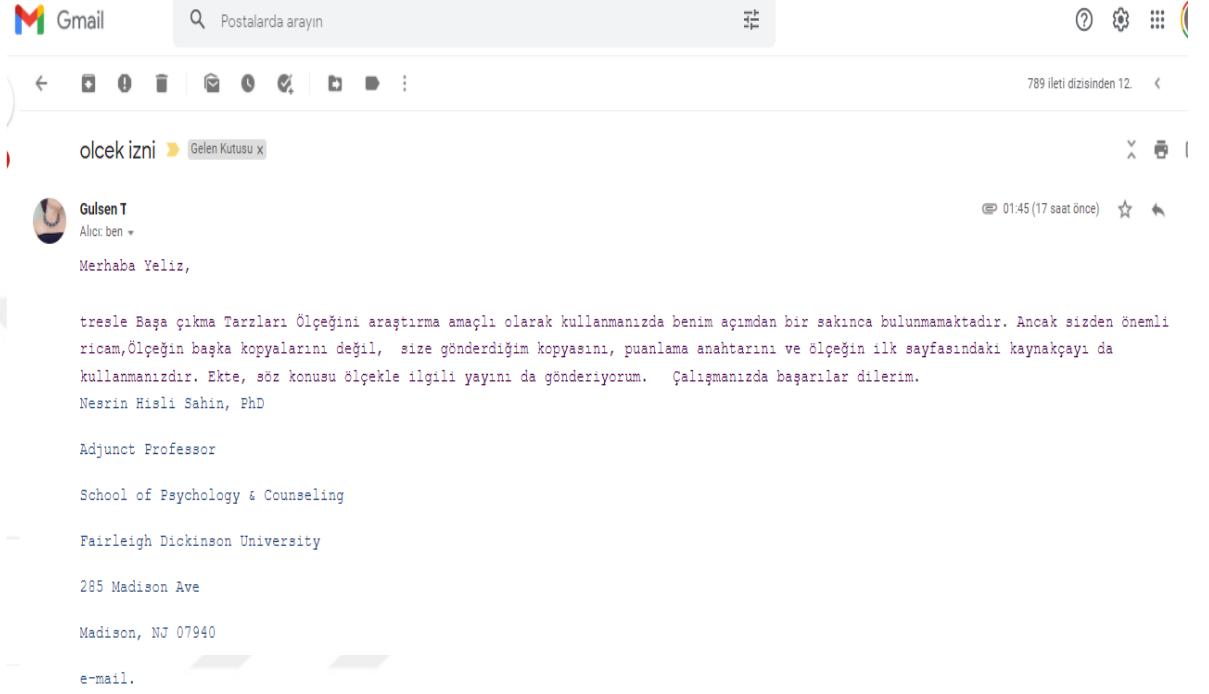
Sormak istediğiniz başka bir konu olursa bana ya da tez çalışmasını birlikte yaptığımız Dr. Öğretim Üyesi Yasin ALTUN'e iletebilirsiniz. Çalışmanızın sonuçlarını bizimle de paylaşırsanız ve yapacağınız çalışmada makaleimize atıfta bulunursanız seviniriz.

Verimli ve başarılı bir çalışma olmasını dilerim.

Doç. Dr. **Mehmet ÖZEN**
Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

EK-18

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Kullanım Onayı



Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın Katılımcı,

Ben, Hemşire Yeliz Karaçar. Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi ve doktora öğrencisiyim. Doktora tez çalışması kapsamında danışmanımla birlikte, Neuman'ın Sistemler Modeline temellendirilmiş psikoeğitimin yoğun bakım ünitesinde yatan bireylerin eşlerinin psikolojik sıkıntı ve stresle başa çıkma düzeyleri üzerine etkisini incelemeyi amaçlıyoruz. Bu doğrultuda, araştırmacı tarafından hazırlanan psikoeğitim programı, yoğun bakım ünitesine yakın bir alanda belirlenen görüşme odasında yüz yüze görüşme yöntemiyle haftada üç kez olmak üzere yaklaşık 45-60 dakika süren görüşmelerle altı oturum şeklinde uygulanacaktır. Birinci oturum; tanışma ve psikoeğitim programının tanıtımını, ikinci oturum; yoğun bakım ünitesine uyum sürecini, üçüncü-dördüncü ve beşinci oturum; stresle başa çıkma yöntemlerini, altıncı oturum ise; psikoeğitim programının değerlendirilmesi ve sonlandırılmasını içermektedir. Ayrıca sizden iki kez psikoeğitim programı öncesi (başlangıçta) ve sonrası (iki hafta sonra) iki anket doldurmanız beklenmektedir. Bu anketlerin doldurulması yaklaşık 10 dakika sürmektedir. Ayrıca psikoeğitim programının sonunda yaklaşık 30-45 dakika süren bireysel bir görüşme yapılacaktır. Programın sonunda görüşme yoluyla alınan bilgiler ses kayıt cihazı ile kaydedilecektir ve daha sonra araştırmacı tarafından yazılı hale getirilerek sizden teyit etmeniz istenecektir.

Bu araştırmadan ortaya çıkacak sonuçların yoğun bakım ünitesinde yatan bireylerin eşlerinin psikolojik sıkıntı ve stresle başa çıkma düzeylerine yönelik eğitim müdahalelerinin geliştirilmesine katkıda bulunacağı düşünülmektedir. Bu araştırma size ve/veya bağlı olduğunuz sağlık giderlerinizi karşılamakla yükümlü olan kuruluşa herhangi bir mali yük getirmeyecektir. Çalışmada, verdiğiniz yanıtlar ve kişisel bilgileriniz sadece çalışmayı yürüten araştırmacı tarafından bilenecek ve isimleriniz gizli kalacaktır.

Araştırmaya katılımınız tamamen gönüllü olmanıza bağlıdır ve katılmaya karar verdikten sonra istediğiniz zaman ilgili araştırmacılara bilgi vererek çalışmadan ayrılabilirsiniz. Çalışma öncesinde sormak istediğiniz sorular varsa yanıtlayabilirim. Çalışma sonrasında, çalışma sonuçları ile ilgili bilgi almak isterseniz bana telefon ile ya da e-posta ile ulaşabilirsiniz.

Doç. Dr.
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Arş. Gör.
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Tel:
E-posta:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye / katılımcıya verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Katılımcının Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Tarih:

Araştırmacının Adı Soyadı:

Arş. Gör. Yeliz KARAÇAR

İmzası:

Tarih:

EK-20

Neuman Sistemler Modeline Temellendirilmiş Psikoeğitim Programının Oturum İçerikleri ve Kuramsal Temeli

Oturum Başlığı ve Oturum İçerikleri	Stres Yönetimi Psikoeğitim Programı Kapsamında Planlanan Hemşirelik Girişimleri	NSM'ye göre Stres Yönetimi Psikoeğitim Programının Kuramsal Temeli
Birinci Oturum: Açılış Tanışma ve Psikoeğitim Programının Tanıtımı Hedefler - Tanışma, güven ilişkisinin oluşturulması - Terapötik ilişkinin başlatılması - Psikoeğitim süreci ve içeriği hakkında bilgi verilmesi - Bireyin sorularının cevaplanması - Ölçüm araçlarının uygulanması	Birinci oturumun amacı; bireyi tanımak, psikoeğitim programı hakkında bilgi vermek, bireyin duygu ve düşüncelerini ifade etmesi için desteklemek ve terapötik ilişkinin oluşturulmasını kapsar. - Bu oturumda araştırmacı aktif dinleme ve terapötik iletişim tekniklerini uygular. Giriş (5 dakika) - Birinci oturum, araştırmacının kendisini tanıtmayı ile başlar. Ardından bireyi tanımaya ve öyküsünü anlamaya yönelik etkileşim başlatılır. - Oturum amacı, süresi, kapsamı ve kuralları hakkında bilgi verilir. - Bireyin programa yönelik beklentileri sorulur. - Kişisel bilgi formunda yer alan sorular yoluyla bireyin öyküsü alınır. - Bireyden psikolojik sıkıntı ve stresle başa çıkma tarzları anketini doldurmaları istenir. Hemşirelik girişimleri (30 dakika) - Sakin, güven verici bir yaklaşım kullanılır. - Kabullenici bir ortam hazırlanır. - Güven ve saygıya dayalı terapötik bir ilişki kurulur.	Yoğun bakım süreci eşler için stres ve sıkıntı yaratan bir süreçtir. Birey, eşinin yoğun bakım ünitesine yatışı nedeniyle stresörler ile karşılaşabilmektedir. Bireyin kişi içi, kişiler arası ve kişi dışı çevresel tüm stresörleri savunma ve direnç hatlarını zorlayarak bireyin dengesinin ve uyumunun bozulmasına neden olabilmektedir. Stresörler, bireylerin esnek savunma hattını geçip normal savunma hattına ulaşabilir, sistem kararsızlığı gerçekleştirebilir ve reaksiyon oluşturabilir. NSM'de sistemin uyum ve dengede kalmasını sağlamak amacıyla hemşire tarafından birincil ve ikincil korumaya yönelik girişimler uygulanmaktadır (Fawcett ve Garity, 2009; Neuman ve Fawcett, 2011; Günüşen ve ark., 2009; McEwen, Melanie ve Wills, 2018). Birincil koruma düzeyinde uygulanan girişimler ile esnek savunma hattının

Kazanımlar • Birey ve hemşire birbirini tanır. • Birey duygularını ifade eder. • Birey psikoeğitim süreci ile ilgili duygu ve düşüncelerini paylaşır. Oturum Yöntemi ve Süresi • Bireysel • Yüz yüze görüşme • 45-60 dakika	• İletişimi kolaylaştıran teknikler/ terapötik iletişim teknikleri kullanılır. • Empati, sıcaklık ve içtenlik gösterilir. • Düşüncelerini, duygularını ve endişelerini açıklamaya teşvik etmek edilir. • Duygulara hassasiyet ve farkındalık gösterilir. • İletişimi kolaylaştırmak için sözsüz davranışlar kullanılır. • Konuşmanın içeriği değerlendirilir. • Bireyin sözlü ve sözsüz mesajları değerlendirilir. • Ses tonundaki değişikliklerin, perdelenmesinin ve tonunun farkında olunur. • Alınan mesajların anlaşılır olduğunu yansıtacak şekilde zamanında cevap verilir. • Geri bildirim ve açık/ kapalı uçlu sorular kullanılarak mesaj netleştirilir. • Bireyin düşüncelerini, duygularını ve endişelerini açıklamaya teşvik etmek için aktif dinleme yöntemi kullanılır. Sonlandırma (10 dakika) • Oturum hakkında bir özetleme yapılır. • Bireyin ilk oturuma ve psikoeğitim sürecine ilişkin duygu ve düşüncelerini ifade etmesi istenir varsa soruları yanıtlanır. • Bir sonraki oturum hakkında bilgi verilir ve planlama yapılır. • Araştırmacı oturumdaki süreci, duygu ve düşüncelerini paylaşarak oturumu sonlandırır.	güçlendirilmesi, ikincil koruma düzeyinde uygulanan girişimler ile normal savunma ve direnç hatlarının güçlendirilmesi ve temel yapının korunması amaçlanmaktadır. Bu süreçte hemşireler bireylerin uyum mekanizmalarını güçlendiren ve sisteme yönelik stresörlerin sayı ve etkisini azaltmayı amaçlayan müdahalelerle bireyi desteklemektedirler. NSM’de hemşirenin rolü öncelikli olarak birey sistemini etkileyen stresörleri belirlemek ve bunların bireyde oluşturdukları etkileri saptamaktır. Bu bağlamda, birinci oturumda bireyi tanımak, psikoeğitim programı hakkında bilgi vermek, bireyin duygu ve düşüncelerini ifade etmesi için desteklemek ve terapötik ilişkinin oluşturulması amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda, aktif dinleme ve terapötik iletişim tekniklerinin kullanılarak birincil koruma düzeyinde esnek savunma hattının ve ikinci koruma düzeyinde normal savunma hattı ve direnç hattının
---	--	---

		güçlendirilmesine yönelik hemşirelik girişimleri planlanmıştır. Bu oturumda, bireyin psikolojik değişkenleri desteklenerek birincil ve ikincil koruma sağlanır. Bu değişkenleri geliştirmeye, etkinliğini artırmaya, esnek savunma hattını ve normal savunma hattını güçlendirmeye yönelik aktif dinleme ve terapötik iletişim tekniklerine yönelik hemşirelik girişimleri uygulanır. Böylece bireyin esnek savunma hattı, normal savunma hattı ve psikolojik değişkenleri güçlendirilir.
İkinci Oturum Yoğun Bakım Ünitesine Uyum Süreci Hedefler • Terapötik ilişkinin sürdürülmesi • Yoğun bakım ünitesi ve ekibinin tanıtılması • Kritik hastalık süreci hakkında bilgi verilmesi	• İkinci oturumun amacı, bireyin yoğun bakım ünitesini tanımasına ve eşinin kritik hastalık sürecine uyum sağlamasına yardımcı olmaktır. • Yoğun bakım ünitesi ve ekibi tanıtılır. • Yoğun bakım ve kritik hastalık sürecine ilişkin bilgi verilir. • Bu oturumda bireyin eşinin yoğun bakım ünitesine ani ve plansız yatışı, kritik hastalığı, eşinin yanında olamaması gibi nedenlere yaşadığı stresi anlamaya yönelik hemşirelik girişimleri uygulanır. • Bu kapsamda araştırmacı danışmanlık, stres ve anksiyetenin azaltılması, duygusal destek ve ümit aşılama yönelik hemşirelik girişimlerini uygular. Giriş (5 dakika) • Araştırmacı bir önceki oturum içeriğini kısaca hatırlatır ve ikinci oturum hakkında bilgi verir.	NSM’de hemşire, sistemin dengesinin sürdürülebilmesi için birey, çevre, sağlık ve hemşirelik arasında bağlantılar yaratarak denge ve uyumu sağlamaya destek olmaktadır. İkinci oturumda, bireyin denge ve uyum durumunu korumak ve sürdürmek amacıyla güvenli, sakin ve terapötik bir etkileşim başlatılır. Bu nedenle, bireyin denge ve uyumunu etkileme potansiyeli olan ya da etkileyen stresörlere yönelik koruyucu önlemlerin gerçekleştirmesi

• Stres ve anksiyetenin azaltılması • Duygusal destek sağlanması • Ümit aşılması • Bireyin sorularının cevaplanması Kazanımlar • Birey yoğun bakım sürecini tanır. • Birey kritik hastalık sürecini anlar. • Birey yaşadığı stres kaynaklarını fark eder. • Birey yaşadığı stresi ve kaygıyı ifade eder. • Birey yoğun bakım ve kritik hastalık süreci ile ilgili duygu ve düşüncelerini paylaşır. • Birey kişisel güçlerinin ve yeteneklerinin farkına varır. • Birey yaşamına yönelik ümit alanlarını tanımlar. Oturum Yöntemi ve Süresi	• Araştırmacı bireyin duygu, düşünce ve davranışlarını ifade etmesine yönelik etkileşimi başlatır. Hemşirelik Girişimleri (45 dakika) Danışmanlık • Sakin, güven verici bir yaklaşım kullanılır. • Kabullenici bir ortam hazırlanır. • Güven ve saygıya dayalı terapötik bir ilişki kurulur. • Empati, sıcaklık ve içtenlik gösterilir. • Mahremiyet sağlanır ve gizliliğin sağlandığından emin olunur. • Yoğun bakım ünitesi ve kritik hastalık süreci ile ilgili bilgi verilir. • Duygularının ifadesi desteklenir. • Eşinin yoğun bakımda olmasına yönelik kişi içi, kişiler arası ve kişi dışı stresörlerin belirlenmesi ve tanınmasında bireye yardımcı olunur. • Stresini ve kaygısını ifade etmesini kolaylaştırmak için terapötik iletişim ve açık iletişim teknikleri kullanılır. • Bireyden yoğun bakım ve kritik hastalık sürecine ilişkin yapabilecekleri/ yapamayacaklarını belirlemeleri istenir. • Yoğun bakım ve kritik hastalığa uyum sürecinde karşılaştığı problemleri, tüm olası seçenekleri listelemesi ve bunları öncelik sırasına dizmesinde bireye yardımcı olunur (ör. ziyaret saatleri, bireyin ihtiyaçları, bilgi alma gibi). • Bireyin ve yoğun bakım ekibinin yoğun bakım ünitesi ve kritik hastalığa yönelik bakış açılarındaki herhangi bir farklılık varsa belirlenir. • Bireyin davranışlarının hastayı nasıl, ne yönde etkilediği belirlenir.	önemlidir (Neuman ve Fawcett, 2011; Can, 2019). Stresörler, bireyin iç ve dış çevresinde bulunan, rahatsızlığa neden olan her türlü uyandır (Ayaz Alkaya, 2017). Stresörlerin etkisi olumlu ya da olumsuz yönde sonuçlanabilir. Bu etki büyük oranda bireyin stresörlerle baş etme yeteneğine ve algısına bağlıdır. Bireyin kişi içi stresörleri, birey sisteminin kendi içinden gelen ve iç çevresine ait iç çevresel güçlerdir (Neuman ve Fawcett, 2011). Çeşitli yaşam olaylarına (hastalık, keder vb.) verilen tepkiler, bireyin kendi sınırları içinde oluşan kişi içi stresörlerdir (örneğin; otoimmün tepki). Bu çalışmada bireyin eşinin beklenmeyen bir anda kritik hastalık tanısı nedeniyle YBÜ'ye yatışının yapılması, kritik hastalık sürecine yönelik bilgi eksikliği, sürecin belirsizliğine yönelik stres, kaygı ve korku yaşaması, eşini kaybetme korkusu, yalnız kalma korkusu, bakım vermeye yönelik kaygıları, umutsuzluk, anksiyete, bireyin fiziksel ve psikolojik sağlığını olumsuz yönde etkilemesi kişi içi
---	---	---

• Bireysel • Yüz yüze görüşme • 45-60 dakika	• Bireyin yoğun bakım ünitesi ve kritik hastalık sürecine yönelik bilgisini artırmaya yardım edecek araçlar (ör. kâğıt, kalem, diğer kişilerle etkileşim gibi) uygun şekilde kullanılır. • Bireyin güçlü yönlerini tanımasında ve bunları güçlendirmesinde yardım edilir. Stres ve anksiyetenin azaltılması • Sakin, güven verici bir yaklaşım kullanılır. • Yoğun bakım ünitesinin işleyişi ve süreciyle ilgili gerekli bilgiler (ziyaret, bilgilendirme vs.) açıklanır. • Bireyin yaşadığı stres ve kaygı empatik iletişim kurularak bireyin bakış açısından anlaşılmaya çalışılır. • Bireyin eşinin kritik hastalık sürecinde ilişkili tanı, tedavi ve prognoza ilişkin doğru bilgiye ulaşabilmesi için yoğun bakım ekibiyle iletişim ve iş birliği sağlanır. • Bireyin yaşadığı stres ve anksiyeteyi azaltmak ve güveni sağlamak için bireyin yanında bulunduğu hissettirilir. • Yoğun bakım ziyaretinde bireyin eşinin yanında olması için uygun şekilde cesaretlendirilir. • Dikkat ve ilgiyle dinlenir. • Davranışları uygun şekilde pekiştirilir. • Duyguları, algıları ve korkularını sözel olarak ifade edebilmesi için cesaretlendirilir. • Stresin fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, spiritüel ve gelişimsel değişkenlere yönelik belirtileri tanımlanır. • Stres yaratabilecek durumları tanıması için bireye yardım edilir. • Beklenen / yaklaşan bir olayı (örn. yoğun bakımda yatan eşine yönelik uygulanacak tanısal işlem, ameliyat, taburculuk planı vb.) gerçekçi bir şekilde tanımlaması ve sözel olarak ifade etmesi için bireye yardım edilir.	stresörler olarak değerlendirilebilmektedir. Kişiler arası stresörler dış çevreye aittir. Bir ya da birden fazla birey arasında ortaya çıkan kişilerarası stresörlerdir (Neuman ve Fawcett, 2011). Bu çalışmada YBÜ'ye yatan bireylerin eşlerinin, bu süreçte yaşadığı rol değişikliği, rol beklentisi gibi aile içindeki süreçlerdeki değişimle ilgili bireylerin başa çıkmalarını güçlendirecek ya da psikolojik sıkıntı yaşamalarına neden olabilecek durumlar kişiler arası stresörler olarak değerlendirilebilir. Bireyin sınırları dışında meydana gelen dış çevresel stresörler kişi dışı stresörlerdir (Neuman ve Fawcett, 2011). YBÜ'ye yatan bireylerin eşlerinin bu süreçte yaşadıkları ekonomik kaygıları ya da bakımın devamlılığının sağlanması gibi faktörler kişi dışı stresör olarak değerlendirilebilir. Bu amaçla bu oturumda, birincil ve ikincil koruma düzeyinde planlanan hemşirelik girişimleri ile bireyin yoğun bakım ünitesini tanıtılması ve kritik
--	--	---

	• Bireyin karar verme yeterliği tanımlanır (anlama, muhakeme etme, değerlendirme ve seçim bildirme). Duygusal destek • Bireyin yoğun bakım ve kritik hastalık sürecine yönelik duygusal deneyimlerini ifade etmesi için cesaretlendirilir. • Birey ile duyguları tetikleyen durumlar ve stresörler belirlenir. • Destekleyici ve empatik yaklaşımda bulunulur. • Anksiyete, kızgınlık ya da üzüntü gibi duyguları tanımasında bireye yardımcı olunur. • Suçluluk ya da utanma duyguları hakkında duygularını ifade etmesi sağlanır. • Bireyin öfke, kızgınlık, hayal kırıklığı hakkında duygularını ifade etmesi sağlanır. • Bireyin hissettiklerini ve inançlarını ifade etmesi için cesaretlendirilir ve birey aktif şekilde dinlenir. • Bireyin stres ile baş etme için kullandığı tepkilerini tanımlaması sağlanır. • Duygusal tepkisini azaltmak için birey konuşma ya da ağlamaya cesaretlendirilir. • Yoğun bakım ve kritik hastalığa uyum sürecine yönelik karar vermesi gereken durumlarda birey desteklenir. Ümit aşılama <i>(bu girişimler üçüncü, dördüncü ve beşinci oturumlarda yer alan girişimlere temel oluşturur)</i> • Bireyin yaşamdaki ümit alanlarını tanımasına yardım edilir. • Birey içinde bulunduğu durumun geçici bir süreç olup olmadığı ile ilgili bilgilendirilir.	hastalık sürecine uyum sağlamasına yardımcı olmak amaçlanmıştır. Bu oturumun hedefleri; terapötik ilişkinin sürdürülmesi, yoğun bakım ünitesinin ve ekibinin tanıtılması, kritik hastalık süreci hakkında bilgi verilmesi, duygusal destek sağlanması ve ümit aşılama. NSM’de esnek savunma hattının ve normal savunma hattının psikolojik değişkenlerinin güçlendirilmesine yönelik hemşirelik girişimleri planlanmıştır. Bu doğrultuda ikinci oturumda, danışmanlık, duygusal destek ve ümit aşılama yönelik hemşirelik girişimlerinin uygulanarak esnek savunma hattı ve normal savunma hattının güçlendirilmesi planlanmıştır. Bu oturumda, bireyin psikolojik değişkenleri desteklenerek birincil ve ikincil koruma sağlanır. Bu değişkenleri geliştirmeye, etkinliğini artırmaya, esnek savunma hattını ve normal savunma hattını güçlendirmeye yönelik danışmanlık, duygusal destek ve ümit aşılama yönelik hemşirelik
--	---	---

	• Bireyin benlik saygısının (içsel değerinin) farkında olarak ve hastalık sürecinin yaşamın sadece bir yönü olduğunu görüldüğü belirtilerek ümit gösterilir. • Bireyin sürece ilişkin umut ve umutsuzluk duyguları değerlendirilir. • Yoğun bakım ünitesinde yatan eşi ile iletişimini sürdürmesi desteklenir. • Birey, yoğun bakımda yatan eşinin kritik hastalık sürecine ilişkin ümit/ ümitsizlik duygularını ifade etmesi için cesaretlendirilir. • Uygun şekilde, yaşamını amaçlı bir şekilde gözden geçirmesi veya anımsaması sağlanır. • Yakınları ile olumlu bir ilişki kurması için teşvik edilir. • Ümidin olumlu yönleri (ör. bireyin sevgi ve gereksinimini yansıtan, anlamlı konularda konuşmayı geliştirme) hakkında bilgi verilir. • Bireyin dinsel uygulamalarını uygun şekilde yapabilmesini kolaylaştıran bir çevre oluşturulur. Sonlandırma (10 dakika) • Oturum hakkında bir özetleme yapılır. • Bireyin oturuma ilişkin duygu ve düşünceleri paylaşılması istenir varsa soruları yanıtlanır. • Bir sonraki oturum hakkında bilgi verilir. • Araştırmacı oturumdaki süreci, duygu ve düşüncelerini paylaşarak oturumu sonlandırır.	girişimleri uygulanır. Böylece bireyin esnek savunma hattı, normal savunma hattı ve psikolojik değişkenleri güçlendirilir.
Üçüncü Oturum Stresle Başa Çıkma-I Hedefler	• Üçüncü oturumun amacı, bireyi stresi ve stres kaynaklarını, belirtilerini, bireyin stres yönetiminde duyguya ve düşünceye yönelik etkili başa çıkma tekniklerini tanımasıdır. Bu oturumda araştırmacı tarafından hazırlanan yararlanılarak bireyin stresi tanıması ve stres yönetiminde duygu ve düşünceye yönelik başa çıkma teknikleri öğrenmesine yardımcı olunur. • Bu kapsamda araştırmacı, stres ve anksiyetenin azaltılması, ümit	NSM’de stresörler, sistem kararsızlığına neden olabilecek etkenler olarak tanımlanmaktadır (Neuman ve Fawcett, 2011). NSM’de her savunma hattı fizyolojik, psikolojik, gelişimsel, sosyokültürel ve spiritüel olmak üzere

• Stresi tanınması ve nedenlerini bilmesi • Stresin kaynaklarını ve belirtilerini bilmesi • Bireysel stres yanıtlarını tanınması • Stresle başa çıkmada duygu ve düşünceye yönelik etkili yöntemleri tanınması • Uygun olmayan yaygın düşünce hatalarını öğrenmesi • Stres ve anksiyetenin azaltılması • Duygusal ve spiritüel destek sağlanması • Ümit aşılması • Kazanımlar • Stresin vücuttaki etkilerini tanıır. • Stresle ilgili farkındalık kazanır. • Stresle ilgili kullanabileceği	aşılması, duygusal destek sağlanması, duygu ve düşünceye yönelik baş etmeyi güçlendirme ve spiritüel desteğe yönelik hemşirelik girişimlerini uygular. Giriş (5 dakika) • Araştırmacı bir önceki oturum içeriğini kısaca hatırlatır ve üçüncü oturum hakkında bilgi verir. • Araştırmacı bireyin duygu, düşünce ve davranışlarını ifade etmesine yönelik etkileşimi başlatır. Hemşirelik girişimleri (45 dakika) Stres ve anksiyetenin azaltılması • Sakin, güven verici bir yaklaşım kullanılır. • Stres tanımlanır ve vücuttaki etkileri hakkında bilgi verilir. • Stresin fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, spiritüel ve gelişimsel değişkenlere yönelik belirtileri tanımlanır. • Stres yaratabilecek durumları tanınması için bireye yardım edilir. • Stresle baş etme kullanılan etkili ve etkisiz yöntemler hakkında bilgi verilir. • Geçmişteki ve şimdiki başa çıkma becerilerinin ve bunların etkinliklerinin belirlenmesine yardım edilir. • Bireyin eşinin yoğun bakım ve kritik hastalık sürecini nasıl algıladığı değerlendirilir • Bireyin yaşadığı stres ve kaygı bireyin bakış açısından anlaşılmasına çalışılır. • Bireyin eşinin kritik hastalık sürecinde ilişkili doğru bilgiye ulaşabilmesi için yoğun bakım ekibiyle iletişim ve iş birliği sağlanır.	beş değişkenle ilgili benzer koruyucu faktörleri içermekte ve kendilerine özel koruyucu işlevleri bulunmaktadır (Neuman ve Fawcett, 2011; Hannooodee ve Dhamoon, 2021). Sistem, savunmanın esnek hattı tarafından yeterince korunmadığında herhangi bir stresör savunmanın normal hattını geçerek bireyde reaksiyon yaratabilmektedir. Savunmanın normal çizgisi dinamikdir, zamanla genişleyip, daralmaktadır. Bireyin zaman içinde stresle baş etmesi, sağlıklı olma durumunu koruması ya da kendine göre normal olan sürede stresörlere uyum göstermesi, istikrarını koruması ve normal iyilik halini sürdürür hale gelmesidir. Normal savunma hattı zamanla gelişir ve başa çıkma yöntemleri, yaşam tarzı faktörleri, gelişimsel, sosyal ve kültürel etkiler gibi sistem değişkenlerinden etkilenmektedir (McEwen ve ark., 2018). Normal savunma hattının fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, gelişimsel, manevi yeteneklerin bileşenlerinin stresörlerle baş etmek
---	---	---

duygu ve düşünceye yönelik başa çıkma yöntemlerini tanır, sayabilir. • Etkili/etkili olmayan başa çıkma yöntemlerini ayırt eder. • Stres durumunda etkili duygu ve düşünceye yönelik baş etme yöntemlerine başvurur. • Duygu ve düşünce arasındaki ilişkiyi fark eder. • Duygu, düşünce ve beden arasındaki ilişkiyi öğrenir. • Olumlu/ olumsuz duygularını ifade eder. • Birey var olan yaygın düşünce hatalarını tanımlar. • Spiritüel destek alanlarını tanımlar. Oturum Yöntemi ve Süresi • Bireysel	• Bireyin yaşadığı stres ve anksiyeteyi azaltmak ve güveni sağlamak için bireyin yanında olduğu hissettirilir. • Yoğun bakım ziyaretinde bireyin eşinin yanında olması için cesaretlendirilir. • Dikkat ve ilgiyle dinlenir. • Duyguları, algıları ve korkularını sözel olarak ifade edebilmesi için cesaretlendirilir. • Beklenen / yaklaşan bir olayı (örn. yoğun bakımda yatan eşine yönelik uygulanacak tanısal işlem, ameliyat, taburculuk planı vb.) gerçekçi bir şekilde tanımlaması ve sözel olarak ifade etmesi için bireye yardım edilir. • Bireyin karar verme yeterliği tanımlanır (anlama, muhakeme etme, değerlendirme ve seçim bildirme). Duyguya yönelik başa çıkmayı güçlendirme • Stresin duygular üzerine etkilerine yönelik bilgi verilir ve bireyin farkındalığı artırılır. • Bireyin eşinin yoğun bakım sürecine ilişkin strese tepki olarak yaşadığı duyguya yönelik etkilerini tanımlaması için yardım edilir. • Bireyin yoğun bakım ve kritik hastalık sürecine yönelik duygusal deneyimlerini ifade etmesi için cesaretlendirilir. • Birey ile duyguları tetikleyen durumlar ve stresörler belirlenir. • Destekleyici ve empatik yaklaşımda bulunulur. • Anksiyete, kızgınlık ya da üzüntü gibi duyguları tanımasında bireye yardımcı olunur. • Suçluluk ya da utanma duyguları hakkında duygularını ifade etmesi sağlanır. • Bireyin öfke, kızgınlık, hayal kırıklığı hakkında duygularını ifade etmesi sağlanır.	için kullanılması önemlidir (Neuman ve Fawcett, 2011). NSM’de psikolojik değişkenler, çevre ile etkileşim içinde bilişsel süreçleri, içten ve dıştan gelen dinamik çevresel etkileri ifade etmektedir (Neuman ve Fawcett, 2011). YBÜ’de yatan bireylerin eşlerinin oldukça stresli bir ortam olarak yoğun bakımda psikolojik sıkıntı yaşadıkları ve stresle başa çıkma tarzlarında pasif yöntemleri kullandıkları belirtilmektedir (Rückholdt ve ark., 2019). NSM’de spiritüel değişkenler, bireyin temel yapısının komponenti olarak doğuştan gelen bir bileşendir ve bireyin manevi yapısını, inançlarını ve bunların etkilerini ifade etmektedir (Neuman ve Fawcett, 2011). Dolayısıyla stresörler bu bireylerin esnek savunma hattı ve normal savunma hattını etkileyebileceğinden dolayı bu hatları güçlendirmek amacıyla bu oturumda psikolojik ve spiritüel değişkenlere yönelik birincil ve ikincil koruma düzeyinde hemşirelik girişimleri uygulanması planlanmıştır. Bu bağlamda üçüncü
---	--	---

• Yüz yüze görüşme • 45-60 dakika	• Bireyin hissettiklerini ve inançlarını ifade etmesi için cesaretlendirilir ve birey aktif şekilde dinlenir. • Bireyin stresi ve kaygısı ile baş etme için kullandığı tepkilerini tanımlaması sağlanır. • Duygusal tepkisini azaltmak için birey konuşma ya da ağlamaya cesaretlendirilir. • Yoğun bakım ve kritik hastalığa uyum sürecine yönelik karar vermesi gereken durumlarda birey desteklenir. • Birey duygu ve düşünceye yönelik etkili baş etme yöntemlerini kullanması için desteklenir. Düşünceye yönelik başa çıkmayı güçlendirme • Stresin düşünceler üzerine etkilerine yönelik bilgi verilir ve bireyin farkındalığı artırılır. • Bireyin eşinin yoğun bakım sürecine ilişkin strese tepki olarak yaşadığı yaygın düşünce hataları değerlendirilir. • Bireyin kendisinde var olan yaygın düşünce hatalarının farkına varması sağlanır. • Bireyin en çok ilgilendiği bilginin ne olduğunu tanımlamasına ve bu bilgiyi edinmesine yardım edilir. • Yoğun bakım ekibiyle iş birliği yaparak bireyin eşinin kritik hastalık durumuna -tanı, tedavi ve prognoza- ilişkin doğru bilgiye ulaşmasına yardım edilir. • Bireyin duygusal uyarılmalara yol açan iç konuşmaları fark edilir, gerçeği kabul etmesine yardım edilir. • Bireyin, sıklıkla gerçekçi olmayan iç konuşmalarından kaynaklanan istendik davranışları sürdürmedeki yetersizliğini anlamasına yardım edilir. • Bireyin gerçekçi olmayan iç konuşmalarını gerçekçi olanlarla değiştirmesine yardım edilir.	oturumda bireyin stresi ve stres kaynaklarını, belirtilerini, stres ve anksiyetenin azaltılması, stres yönetiminde duyguya ve düşünceye yönelik etkili başa çıkma tekniklerini tanıması, spiritüel destek sağlanmasına yönelik hemşirelik girişimlerinin uygulanması planlanmıştır. Böylece psikolojik değişkenler ve spiritüel değişkenlere yönelik uygulanan girişimlerin esnek savunma hattı ve normal savunma hattı üzerine birincil ve ikincil koruma düzeyinde koruma sağlaması amaçlanmaktadır.
--	---	---

	• Bireyin acı veren duygularını isimlendirmesine (ör. öfke, anksiyete, umutsuzluk) yardım edilir. • Bireyin stresine katkıda bulunan, algılanan stresörleri (ör. durumlar, olaylar, diğer bireylerle etkileşimler) tanımlamasına yardım edilir. • Bireyin algılanan stresörler hakkındaki yanlış yorumlarını tanımlamasına yardım edilir. • Bireye gerçeklikle karşılaştırıldığında gerçekçi olmayan inançlarını tanıması için yardım edilir. • Bireye, eşinin yoğun bakım ve kritik hastalık durumunu objektif olarak değerlendirmeye başlaması/ geliştirmesi için bireye yardım edilir. • Bireyin stresli durumlar, olaylar ve etkileşimlerdeki yanlış yorumlamalarını daha gerçekçi temellere dayalı yorumlara dönüştürmesine yardım edilir. • Uygun şekilde bireyin algılarıyla/davranışlarıyla ilgili güçlüklerine yönelik sorular sorarak açıklamalar yapılır. • Duruma alternatif bakış açılarını tanımlayan açıklamalar yapılır. • Durumu farklı bir açıdan görmek için bireyin alışlagelmiş inanç sisteminden yararlanır. Spiritüel destek • Güven ve empatik bakımı sağlamak için terapötik iletişim kullanılır. • Spiritüel güç ve destek sağlamada ilişkiler ve olaylar üzerine odaklanması ve geçmiş yaşamını gözden geçirmesi için birey cesaretlendirilir. • Spiritüel aktiviteler için uygun bir ortam sağlanır. • Bireyin inançla ve değerleriyle ilgili kaygılarını ifade etmesi için açık olunur.	
--	---	--

	• Bireyin yalnızlık ve güçsüzlük ifadelerine açık olunur. • Eğer istiyorsa dinsel ibadetler için uygun ortam sağlanır. • Bireyin meditasyon, dua ya da diğer dinsel geleneklerini ve ritüellerini kullanması kolaylaştırılır. • Bireyin hastalık ve ölüm hakkındaki duygularını, sorularını duymaya hazır olunur. • Öfkesini uygun şekilde ifade etmesi ve uygun yollarla rahatlayabilmesi için bireye yardım edilir. Sonlandırma (5 dakika) • Oturum hakkında bir özetleme yapılır. • Bireyin oturuma ilişkin duygu ve düşünceleri paylaşılması istenir varsa soruları yanıtlanır. • Bir sonraki oturum hakkında bilgi verilir. • Araştırmacı oturumdaki süreci, duygu ve düşüncelerini paylaşarak oturumu sonlandırır.	
Dördüncü Oturum Stresle Başa Çıkma-II Hedefler • Stresle baş etmede bedene yönelik teknikleri tanıması • Stresli durumda bedene yönelik etkili baş etme yöntemlerini uygulaması	• Dördüncü oturumun amacı, bireyin stres yönetiminde bedene yönelik etkili başa çıkma tekniklerini öğrenmesi ve uygulamasıdır. • Bu kapsamda araştırmacı, psikolojik rahatlığı geliştirmeye (gevşeme terapisi) ve fiziksel rahatlığı geliştirme (kaslarda progresif gevşemenin sağlanması) yönelik hemşirelik girişimlerini uygular. Giriş (5 dakika) • Araştırmacı bir önceki oturum içeriğini kısaca hatırlatır ve dördüncü oturum hakkında bilgi verir. • Araştırmacı bireyin duygu, düşünce ve davranışlarını ifade etmesine yönelik etkileşimi başlatır	Hemşireler uyum mekanizmalarını güçlendirme ve sisteme yönelik stresörlerin sayı ve etkisini azaltmayı amaçlayan girişimlerle bireyi desteklemektedirler. NSM’de fizyolojik değişkenler, vücut yapısı ve fonksiyonu ile ilgili olan fizyolojik değişkenlere, homeostaz yoluyla vücudun korunması ve beslenmesine hizmet etmektedir (Neuman ve Fawcett, 2011) . Bu çalışmada, YBÜ’de yatan bireylerin eşlerinin bu süreçte etkilen fiziksel sağlık durumu,

• Stres ve anksiyetenin azaltılması • Nefes egzersizinin öğretilmesi ve uygulanması • Bireyin gevşeme tekniğini öğrenmesi ve uygulaması • Duygusal destek sağlanması Kazanımlar • Stresle etkili baş etmesinin sağlığını geliştirmedeki önemini anlar. • Etkili/etkili olmayan baş etme yöntemlerini ayırt eder. • Stres durumunda bedene yönelik etkili baş etme yöntemlerine başvurur. • Stresle ilgili kullanabileceği baş etme yöntemlerini tanıyabilir. • Nefes egzersizini uygular. • Gevşeme egzersizini uygular.	Hemşirelik girişimleri (45 dakika) Stres ve anksiyetenin azaltılması • Stresin bedene yönelik etkileri hakkında bilgi verilir. • Stresle baş etmede bedene yönelik teknikler tanıtılır. • Stresin bireyin bedenine yönelik etkileri değerlendirilir. • Birey, etkili bedene yönelik teknikleri uygulaması için cesaretlendirilir. • Stresle baş etme kullanılan etkili ve etkisiz yöntemler hakkında bilgi verilir. • Geçmişteki ve şimdiki bedene yönelik baş etme becerilerinin ve bunların etkinliklerinin belirlenmesine yardım edilir. • Bireyin yaşadığı stres ve anksiyeteyi azaltmak ve güveni sağlamak için bireyin yanında olduğu hissettirilir. • Stresin fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, spiritüel ve gelişimsel değişkenlere yönelik belirtileri tanımlanır. • Beklenen / yaklaşan bir olayı (örn. yoğun bakımda yatan eşine yönelik uygulanacak tanıtım işlemi, ameliyat, taburculuk planı vb.) gerçekçi bir şekilde tanımlaması ve sözel olarak ifade etmesi için bireye yardım edilir. • Bireyin karar verme yeterliği tanımlanır (anlama, muhakeme etme, değerlendirme ve seçim bildirme). • Birey yoğun stres altındayken karar alması önlenir. Nefes egzersizi • Bireye nefes egzersizi öğretilir ve uygulaması için yardım edilir. • Rahat bir pozisyonda oturması veya yatar pozisyonda uzanması istenir.	strese karşı verilen fizyolojik tepkileri fizyolojik değişkene karşı gelmektedir. NSM’de psikolojik değişkenler, çevre ile etkileşim içinde bilişsel süreçleri, içten ve dıştan gelen dinamik çevresel etkileri ifade etmektedir (Neuman ve Fawcett, 2011). YBÜ’de yatan bireylerin eşlerinin oldukça stresli bir ortam olarak yoğun bakımda psikolojik sıkıntı yaşadıkları ve stresle başa çıkma tarzlarında pasif yöntemleri kullandıkları belirtilmektedir (Rückholdt ve ark., 2019). Dolayısıyla stresörler bu bireylerin esnek savunma hattı ve normal savunma hattını etkileyebileceğinden dolayı bu hatları güçlendirmek amacıyla bu oturumda fizyolojik ve psikolojik değişkenlere yönelik birincil ve ikincil koruma düzeyinde hemşirelik girişimleri uygulanması planlanmıştır. Bu bağlamda dördüncü oturumda bireyin stres yönetiminde bedene yönelik etkili başa çıkma teknikleri öğrenmesi ve uygulaması amaçlanmıştır. Bu doğrultuda bireyin
--	--	--

- Fiziksel egzersize uyum sağlar ve sürdürür. Oturum Yöntemi ve Süresi - Bireysel - Yüz yüze görüşme 60 dakika	- Sağ elini göbeğin hemen altına, sol elini ise göğsünün üstüne koyması istenir. - Burundan derin bir nefes alması, bu esnada karın bölgesinin şişmesi gerektiği belirtilir. - Nefesini yaklaşık 3-4 saniye boyunca tutması ve ağzından yavaşça nefes vermesi istenir. Bu esnada karın bölgesinin tekrar içeri doğru çekileceği belirtilir. - Nefes verirken yavaş olması ve mümkün olduğunca tüm havayı boşaltması istenir. - Nefes alma ve verme işlemini 10-15 kez tekrarlatılır. - Bu egzersizleri düzenli olarak yapılması ve mümkünse günde en az 5-10 dakika nefes egzersizini uygulaması önerilir. Gevşeme egzersizi - Sessiz ve rahat bir ortam seçilir. - Gevşemenin gerekçesini, yararlarını sınırlılıklarını ve kullanılabilecek gevşeme çeşitleri (örn. müzik, meditasyon, ritmik soluk alma, progresif kas gevşemesi) tanımlanır. - Belirli bir gevşeme stratejisi seçmeden önce bireyin katılmak için istekliliğini, katılma yeterliğini, tercihini geçmiş deneyimleri ve kontrendikasyonları dikkate alınır. - Seçilen gevşeme girişimin ayrıntılı tanımı yapılır. - Mümkün olduğunda loş ışıklı, uygun sıcaklıkta, sessiz ve rahatsız edici olmayan bir çevre oluşturulur. - Bireye rahatsız edici olmayan kıyafetlerle rahat bir pozisyonda olduğunu varsayması ve gözlerini kapatması önerilir. - Derin nefes alma, esneme, karın solunumu yapma ya da huzurlu bir görüntü oluşturma gibi gevşeme sağlayacak davranışlar ortaya çıkarılır.	fizyolojik ve psikolojik değişkenlerini güçlendirmeye yönelik stres ve anksiyetenin azaltılması, psikolojik rahatlığı geliştirmeye (gevşeme terapisi), fiziksel rahatlığı geliştirme (kaslarda progresif gevşemenin sağlanması), fiziksel egzersizi geliştirmeye yönelik hemşirelik girişimlerinin uygulanarak esnek savunma hattı ve normal savunma hattı üzerine birincil ve ikincil koruma düzeyinde koruma sağlaması amaçlanmaktadır.
--	--	--

	• Birey rahatlamaya davet edilir ve duyguların oluşmasını izin verilir. • Yavaş, ritmik hızdaki kelimeler ve yumuşak bir ses tonu kullanılır. • Gevşeme tekniği bireye gösterilir ve uygulanır. • Mümkünse tekniklerin tekrar kullanılması için teşvik edilir. • Gevşemenin kullanılmasına yönelik gereksinim önceden belirlenir. • Gevşeme tekniklerine hazırlanma ve uygulama ile ilgili yazılı bilgi sağlanır. • Seçilen tekniklerin sık sık tekrarlanması ya da uygulanması için cesaretlendirilir. • Gevşeme teknikleri sırasında birey uyuyabileceği için rahatsız edilmeyeceği bir alan ve zaman sağlanır. • Uygulamanın yarıda kesilmesini önlemek için önlemler alınır. • Bireyi arkaya doğru yatan bir koltuğa oturtulur ve rahat oturması sağlanır. • Bireye rahat ve kısıtlayıcı olmayan giysiler giymesi söylenir. • Bireye çene gevşetme egzersizi öğretilir. • Bireyin her büyük 8-16 adet kas grubunu 5-10 saniye girmesi sağlanır. • Kramp girmesini önlemek için ayak kasları 5 saniyeden daha uzun süre gerdirmemesi için bilgi verilir. • Bireye kaslarını gererken duyulara odaklanması için destek olunur. • Bireye kaslarını gevşetirken duyulara odaklanması için destek olunur. • Kas grubunun gevşemiş olduğundan emin olmak için periyodik olarak birey kontrol edilir. • Eğer gevşeme yaşanmadıysa, bireyin kas grubunu tekrar girmesi sağlanır. • Hareket etme, zor nefes alma, konuşma ve öksürme gibi gevşememiş olmaya işaret eden göstergeler izlenir.	
--	---	--

	• Bireye derin nefes alması ve yavaşça nefesini bırakması ve gevşemesi söylenir. • Bireyin odaklanmasına ve rahat hissetmesine yardımcı olan bir gevşeme konuşması oluşturulur. • Gevşeme seansı kademeli bir şekilde sonlandırılır. • Bireye girişime ilişkin duygularını ifade etmesi için zaman verilir. • Birey düzenli seanslar uygulama tekrarı yapma konusunda cesaretlendirilir • Uygun şekilde gevşeme sağlandığına ilişkin bireyin bildirimini düzenli olarak değerlendirin ve kas gerginliğini, kalp hızını kan basıncı ve vücut sıcaklığı periyodik olarak değerlendirilir. • Bireyin kullanması için gevşeme tekniğinin uygun şekilde kayda alınması sağlanır. • Gevşeme egzersizine tepki değerlendirilir. Fiziksel egzersizi geliştirme • Bireye stres yönetiminde bedene yönelik tekniklerden fiziksel egzersizin önemi anlatılır. • Bireyin fiziksel egzersiz ile ilgili önceki deneyimlerini paylaşması istenir. • Bireyin egzersiz programına başlama ve sürdürme motivasyonu belirlenir. • Bireyin fiziksel egzersize ilişkin engelleri tanımlanır. • Bireyin fiziksel egzersiz gereksinimine ilişkin duygularını ifade etmesi için cesaretlendirilir. • Birey fiziksel egzersize başlaması ve sürdürmesi için cesaretlendirilir. • Bireye haftalık rutin içinde düzenli zamanlarda egzersiz programı (yürüyüş vb.) yapması için yardım edilir.	
--	--	--

	• Bireye uygun şekilde egzersizler gösterilir ve uygulaması için teşvik edilir. • Bireye uygun ısınma ve soğuma egzersizleri öğretilir. • Bireye egzersiz yaparken yaralanmalardan korunma teknikleri öğretilir. • Bireye fiziksel egzersiz sırasında oksijen alımını artırmak amacıyla nefes egzersizlerini uygulaması teşvik edilir. • Bireyin çabası için olumlu geri bildirim verilir. Sonlandırma (5 dakika) • Oturum hakkında bir özetleme yapılır. • Bireyin oturuma ilişkin duygu ve düşünceleri paylaşılması istenir varsa soruları yanıtlanır. • Bir sonraki oturum hakkında bilgi verilir. • Araştırmacı oturumdaki süreci, duygu ve düşüncelerini paylaşarak oturumu sonlandırır.	
Beşinci Oturum: Stresle Başa Çıkma-III Hedefler: ♦ Stres yönetiminde etkili duruma yönelik teknikleri tanınması	• Beşinci oturumun amacı, bireyin stres yönetiminde duruma yönelik etkili teknikleri öğrenmesi ve uygulamasıdır. • Bu kapsamda araştırmacı, dayanıklılığın geliştirilmesi, destek sistemlerini güçlendirme, aile süreçlerinin sürdürülmesine yönelik hemşirelik girişimlerini uygular. Giriş (5 dakika) • Araştırmacı bir önceki oturum içeriğini kısaca hatırlatır ve beşinci oturum hakkında bilgi verir. • Araştırmacı bireyin duygu, düşünce ve davranışlarını ifade etmesine yönelik etkileşimi başlatır.	NSM’de birincil ve İkincil korumada bireylerde stresi azaltabilecek etkili başa çıkma tarzlarını geliştirmek yer almaktadır (Fawcett ve Garity, 2009; Neuman ve Fawcett, 2011). Bu nedenle, bireyin denge ve uyumunu etkileme potansiyeli olan ya da etkileyen stresörlere yönelik esnek savunma hattının ve normal savunma hattının güçlendirilmesi için birincil ve

♦ Problem çözme basamaklarının açıklanması ♦ Stres yönetiminde sosyal destek kaynaklarını tanıması ♦ Aile süreçlerinin sürdürülmesinin önemini bilmesi ♦ Stres ve anksiyetenin azaltılması ♦ Duygusal destek sağlanması ♦ Ümit aşılması Kazanımlar ♦ Stres yönetiminde etkili/etkili olmayan duruma yönelik baş etme yöntemlerini ayırt eder. ♦ Stres durumunda etkili baş etme yöntemlerine başvurur. ♦ Problem çözme basamaklarını uygular ♦ Stres durumunda sosyal destek kaynaklarına başvurur.	Hemşirelik Girişimleri (45 dakika) Stres ve anksiyetenin azaltılması • Bireye stres yönetiminde duruma yönelik teknikler öğretilir. • Yeni baş etme ve problem çözme becerilerinin geliştirilmesine yardım edilir. • Bireyin eşinin yoğun bakım ünitesin yatışı ve kritik hastalık süreciyle ilgili kısa ve uzun vadeli gerçekçi hedefler belirlemesine yardım edilir. • Hedeflere ulaşmaya elverişli olan kaynakları (ekonomik, sosyal) değerlendirmesinde bireye yardım edilir. • Karmaşık hedefleri küçük parçalara ve yönetilebilir adımlara bölmesinde bireye yardım edilir. • Ortak ilgi ve hedefleri olan insanlarla ilişki kurmaları için teşvik edilir. • Sorunlarını yapıcı bir şekilde çözmesi için bireye yardım edilir. • Bireyin yaşam tarzının, rol ve ilişkileri üzerine etkisi değerlendirilir. • Bireyin eşinin yoğun bakım ünitesine yatışı ile rol değişikliğinin tanımlanması için birey cesaretlendirilir. • Birey duruma yönelik etkili ve etkisiz baş etme yöntemlerini kullanması için desteklenir. • Problem çözme basamakları açıklanır ve bireye farkındalık kazandırılır. • Bireye problem çözme basamaklarını uygulaması yardım edilir. • Sosyal destek kullanma gibi duruma yönelik etkili baş etme tekniklerine ilişkin bilgilendirilir. • Birey, aile rutinleri ve geleneklerini geliştirmeye ve bu rutinleri sürdürmeye teşvik edilir.	ikinci korumaya ilişkin hemşirelik girişimlerinin uygulanması önemlidir. Bu bağlamda beşinci oturumda bireyin sosyokültürel ve psikolojik değişkenlerinin güçlendirilmesi için stres yönetiminde duruma yönelik etkili başa çıkma teknikleri öğrenmesi ve uygulaması amaçlanmıştır. NSM’de sosyokültürel değişkenler, sosyal ve kültürel faktörlerin birleşimini ve etkilerini tanımlamaktadır (Neuman ve Fawcett, 2011). Bireylerin aile, arkadaşlar ve hatta profesyonel ilişkileri içeren sosyal çevre ile bağlantılılarının artırılması, sosyal ilişkilerin desteklenmesi dirençlerini arttırılabilmektedir (Turner ve Kaylor, 2015). Bu oturumda psikolojik değişkenlerin, stres ve anksiyetenin azaltılması ve ümit aşılmasına yönelik planlanan hemşirelik girişimleriyle güçlendirilmesi planlanmıştır. YBÜ’de yatan bireylerin eşlerinin bu süreçte yaşadığı sosyal ilişkilerinde değişimler, sosyal desteğin varlığı, sosyoekonomik ve sosyokültürel durumları bu değişkenler içinde yer almaktadır. Bu doğrultuda
---	---	--

♦ Aile içi süreçlerin sürdürülmesinde aktif rol oynar. Oturum Yöntemi ve Süresi ♦ Bireysel ♦ Yüz yüze görüşme ♦ 45-60 dakika	• Bireyin aile içi iletişim desteklenir. Sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesi • Bireyin duruma yönelik psikolojik tepki ve destek sistemlerinin geçerliliği tanımlanır. • Mevcut sosyal ilişkilerinin yeterliliği belirlenir. • Aile desteği, mali destek ve diğer destek kaynaklarının düzeyi belirlenir. • Kullanılmayan ve az kullanılan destek sistemlerine ilişkin engeller belirlenir. • Bireyin mevcut durumu ve destek ağı gözden geçirilir. • Birey sosyal ve toplumsal aktivitelere katılmaya teşvik edilir. • Ortak ilgi alanlarına ve amaçlarına sahip olan bireylerle iletişim kurma teşvik edilir. Aile süreçlerinin sürdürülmesi • Aileye özgü tipik aile süreçleri belirlenir. • Rol değişikliklerinin aile süreçleri üzerine etkileri tanımlanır. • Bireyin eşinin yoğun bakım ünitesine yatışı sonrasında rol değişikliğini tanımlamasında yardım edilir. • Birey rol değişimiyle ilgili duygu ve düşüncelerini ifade etmesi için cesaretlendirilir. • Birey aile üyeleri ile temasını devam ettirmeye uygun şekilde cesaretlendirilir. • Bireyin ve ailenin gereksinimlerini karşılayacak şekilde yoğun bakım ziyaret zamanlarını kurum tarafından belirlenen zamana uygun olarak planlamaları için yardım edilir. • Aile için mevcut sosyal destek mekanizmaları tartışılır. • Yoğun bakımda bireyin eşinin destek sistemlerini tanımlamasına yardım edilir. • Aile rutinlerinin kesintiye uğramasını en aza indirmeye yardımcı olunur.	bireyin sosyokültürel ve psikolojik değişkenlerini güçlendirmeye yönelik birincil ve ikincil koruma düzeyinde stres ve anksiyetenin azaltılması, sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesi, aile süreçlerin sürdürülmesi ve ümit aşılmasına yönelik hemşirelik girişimlerinin uygulanarak esnek ve normal savunma hattının güçlendirilmesi planlanmıştır. Bu oturumda, bireyin psikolojik ve sosyokültürel değişkenleri desteklenerek birincil ve ikincil koruma sağlanır. Bu değişkenleri geliştirmeye, etkinliğini artırmaya, esnek savunma hattını ve normal savunma hattını güçlendirmeye yönelik stres ve anksiyetenin azaltılması, sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesi, aile süreçlerin sürdürülmesi ve ümit aşılmasına yönelik hemşirelik girişimleri uygulanır. Böylece bireyin esnek savunma hattı, normal savunma hattı üzerinde psikolojik sosyokültürel değişkenleri güçlendirilir.
--	--	---

	• Bireyin bakıma katılım konusunda duygu ve düşüncelerini ifade etmesi için cesaretlendirilir. • Bireyin için yoğun bakım ünitesinde yatan eşinin tıbbi durumunu anlayabilmesi kolaylaştırılır. • Bireyin, eşinin duygu ve davranışını nasıl algıladığı tanımlanır. • Birey, eşinin durumunun olumlu yönlerine odaklanması için cesaretlendirilir. • Bireyin durumunu iyileştirebilecek faktörler hakkında yoğun bakım ekibiyle iletişim kurması ve iş birliği yapması sağlanır. Ümit aşılama (bu girişimler üçüncü, dördüncü ve beşinci oturumlarda yer alan girişimlere temel oluşturur) • Çaresizlik duyguları ile baş etmenin bir yolu olarak, gerçekçi umut etme tutumunu benimsemeye teşvik edilir. • Bireyin yaşamdaki ümit alanlarını tanımasına yardım edilir. • Birey içinde bulunduğu durumun geçici bir süreç olup olmadığı ile ilgili bilgilendirilir. • Bireyin benlik saygısının (içsel değerinin) farkında olarak ve hastalık sürecinin yaşamın sadece bir yönü olduğunu görüldüğü belirtilerek ümit gösterilir. • Bireyin ümidi ile ilgili amaçlarını tasarlaması ve bunları yeniden gözden geçirmesi için yardımcı olunur. • Yoğun bakım ünitesinde yatan eşi ile iletişimini sürdürmesi desteklenir. • Birey, yoğun bakımda yatan eşinin kritik hastalık sürecine ilişkin ümit/ ümitsizlik duygularını ifade etmesi için cesaretlendirilir. • Uygun şekilde, yaşamını amaçlı bir şekilde gözden geçirmesi veya anımsaması sağlanır. • Yakınları ile olumlu bir ilişki kurması için teşvik edilir.	
--	--	--

	• Ümidin olumlu yönleri (ör. bireyin sevgi ve gereksinimini yansıtan, anlamlı konularda konuşmayı geliştirme) hakkında bilgi verilir. • Bireyin dinsel uygulamalarını uygun şekilde yapabilmesini kolaylaştıran bir çevre oluşturulur. Sonlandırma (5 dakika) • Terapötik iletişim teknikleri kullanılır. • Oturum hakkında bir özetleme yapılır. • Bireyin oturuma ilişkin duygu ve düşüncelerini ifade etmesi istenir varsa soruları yanıtlanır. • Bir sonraki oturum hakkında bilgi verilir. • Araştırmacı oturumdaki süreci, duygu ve düşüncelerini paylaşarak oturumu sonlandırır.	
Altıncı Oturum: Kapanış Psikoeğitim Programının Değerlendirilmesi ve Sonlandırılması Hedefler • Program sürecinin değerlendirmesinin yapılması • Sürece ilişkin duygu ve düşüncelerin anlaşılması • Ölçüm araçlarının uygulanması	• Altıncı oturumun amacı; psikoeğitim programının değerlendirilmesi, ölçüm araçlarının uygulanması ve programın sonlandırılmasıdır. • Bu oturumda araştırmacı aktif dinleme ve terapötik iletişim tekniklerini uygular. Giriş (5 dakika) • Araştırmacı bir önceki oturum içeriğini kısaca hatırlatır ve son oturum hakkında bilgi verir. • Araştırmacı bireyin duygu, düşünce ve davranışlarını ifade etmesine yönelik etkileşimi başlatır. Hemşirelik girişimleri (45 dakika) • Sakin, güven verici bir yaklaşım kullanılır. • Etkili iletişim teknikleri kullanılır. • Düşüncelerini, duygularını ve endişelerini açıklamaya teşvik etmek için sorular veya ifadeler kullanılır. • Tamamen birey ile etkileşime odaklanılır.	NSM’de hemşire, sistemin dengesinin sürdürülebilmesi için birey, çevre, sağlık ve hemşirelik arasında bağlantılar yaratarak denge ve uyumu sağlamaya destek olmaktadır. Bu nedenle, bireyin denge ve uyumunu etkileme potansiyeli olan ya da etkileyen stresörlere yönelik koruyucu önlemlerin gerçekleştirmesi önemlidir. Bu oturumda, psikoeğitim programının değerlendirilmesi, programın sonlandırılması ve bireyin sürece ilişkin duygu ve düşüncelerini ifade etmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda, aktif dinleme ve terapötik iletişim tekniklerinin kullanılarak birincil

Kazanımlar - Birey program sürecine ilişkin duygu ve düşüncelerini ifade eder. Oturum Yöntemi ve Süresi - Bireysel - Yüz yüze görüşme 45-60 dakika	- Duygulara hassasiyet ve farkındalık gösterilir. - İletişimi kolaylaştırmak için sözsüz davranışlar kullanılır. - Konuşmanın içeriği değerlendirilir. - Konuşma içeriğinde anlatılmak istenen mesajlar ile duygular değerlendirilir - Ses tonundaki değişikliklerin, perdelenmesinin, volümünün, temposunun ve tonunun farkında olunur. - Alınan mesajların anlaşılır olduğunu yansıtacak şekilde zamanında cevap verilir. - Geri bildirim ve sorular kullanılarak mesaj netleştirilir. - Geri bildirim ve sorular kullanılarak mesajların anlaşılabilirliği doğrulanır. - Davranışların anlamlarını keşfetmek birey ile etkileşim sürdürülür. - Aktif dinlemede engellerden kaçınılır (ör. duyguları en aza indirmek, kolay çözümler sunmak, sözünü kesmemek, kendisi hakkında konuşmak gibi) - Bireyin düşüncelerini, duygularını ve endişelerini açıklamaya teşvik etmek için sessizlik/ dinleme kullanılır. Sonlandırma (10 dakika) - Terapötik iletişim teknikleri kullanılır. - Oturum hakkında bir özetleme yapılır. - Bireyin oturuma ilişkin duygu ve düşüncelerini ifade etmesi desteklenir. - Bireyden psikolojik sıkıntı ve stresle başa çıkma tarzları anketini doldurmaları istenir. - Program sürecine ilişkin duygu ve düşünceler paylaşılarak, program sonlandırılır.	koruma düzeyinde esnek savunma hattının ve ikinci koruma düzeyinde normal savunma hattı ve direnç hattının güçlendirilmesine yönelik hemşirelik girişimleri planlanmıştır. Bu oturumda, bireyin psikolojik değişkenleri desteklenerek birincil ve ikincil koruma sağlanır. Bu değişkenleri geliştirmeye, etkinliğini artırmaya, esnek savunma hattını ve normal savunma hattını güçlendirmeye yönelik aktif dinleme ve terapötik iletişim tekniklerine yönelik hemşirelik girişimleri uygulanır. Böylece bireyin esnek savunma hattı, normal savunma hattı ve psikolojik değişkenleri güçlendirilir.
--	---	--

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Yeliz	Uyruğu	T.C.
Soyadı	Karaçar	Tel no	
Doğum tarihi		e-posta	

Eğitim Bilgileri

	Mezun olduğu kurum	Mezuniyet yılı
Lise		
Lisans		
Lisans		
Yüksek Lisans		
Doktora		

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Hemşire	Uşak Medikal Park Hastanesi	2010-2011
Hemşire	Gebze Anadolu Sağlık Merkezi	2011
Hemşire	Denizli Buldan Göğüs Hastalıkları Hastanesi	2011-2018
Araştırma Görevlisi	Akdeniz Üniversitesi	2018-devam ediyor

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
İngilizce	YÖKDİL	57.5

Proje Deneyimi

Proje Adı	Destekleyen kurum	Süre (Yıl-Yıl)
KOAH Hastalarında Özyönetim Eğitimi ve Motivasyonel Görüşmenin Öz-Etkililik Üzerine Etkisi	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri (BAP) Koordinasyon Birimi	2017-2019
Hemşirelerin Mesleki Öz-Yeterliğinin Partner İstismarıyla Karşılaşmaya Hazır Olma Düzeylerine Etkisi	2209-A Üniversite Öğrencileri Araştırma Projeleri Destekleme Programı	2023-2024

Burslar-Ödüller: Creative Entrepreneurship Program, Birincilik Ödülü, United States of America, Embassy, Ankara, Türkiye, 2022

Yayınlar ve Bildiriler:

SCI, SSCI, AHCI İndekslerine Giren Dergilerde Yayınlanan Makaleler

Karaçar Y, Demirkıran, F. Effect of motivational interview-based self-management programme on self-efficacy in individual with chronic obstructive pulmonary disease: a randomized controlled trial. *Current Psychology*. 2024;43(11), 10103-10116.

Karaçar Y, Çaynak S, Boyacıoğlu NE, Meriç M., Öz F. Factors Predicting Mental Health Literacy in Older Adults: A Community-Based Cross-Sectional Study. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 2024;62(10): 31-40.

Takmak Ş, Karaçar Y. Does fear of compassion effect nurses' caring behaviours? a cross-sectional study. *Nursing Ethics*. 2024; 0(0), 1-16.

Takmak Ş, Karaçar Y, Karaçar Hİ, Çelik, GK. The effect of nature-based music intervention on adaptation and anxiety levels in patients with COVID-19 placed in the prone position: A randomized controlled trial. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2023; 79, 103496.

Karaçar Y, Bademli K. Relationship between perceived social support and self-stigma in caregivers of patients with schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry*, 2022; 68(3): 670-680.

Diğer Dergilerde Yayınlanan Makaleler

Takmak Ş, Karaçar Y. Hibrit Eğitim Alan Hemşirelik Öğrencilerinin Pandemi Sürecinde Klinik Uygulama Kaygısı ve Özyeterlik İnançlarıyla İlişkisi: Kesitsel Bir Çalışma. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 2024; 7(1), 226-235.

Karaçar Y, Çolak Yılmaz Y, Buldukoğlu K. Contextual factors of the placebo effect in psychiatric care. *Journal of Psychiatric Nursing*, 2023;14(3): 262-269

Hallaç S, Bademli K, Taş Bora S, Karaçar Y, Göktaş A. Uzaktan Öğretim Sürecinde Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Dersi Uygulamasını Değerlendirmede Bir Ölçüm Aracı Örneği: Hipotetik Vaka Analizi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 2022; 5(2): 109-123.

Karaçar Y, Bademli K, Özgönül ML. Determining the Relationship Between Personal Values and Ethical Sensitivity in Nurses, *Turkish Journal of Bioethics*, 2020;7 (2): 47-58.

Özgönül ML, Kırca N, Karaçar Y, Bademli K. Professional Self-Concept and Moral Sensitivity in Nursing Students: A Descriptive and Correlational Study. Turkish Journal of Bioethics. 2021; 8(1): 25-33

Kitap ve Kitap Bölümleri

Karaçar Y. Şefkat. Hemşirelik Eğitim ve Uygulamalarında Anahtar Kavramlar, Takmak Şenay, Editör, Ankara Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 2023; ss.307-326.

Takmak Ş, Karaçar Y. Öz Yönetim. Hemşirelik Eğitim ve Uygulamalarında Anahtar Kavramlar, Takmak Şenay, Editör, Ankara Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 2023; ss.263-286.

Karaçar Y, Bademli K. İstismar ve İhmale uğramış Yaşlı Birey ve Hemşirelik Bakımı. Yaşlı Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği olgu senaryoları ile, Öz F, Arguvanlı Çoban S, Seki Öz H, Editör, Ankara Nobel Tıp Kitabevleri, 2023; ss.346-371.

Bademli K, Karaçar Y. Ruh Sağlığında İyileşme. Toplum Temelli Ruh Sağlığında Sosyal Hizmet Uygulamaları, Kaya Kılıç A., Editörler, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara, 2020; ss.219-240.

Bildiriler

Karaçar Y, Çaynak S, Boyacıoğlu NE, Meriç M, Öz F. Yaşlı Yetişkinlerde Ruh Sağlığı Okuryazarlığını Yordayan Faktörler: Toplum Temelli Kesitsel Bir Çalışma, 7. Uluslararası 11. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Ankara, Türkiye, 18- 20 Ekim 2023, ss.467-468

Karaçar Y, Bademli K. Kronik Ruhsal Hastalıklarda Bütüncül Hemşirelik Bakımı, 5. Ulusal ve 1. Uluslararası Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi, Antalya, Türkiye, 6- 08 Aralık 2019, ss.96

Karaçar Y, Demirkıran F. KOAH Hastalarında Özyönetim Eğitimi ve Motivasyonel Görüşmenin Öz-Etkililik Üzerine Etkisi, 5. Ulusal ve 1. Uluslararası Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi, Antalya, Türkiye, 6- 08 Aralık 2019, ss.95

Karaçar Y, Bademli K. Ruhsal Hastalıklarda İyileştirme Bahçeleri/ Healing Gardens in Mental İllness, V.Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Antalya, Türkiye, 20 - 23 Kasım 2018, sa.4496, ss.1244-1247