



**T.C.
AKSARAY ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİMDALİ
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
PROGRAMI**

**YOĞUN BAKIM HASTALARINDA TERAPÖTİK
DOKUNMANIN AĞRI, DELİRYUM UYKU VE
FİZYOLOJİK PARAMETRELERE ETKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sibel ÖKSÜZ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Funda ÇETİNKAYA

2. DANIŞMAN

Doç. Dr. Kevser SEVGİ ÜNAL ASLAN

AKSARAY-2025





**T.C.
AKSARAY ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
PROGRAMI**

**YOĞUN BAKIM HASTALARINDA TERAPÖTİK
DOKUNMANIN AĞRI, DELİRYUM UYKU VE
FİZYOLOJİK PARAMETRELERE ETKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sibel ÖKSÜZ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Funda ÇETİNKAYA

2. DANIŞMAN

Doç. Dr. Kevser SEVGİ ÜNAL ASLAN

AKSARAY-2025

AKSARAY ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Sibel ÖKSÜZ tarafından savunulan Yoğun Bakım Hastalarında Terapötik Dokunmanın Ağrı, Deliryum Uyku Ve Fizyolojik Parametrelere Etkisinin Değerlendirilmesi isimli çalışma, jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programında yüksek lisans tezi olarak oy birliği / oy çokluğu ile kabul edilmiştir.

İmza

Jüri Başkanı: Dr. Öğr. Üyesi Seher GÜRDİL
YILMAZ
Mersin Üniversitesi

Onaylıyorum ☐

Onaylamıyorum ☐

Danışman: Doç.Dr. Funda ÇETİNKAYA
Aksaray Üniversitesi

Onaylıyorum ☐

Onaylamıyorum ☐

Üye: Doç.Dr. Cemile KÜTMEÇ YILMAZ
Aksaray Üniversitesi

Onaylıyorum ☐

Onaylamıyorum ☐

Bu tez, Aksaray Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu tarih ve sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Funda ÇETİNKAYA
Enstitü Müdürü

DOĞRULUK BEYANI

“Yoğun Bakım Hastalarında Terapötik Dokunmanın Ağrı, Deliryum Uyku Ve Fizyolojik Parametrelere Etkisinin Değerlendirilmesi” başlıklı yüksek lisans tezinin içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel kurallara uygun olarak atıf yapıldığını bildiririm. Beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçlara katlanacağımı bildiririm.

Sibel ÖKSÜZ

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca; ilgi ve desteğini esirgemeyen, her zaman yanımda bulunan, bana bilgi ve deneyimiyle yol gösteren, insani ve ahlaki değerleri ile örnek aldığım, yanında çalışmaktan onur duyduğum ve ayrıca tecrübelerinden yararlanırken göstermiş olduğu hoşgörü ve sabırdan dolayı sevgili ve saygıdeğer danışmanım Doç. Dr. Funda ÇETİNKAYA ve Doç. Dr. Kevser Sevgi ÜNAL ASLAN' a

Tezin uygulama aşamasındaki katkılarından dolayı Aksaray Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Emine Arzu KÖSE'ye ve görev yapan tüm sağlık personeline,

Çalışmaya katılan yoğun bakım hastalarına,

Her zaman bana güvenen, destekleyen ve sonsuz sabır ve sevgi gösteren başta annem, babam, kardeşlerime,

Teşekkürlerimi sunarım.

Sibel ÖKSÜZ

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vi
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	viii
1. GİRİŞ.....	1
1.1 Araştırmanın Amacı.....	4
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1 Yoğun Bakım Ünitesi.....	6
2.2 Yoğun Bakım Hemşireliği.....	6
2.3 Yoğun Bakımda Ağrı.....	7
2.4 Yoğun Bakımda Deliryum.....	8
2.5 Yoğun Bakımda Uyku.....	9
2.6 Yoğun Bakımda Fizyolojik Parametreler.....	11
2.7 Terapötik Dokunma.....	13
2.7.1 Terapötik Dokunma Aşamaları.....	14
2.7.2 Terapötik Dokunmanın Etkileri.....	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	17
3.1. Araştırmanın Türü.....	17
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	17
3.3. Araştırma Değişkenleri.....	17
3.3.1 Bağımsız değişken.....	17
3.3.2 Bağımlı değişken.....	17
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	17
3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	18
3.6. Araştırmaya Dahil Olmama Kriterleri.....	18
3.7. Veri Toplama Araçları.....	18
3.7.1 Sosyodemografik Özellikler Formu.....	18
3.7.2 Glosgow Koma Skalası.....	19
3.7.3 Vizüel Analog Skalası (VAS).....	19
3.7.4 Richmond Ajitasyon ve Sedasyon Skalası (RASS).....	19
3.7.5 Richards-Campbell Uyku Ölçeği (RCSQ).....	20
3.7.6 Fizyolojik parametreler.....	20
3.8. Randomizasyon ve Körleme.....	20
3.9. Verilerin Toplanması.....	20
3.9.1 Kontrol Grubunun Verilerinin Toplanması.....	21
3.9.2 Müdahale Grubunun Verilerinin Toplanması.....	21
3.9.3 Müdahale Grubuna Terapötik Dokunma Girişim Sıralaması.....	24
3.10. Verilerin İstatiksel Analizi.....	24
3.11. Araştırmanın Etik Beyanı.....	25
3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	25
3.13. Araştırmanın Güçlü Yanları.....	25
4. BULGULAR.....	26
5. TARTIŞMA.....	38
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	43

KAYNAKLAR.....	45
EKLER.....	55
EK- 1 Hasta Değerlendirme Formu	
EK- 2 Vizüel Analog Skalası (VAS)	
Ek- 3 Richmond Ajitasyon Vesedasyon Skalası (RASS)	
EK- 4 Richards-Campbell Uyku Ölçeği (RCSQ)	
EK- 5 Glasgow Koma Skalası (GKS)	
EK- 6 Fizyolojik Parametre Değerlendirme Formu	
EK- 7 İkinci Danışman Sertifikası	
EK- 8 Araştırmacı Sertifikası	
EK- 9 Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Etik Kurul Onayı	
EK- 10 Aksaray Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul Onayı	
EK- 11 Aksaray İl Sağlık Müdürlüğü Onayı	
EK- 12 Ölçek İzinleri	
ÖZGEÇMİŞ	

YÜKSEK LİSANS TEZİ

“YOĞUN BAKIM HASTALARINDA TERAPÖTİK DOKUNMANIN AĞRI, DELİRYUM UYKU VE FİZYOLOJİK PARAMETRELERE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ”

SİBEL ÖKSÜZ

Aksaray Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı

Danışman

Doç. Dr. Funda ÇETİNKAYA

2. Danışman

Doç. Dr. Kevser Sevgi ÜNAL ASLAN

ÖZET

Araştırma yoğun bakım hastalarına uygulanan terapötik dokunmanın ağrı, deliryum, uyku ve fizyolojik parametrelere etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın örneklemi Aralık 2024 - Şubat 2025 tarihinde Aksaray Üniversitesi Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde yatan, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan kişilerden (Müdahale grubu 42, kontrol grubunu 38) oluşmuştur. Müdahale grubundaki hastalara yoğun bakımda kaldığı 72 saat boyunca günde bir kez (24., 48. ve 72. saatlerde) 15 dk terapötik dokunma ve anket formları uygulanmış, kontrol grubundaki hastalara rutin hemşirelik bakımı uygulanıp anket formları uygulanmıştır. Verilerin toplanmasında sosyo-demografik özellikler formu, Vizüel Analog Skalası (VAS), Richmond Ajitasyon ve Sedasyon Skalası (RASS), Richards-Campbell Uyku Ölçeği ve Fizyolojik parametreler formu kullanılmıştır. Verilerin analizinde SPSS 26.0 programı kullanılmış ve %95 güven düzeyinde çalışılmıştır. Terapötik dokunma sonrası müdahale ve kontrol grubundaki hastaların ağrı skorunda 24. 48. 72 saat uygulama sonrası puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı azalma ($p=0,000$), uyku skorunda istatistiksel olarak anlamlı derecede artma ($p=0,000$) saptanırken RASS puan ortalamaları değerlendirilmesinde 24. saat uygulama sonrası gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark varken ($p=0,044$) 48. 72 saat uygulama sonrası ölçümlerde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların fizyolojik değerlerinde vücut ısı ve diastolik kan basıncı değerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık yok iken ($p>0,05$) diğer parametrelerde anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$). Sonuç olarak uygulanan girişim sonrasında müdahale grubundaki hastaların ağrı skorunda azalma uyku skorunda artma; deliryum, diastolik kan basıncı ve vücut ısı parametresinde herhangi bir değişiklik olmadığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelime: Terapotik Dokunma, Ağrı, Uyku, Deliryum
Mayıs, 2025; 66 sayfa

M.Sc. THESIS

“EVALUATION OF THE EFFECTS OF THERAPEUTIC TOUCH ON PAIN, DELIRIUM, SLEEP, AND PHYSIOLOGICAL PARAMETERS IN INTENSIVE CARE PATIENTS”

SİBEL ÖKSÜZ

**Aksaray University
Graduate School of Health Sciences
Department of Nursing
Surgical Diseases Nursing Program**

Advisor

Assoc. Prof. Dr. Funda Çetinkaya

2.Advisor

Assoc. Prof. Dr. Kevser Sevgi Ünal Aslan

ABSTRACT

The study was conducted to determine the effects of therapeutic touch applied to intensive care patients on pain, delirium, sleep and physiological parameters. The study sample consisted of individuals (intervention group 42, control group 38) who were hospitalized in Aksaray University Surgical Intensive Care Unit between December 2024 and February 2025, met the study inclusion criteria and volunteered to participate in the study. Therapeutic touch and questionnaire forms were applied to the patients in the intervention group for 15 minutes once a day (at the 24th, 48th and 72nd hours) during their 72 hours in the intensive care unit, while routine nursing care and questionnaire forms were applied to the patients in the control group. The socio-demographic characteristics form, Visual Analog Scale (VAS), Richmond Agitation and Sedation Scale (RASS), Richards-Campbell Sleep Scale and Physiological Parameters form were used to collect data. SPSS 26.0 program was used in the analysis of the data and the study was carried out at a 95% confidence level. After therapeutic touch, a statistically significant decrease ($p = 0.000$) was found in the mean pain score of the patients in the intervention and control groups after the 24th, 48th and 72nd hour application, and a statistically significant increase ($p = 0.000$) in the sleep score averages. While there was a statistically significant difference between the groups after the 24th hour application in the RASS score averages ($p = 0.044$), no statistically significant difference was found in the measurements after the 48th and 72nd hour application ($p > 0.05$). While there was no statistically significant difference in the physiological values of the patients in body temperature and diastolic blood pressure ($p > 0.05$), there were significant differences in other parameters ($p < 0.05$). As a result, it was determined that there was no decrease in the pain score and increase in the sleep score of the patients in the intervention group after the applied intervention; no change in the parameters of delirium, diastolic blood pressure and body temperature

Keywords: Therapeutic Touch, Pain, Sleep, Delirium

May, 2025; 66 pages

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.1. Consort Akış Şeması

Sayfa

23



Çizelge 4.1. Grupların Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Dağılımları.....	26
Çizelge 4.2. Grupların Uygulama Öncesi- Sonrası Vizüel Analog Skala (VAS) Ölçeği Değerlendirilmesi.....	28
Çizelge 4.3. Grupların Uygulama Öncesi- Sonrası RASS Ölçeği Değerlendirilmesi.....	29
Çizelge 4.4. Grupların Uygulama Öncesi- Sonrası Richards-Campbell Uyku Ölçeği Değerlendirilmesi.....	31
Çizelge 4.5. Grupların Uygulama Öncesi Fizyolojik Parametrelerinin Değerlendirilmesi.....	32
Çizelge 4.6. Grupların Uygulama Sonrası Fizyolojik Parametrelerinin Değerlendirilmesi.....	35

SİMGELER VE KISALTMALAR

CYBÜ	Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi
GKS	Glaskow Koma Skalası
IASP	Uluslararası Ağrı Çalışmaları Derneği
RASS	Richmond Ajitasyon ve Sedasyon Skalası
RCSQ	Richard-Campbell Uyku Ölçeği
TD	Terapötik Dokunma
UÖ	Uygulama Öncesi
US	Uygulama Sonrası

1. GİRİŞ

Son yıllarda dünya çapında yoğun bakım konusunda elde edilen gelişmeler ve yoğun bakım tedavisindeki önemin artması nedeniyle sağ kalım oranları artmıştır. Yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) yatan hastalardaki yüksek morbidite ve mortalitenin sebepleri çoğu zaman kardiyak, renal ve pulmoner komplikasyonlara bağlanmıştır, fakat sebepler arasında yer alan akut beyin disfonksiyonu göz ardı edilmiştir (Ayazoğlu, vd., 2012). Yoğun bakımda sık karşılaşılan deliryum; patolojik bir sendrom olarak adlandırılmış, fizyopatolojisi tam olarak belirlenememiş, zihinsel ve/veya fiziksel davranışlarda değişiklik, oryantasyon bozuklukları, dikkat eksikliği gibi belirtiler ile ayırt edilebilen ve altta yatan sebepleri arasında etkisi olduğu tahmin edilen bir çok risk faktörü olmakla birlikte ciddi nöropsikiyatrik bir tablodur (Türeyen vd., 2022; Kılıç, 2022; Ribeiro vd., 2013). Prevelansı çok geniş aralıklar ile seyreden deliryum, %9 ile %80 arasında değişkenlik göstermektedir ve özellikle yoğun bakım ünitelerindeki hastaların %80'inde deliryum gelişebilmektedir (Yüksel ve Uslu, 2022). Yapılan çalışmalarda YBÜ'sin de mekanik ventilasyonlu hastalarda yaklaşık %83,3'ü başka bir çalışmada ise YBÜ'deki hastaların 1/3'ünde (%31,8) deliryum geliştiği ortaya çıkmıştır (Yüksel ve Uslu, 2022; Kanlı vd., 2022; Ribeiro vd., 2013). Yoğun bakımda görülen deliryum çeşitli sebeplerden kaynaklanabilen (invaziv işlemlerin sıklığı, sedatif ilaç kullanımının artması, ortamdaki ses seviyesi, yapay aydınlatmaların kullanımı, ortam ısı düzeyi ve duygusal eksiklik gibi) sıklıkla kısa ve uzun vadeli zihinsel, bilişsel ve fiziksel olarak sağlık sorunları ile karakterize olup geri döndürülebilen bir bilişsel rahatsızlıktır (Türeyen vd., 2022; Joseph vd., 2021). Deliryum YBÜ hastalarında hastane yatış süresinin uzaması, tedavi maliyetlerinin ve ölüm oranlarının artması, yaşam kalitesinin azalması, uyku bozukluklarının yaşanması, hastaneden kaynaklanan enfeksiyon riskinin artması, fiziksel hareketlerin kısıtlanması ve buna bağlı olarak basınç ülser riskinin artması, düşme riskinin artması gibi sebeplere neden olabilmektedir. Bu olumsuzlukların önlenmesi ve yönetilmesi de ciddi önem arz etmektedir (Kaya, 2023; Joseph, vd., 2021).

Cerrahi YBÜ'de yatan hastalarda en sık görülen önemli sorunlardan bir diğeri de ağrıdır. Yoğun bakım ortamındaki (sık aralıklarla yapılan tedavi ve bakım uygulamaları) uyarılara maruz kalmadan kaynaklı şiddetli ağrının, stres tepkilerinin

ortaya çıkmasına, ajitasyon, uyku bozuklukları ve deliryuma sebep olabileceği bilinmektedir (Kaya, 2023; Seo vd., 2022). Hem ağrının azaltılması hem de deliryumun gelişmesinin önlenmesi amacıyla son yıllarda holistik bakım sunmayı amaçlayan, çok bileşenli ve meslekler arası işbirliğini içeren ABCDEF bakım paketi (A: Ağrıyı değerlendirmek, önlemek ve yönetmek, B: Spontan uyanıklık ve solunum araştırmaları, C: Analjezi ve sedasyon seçimi, D: Deliryum değerlendirmek, önlemek ve yönetmek, E: Erken mobilizasyon F: Ailenin katılımı) uygulaması tercih edilmeye başlanmıştır. Bu bakım paketinin en az 3 bileşeninin uygulanması ile bakım kalitesinin artması, ağrının ve uyku düzensizliklerinin azaltılması gibi birçok fayda sağladığı belirtilmektedir (Sosnowski, vd., 2023).

Yoğun bakım hastalarında deliryumun uyku kalitesi ile ilişkili olduğu bildirilmektedir. Deliryum gelişen hastaların uyku düzenlerini incelemek için yapılan çalışmalarda uzun gündüz uykusu, kısa hızlı göz hareketi (REM) uykusu ve düşük kaliteli uyku bildirilmiştir (Douglas vd., 2021; Trompeo vd., 2011). Ayrıca uyku kalitesi ve deliryum insidansı arasında negatif bir korelasyon olduğu (Patel vd., 2014; Zhang vd., 2015) ve uyku için yapılan müdahalelerin deliryum insidansını ve süresini azaltmada etkili olduğu vurgulanmıştır (Patel vd., 2014; Kamdar vd., 2013). Yoğun bakım hastalarında uyku sorunlarına sebep olan durumlar arasında; hemşirelik uygulamaları (Bani Younis ve Hayajneh, 2018), tıbbi müdahaleler, anksiyete (Miranda-Ackerman vd., 2020) sirkadiyen ritim bozulması (Scharf vd., 2019) uyku düzenini etkileyen ilaçlar (Dorsch vd., 2019) ve ağrı (Al Mutair vd., 2019) yer almaktadır.

Deliryum, fizyolojik parametrelerde değişikliklere neden olabilen bir durumdur. Özellikle kalp hızı ve kan basıncındaki değişikliklerle ilişkilidir (Park vd., 2025). Otonom sinir sisteminde meydana gelen dengesizlik kalp hızı değişkenliğini etkiler bu da deliryumun etkili bir öngörücüsü olarak da değerlendirilir (Oh vd., 2018). Sun ve arkadaşlarının (2021) yapmış olduğu prospektif bir kohort çalışmasında, kalp hızı değişimi ile deliryum arasındaki ilişkiyi bildirmiştir (Sun vd., 2021).

Yoğun bakım hastalarında deliryum gelişmesinin önlenmesi, geciktirilmesi ve önlenemediği durumlarda gelişebilecek komplikasyonları önlemede farmakolojik ve non-farmakolojik yaklaşımlardan yararlanılmaktadır. Deliryum tanısı konulan hastalara farmakolojik tedavi (nöroleptikler, atipik antipsikotikler) ihtiyaç halinde planlanabilir (Lee, vd., 2021; Kaya, 2023). Deliryumun önlenmesinde amaç, hastanın

uyku düzeninin sağlanması, besin ve sıvı düzeyinin dengelenmesi, yakınlarının hastalık ve süreç hakkında bilgi edinmesidir. Yoğun bakımda tedavisi devam eden hastalarda, kliniğe kabulden taburcu edilmesine kadar olan süreçte delirium gelişmesine yol açabilecek ağrı ve uyku sorunlarının ve aynı zamanda delirium semptomlarının değerlendirilmesi, elde edilen sonuçlar doğrultusunda uygun hemşirelik girişimlerinin uygulaması ve değerlendirilmesi büyük önem arz etmektedir (Kaya, 2023). Bu bakımdan YBÜ'deki hastada görülebilecek semptomların oluşumunu önlemede, yönetmede hasta ile birebir ilgilenen ve bakımını sağlayan hemşirelerin delirium hakkında bilgi sahibi olmaları ve önlemeye yönelik farmakolojik olmayan yöntemleri uygulaması oldukça önemlidir (Ergin 2023). Bu uygulamalardan biri olan terapötik dokunma, oldukça konforlu, hasta güvenliğini riske atmayan bütüncül bir yaklaşımdır.

Yapılan araştırmalarda olumlu sonuçları bulunan terapötik dokunma gibi farmakolojik olmayan uygulamaların, farklı gruptaki hastalara uygulandıktan sonra ağrı, anksiyete, uyku, yorgunluk, bulantı, depresyon gibi semptomların yönetiminde etkili bir yöntem olduğu saptanmıştır (Anderson vd., 2015; Ünal Aslan ve Çetinkaya 2022; Özbaş ve Baduryeri, 2023; Yıldırım ve Yayan 2023).

Terapötik dokunma; eller ile enerji alanlarını etkileyip, enerjiyi düzenleme, arttırma, dengeleme ve korumaya yönelik, kullanımı basit, herhangi bir yan etkisi olmayan, yaşam üzerinde olumlu etki bırakan bütüncül bir yaklaşımdır. Son yıllarda hemşireler tarafından önemi ve kullanımı gittikçe artan tamamlayıcı yöntemlerden biridir (Turan vd, 2010; Özbaş ve Baduryeri, 2023). İlk kez Dora Kunz ve Doleres Krieger tarafından 1979 yılında uygulanmıştır. Kunz yaptığı gözlemler sonucu terapötik dokunuşun evrensel olduğuna ve bu uygulamanın prensip ve uygulamalarını belirlemiştir (Turan, 2015). Terapötik dokunma bedenin aurası ve enerji alanları ile sınırlı olduğu düşüncesi hakimdir. Bu enerji bedende dengeli ve simetrik olduğunda sağlıklı, dengesiz ve simetrik olmadığında ise hasta olarak kabul edilmektedir. Hemşire kuramcılarımızdan biri olan Martha Rogers da insanlardaki enerji bütünlüğünün korunmasını ifade ederek bu düşünceye destek vermektedir (Turan, 2015; Özbaş ve Baduryeri, 2023; Aghabati vd., 2010).

Terapötik dokunma esnasında, hemşire hastaya dokunduğunda cilt yüzeyindeki enerji aktive olur. Bu hareketle reseptörler uyarılır ve beyne giden mesajlar birey tarafından yorumlanarak yanıtlanır (Arslan ve Özer, 2010; Uzelli ve Korhan, 2014). Hastalarda uyanıklık ve huzursuzluk hali azalır; cesaretlendirme, samimiyet, ilgi, sıcaklık, güven, saygı, destek, empati, anlayış, yardım etme isteği ve kabul gibi mesajlar iletilir (Erenoğlu ve Başer, 2019). Bu olumlu mesajların etkisiyle hastanın dokunma sonrası ağrısı ve kaygısı azalır (Bilsel ve Metin, 2024; Packheiser vd. 2024). Bu sonuçlar doğrultusunda yoğun bakımdaki hastaların bakımına hemşirelik girişimlerine ek olarak terapötik dokunma uygulamasının eklenmesi ile hastanın ağrı ve anksiyetesinin azalacağı, uyku ve yaşam kalitesinin artabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle YBÜ de çalışan hemşirelerin bu uygulamayı hastanın gereksinimlerine uygun olarak planlanması ve amacına uygun olarak yürütülmesi önem arz etmektedir (Turan, 2015).

Tüm bu bilgiler ışığında bu araştırmada amaç cerrahi sonrası YBÜ de yatan hastalara uygulanan terapötik dokunmanın ağrı, deliryum, uyku ve fizyolojik parametrelere etkisini değerlendirmektir. Araştırma sonucunda elde edilen bulgular, yoğun bakım ünitelerinde uygulama kılavuzlarını ve protokollerini bilgilendirmek için sağlam kanıtlar sağlayabilir ve potansiyel olarak hasta sonuçlarını iyileştirmek için terapötik dokunmanın yoğun bakım üniteleri için standart bir tamamlayıcı yöntem olarak dahil edilmesini sağlayabilir.

Araştırmanın Amacı

Araştırma cerrahi yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda terapötik dokunmanın ağrı, deliryum, uyku ve fizyolojik parametrelere etkisini değerlendirmektir. Çalışmanın hipotezleri;

H0¹: Cerrahi yoğun bakım hastalarına uygulanan terapötik dokunmanın ağrı düzeyi üzerine etkisi yoktur.

H0²: Cerrahi yoğun bakım hastalarına uygulanan terapötik dokunmanın deliryum düzeyi üzerine etkisi yoktur.

H0³: Cerrahi yoğun bakım hastalarına uygulanan terapötik dokunmanın uyku düzeyine etkisi yoktur.

H0⁴: Cerrahi yoğun bakım hastalarına uygulanan terapötik dokunmanın fizyolojik parametreler üzerine etkisi yoktur.

H1¹: Cerrahi yoğun bakım hastalarına uygulanan terapötik dokunmanın ağrı düzeyine etkisi vardır.

H1²: Cerrahi yoğun bakım hastalarına uygulanan terapötik dokunmanın deliryum düzeyine etkisi vardır.

H1³: Cerrahi yoğun bakım hastalarına uygulanan terapötik dokunmanın uyku düzeyine etkisi vardır.

H1⁴: Cerrahi yoğun bakım hastalarına uygulanan terapötik dokunmanın fizyolojik parametreler üzerine etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Yoğun Bakım Ünitesi

Yoğun bakım üniteleri (YBÜ), durumu ciddi olan hastaların 24 saat boyunca birebir takip edildiği, bakım ve tedavilerin yapıldığı hastaya en yüksek seviyede yarar sağlamak amacıyla karmaşık teknoloji ile tasarlanan multidisipliner meslek gruplarından oluşan özel birimlerdir (Leblecioğlu ve Nair Aktaş, 2020). Yoğun bakımlarda amaç hastanın yaşamını tehdit eden sağlık sorunlarının çözülmesi, hastanın korunması ve yaşamın devamlılığının sağlanmasıdır. Bundan dolayı YBÜ hastaların sürekli izlemi ve hayati fonksiyonların kesintisiz bir şekilde desteklenmesi amacıyla dizayn edilmiştir. Bu birimde çalışan kişiler alanında uzman olan sağlık profesyonellerinden oluşmaktadırlar (Kelly vd., 2014; Marshall vd. 2017). Birimde görev alan hemşireler hastanın bütüncül bakımında anahtar role sahiptir.

2.2.Yoğun Bakım Hemşireliği

Yoğun bakım hemşiresinin tanımı (2011) yılında yayımlanan resmi gazetede ‘*karmaşık ve yaşamı tehdit edici problemleri olan hastaların tanınmasını yapmak, hastaları sürekli izlemek, kaliteli ve ileri yoğun bakım ve tedavi girişimleri uygulamak, hasta ve yakınları ile terapötik ilişki kurmak, koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici girişimleri uygulamaktan sorumlu hemşiredir*’ şeklinde açıklanmıştır (Sağlık Bakanlığı Hemşirelik Yönetmeliği, 2011).

Yoğun bakım hemşirelerinin görev, yetki ve sorumlulukları; hastanın yoğun bakıma kabulü ve taburculuğu sürecinde takip ve güvenliğinin sağlanması, hastaya klinik tedavilere ek güncel hemşirelik girişimlerinin uygulanması, hasta ile terapötik iletişim kurarak yoğun bakıma oryante olmalarını sağlamak, tedaviye katılmalarını sağlayarak deliryum gelişmesini önlemek, hastanın bakım ve tedavilerini uygularken etik konulara dikkat etmektir (Doğu ve Kaya, 2017; Enç, 2021; Kavaklı vd., 2009; Ergün vd., 2007). Yoğun bakım hastalarında birçok problem ve sorunlar aynı anda görülebilmektedir ve bu süreçte hemşirelerin görülebilecek sorunları erken tanılamada ve sorunların çözümünde önemli rolleri bulunmaktadır.

2.3. Yoğun Bakımda Ağrı

Literatürlerde, ağrının tanımı ile ilgili birçok tanım olmakla birlikte Uluslararası Ağrı Çalışmaları Derneğinin ağrı tanımı herkes tarafından kabul edilmektedir. Bu tanım ise ‘*Gerçek veya potansiyel doku hasarı ile ilişkili ya da bu hasar çerçevesinde tanımlanabilen, hoş olmayan duyuşsal ve duygusal deneyim*’ şeklinde (IASP, 2024). Ağrı kişiden kişiye göre değişebilen yani subjektif bir durumdur ve bu durum ağrının yönetilmesinde zorluklar yaratmaktadır. Bu zor durumların yaşanmaması adına Amerikan Ağrı Derneği (APS) ağrıyı beşinci vital bulgu olarak kabul etmektedir (Levy vd., 2018).

Ağrının etkin bir şekilde yönetilebilmesi için öncelikle doğru bir değerlendirme yapmak gerekmektedir. Ağrı değerlendirmesi yapılmadan önce ağrının tanımını doğru bir şekilde bilmek gerekmektedir. Öznel bir ifade olduğu için hastanın sözel olarak ‘‘ağrım var’’ şeklindeki ifadesi ağrının olduğunun kanıtı için yeterlidir. Her hasta ağrı deneyimi yaşadığı için ağrının değerlendirilmesinde hemşire önemli bir faktördür (Özveren vd., 2018; Eti Aslan ve Olgun, 2017).

Hastaların ağrı deneyimleri ve algıları bireysel olup özellikle yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastalarda bu durum daha karmaşık ve zordur. Yoğun bakımda yatan hastalardan ağrı genellikle katater/endotrakeal tüp takılması ya da çıkartılması, dren, invaziv müdahale, yara bakımı, aspirasyon işlemi, çevresel uyaranlar gibi multifaktöriyel kaynaklı olabilmektedir (Bozkurt ve Akın, 2024; Canbolat vd., 2024). Etkili ağrı yönetiminde hemşirenin rolü, hastanın tedavisinde önemlidir. Hemşirenin ağrıya yaklaşımı ve ağrının şiddetini değerlendirmesi ile hastaya en uygun olan farmakolojik veya nonfarmakolojik yöntemleri kullanarak hastanın ağrı düzeyini azaltması sağlanır. Farmakolojik yöntemlerde ilaç uygulama sonrası hasta izlemi, hastanın ağrısının azaltılmasında önemlidir (Canbolat vd., 2024). Nonfarmakolojik yöntemler ise; sıcak-soğuk uygulama, masaj, terapötik dokunma, transkutanöz elektriksel sinir stimülasyonu (TENS), akupunktur, pozisyon verme, egzersiz gibi uygulamalardır. Bu yöntemlerdeki temel amaç hastanın analjezik kullanım oranını azaltmak, analjezik ilaçların etkinliğini artırıp taburculuk süresini kısaltmak, ilaç dışı yöntemler kullanarak ağrıyı kontrol edebilmektir (Arslan ve Çelebioğlu, 2006; Yavuz, 2006). Thaut’un (2005) yılında yaptığı çalışmada müziğin hasta üzerinde zihinsel

problemleri minimuma indirdiği, hastanın fizyolojik parametrelerin de pozitif anlamda ilerlemelere neden olduğu ortaya çıkmıştır (Thaut, 2005). Meehan (1998) yılındaki çalışmasında terapötik dokunmanın hasta üzerinde ağrı ve anksiyetesinin azalttığı sonucu, hemşirelik bakım kalitesinin artmasına yardımcı olduğu sonucu çıkmıştır (Meehan, 1998). Bunlara ek olarak kanser hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada terapötik dokunuşun kanser hastalarının ağrısının azaltılmasına yardım ettiği gözlenmiştir (Tabatabaee vd., 2016).

Yoğun bakım hemşiresi hasta ile birebir vakit geçiren, hastanın bakımı ile ilgilenen ve hasta hakkında daha fazla bilgi sahibi olan sağlık profesyoneli olup hastanın ağrısının azaltılmasında kilit role sahiptir. Hemşire hasta ile terapötik iletişim kurarak kendini güvende hissetmesini sağlayabilir. Hemşirelerin hasta bakımında ağrı yönetimi konusunda güncel olan farmakolojik veya non- farmakolojik yöntemlerini takip etmek, hastanın bakımını en iyi şekilde yaparak iyileşme süresini kısaltmak ve hastanın konforunu sağlayarak yaşam kalitesinin artmasına yardımcı olmak görevleri arasındadır (Sılay ve Akyol, 2017; Zengin, 2010; Eti Aslan, 2006). Hemşireler non-farmakolojik yöntemleri uygulayarak hem hastanın hem de ailesinin ağrı yönetiminde olumlu katkılar sağlayabilir.

2.4. Yoğun Bakımda Deliryum

Deliryum akut başlayıp dalgalı seyir gösteren, altta yatan sebebi tam olarak belli olmayan genellikle cerrahi işlem, travma/kullanılan ilaçlardan kaynaklı dikkatsizlik, bilinçte bozulma, bilişsel fonksiyonların bozulması ve düzensiz uyku gibi belirtiler gösteren ve geri dönüşümü olan ciddi psikolojik sendromdur (Han vd., 2017; Green vd., 2019; Tieges vd., 2021). Deliryum hastada akut/ kronik olarak olumsuz sonuçlar doğurabilecek son derece önem arz eden bir durumdur (Kaya vd., 2013). Deliryumun akut döneminde genellikle; huzursuzluk, dikkat dağınıklığı, uyku örüntüsünde bozulma ve anksiyete gibi belirtiler görülür iken ilerleyen aşamalarında algısal bozulmalar, hastaya yöneltilen sorulara yanlış cevaplar verme, sanrı ve halüsinasyonlar görme gibi belirtiler gözlemlenebilir (Özer vd., 2022; Kırpınar 2016). Deliryumu etkileyen birçok risk faktörü vardır. Bu faktörler; demans, kronik hastalık, alkol ve sigara kullanımı, psikoaktif ilaçlar, immobil yaşam, dehidratasyon, enfeksiyon, fiziksel kısıtlama yapılması olarak sıralanabilir. Yoğun bakımda ise ana

risk faktörleri olarak; hastanın mekanik ventilasyon ihtiyacı, yaşı ve hastalığının şiddeti yer almaktadır (Maldonado, 2018; Abdelbaky ve Eldelpshany, 2024).

Yapılan araştırmalarda hastanede yatmakta olan hastaların %20-%70 oranında deliryum yaşadığı, acil servislerde %10, palyatif hastalarda %50, yoğun bakımda yatan hastalarda %40, cerrahi yoğun bakımda yatan ve postoperatif dönemde olan hastaların %60 ve mekanik ventilatör desteği alan hastalarda ise %80 oranında deliryum görüldüğü belirlenmiştir (Barr vd. 2013, Pereira vd. 2016, Pisani vd. 2006). Deliryumdan kaynaklı hastanın hastane yatış süresi %20 oranında artmış olup, yoğun bakımdaki ölüm oranları da 3 kat fazladır (Doğu ve Kaya, 2017; Joseph E vd., 2021; Abdelbaky ve Eldelpshany, 2024).

Yoğun bakımda yatan hastalarda bulunduğu ortamdan kaynaklı ışık, gürültü, mekanik ventilasyon, hemşirelik bakımları, invaziv işlemler kişide orta ve şiddetli derecede ağrı gelişebilir. Bu ağrı kişide kendisinde eşlik eden hastalık durumunda çeşitli stres tepkisinin etkisiyle, kişinin ajite olmasına, uyku bozukluğu ve deliryum yaşamasına sebep olabilir (Seo vd., 2022).

2.5. Yoğun Bakımda Uyku

Uyku insan hayatının temel gereksinimlerinden olan ve yaşamın yaklaşık üçte birini oluşturan ana etkenlerden olup, aynı zamanda kişinin yaşam bütünlüğünde gerekli enerjiyi sağlayabilmesi için hücrelerin kendini yenilediği dönemdir (Karaman Özlü ve Özer, 2015; Yalın, 2016). Uygun kalitesi sağlıklı ya da hasta bireyler için son derece önemlidir. Kullanılan ilaçlar, psikolojik ve kronik rahatsızlıklar, cinsiyet, beslenme, fiziksel aktivite ve yaş uyku kalitesini etkileyen faktörlerdir (Paça ve Kaplan, 2024; Özerdinç, 2024). Uyku kalitesi özellikle yoğun bakım hastalarında son derece önemli olup kişinin manevi ve bedensel sorunlarının hafifletilmesinde ve yaşamsal fonksiyonlarının iyileşmesinde etkilidir (Koçak ve Aslan, 2020). Özellikle hastaların var olan hastalıklarına ek uyku sorunu yaşamaları psikolojik ve bedensel olarak kendisini olumsuz etkilemekte buna bağlı olarak immün sisteminin zayıflamasına ve hastalıklara karşı savunmasız hale gelmesine neden olmaktadır (Delaney vd., 2021; Honarmand vd., 2020; Ersoy vd., 2016).

Uyku 2 ana evreye ayrılır; hızlı göz hareketlerinin olduğu (REM) ve hızlı göz hareketlerinin olmadığı REM dışı (NREM) evre. Uykunun yaklaşık %20-25'ini REM oluşturur (Chokroverty, 2010; Baranwal vd., 2023; Koçak ve Aslan 2020).

NREM 3 evreden oluşmaktadır. Bunlar; Evre 1-2 ve 3.

NREM Evre 1: Uykunun ilk 1-7 dakikasıdır ve normal uykunun %2-5'ini oluşturur. Uyku hafif seviyededir ve kişi çevresel faktörler ile hızlı bir şekilde uyandırılabilir (Karaman Özlü, 2015; Koçak ve Aslan, 2020; Chokroverty, 2010).

NREM Evre 2: NREM Evre 1'den daha derin uyku durumudur. Uykunun yaklaşık ilk 10- 25 dakika arasını kapsayan dönemdir. Bu dönemde kan basıncı, nabız ve solunum hızında azalır, vücut sıcaklığı düşer ve kişide gevşeme hareketleri gözlemlenir. Tüm uyku döneminin yaklaşık olarak yarısını oluşturur (Karaman Özlü, 2015; Koçak ve Aslan, 2020).

NREM Evre 3: Toplam uyku evresinin %10-15'ini oluşturmaktadır. Bu evrede kişiyi uyandırmak daha zordur. Çünkü bu evre bir önceki evreden daha derindir. Bu dönemde kişinin solunum hızı ve nabızı düzenli, vücut sıcaklığı düşük seviyede seyir göstermektedir. Bu dönemdeki en önemli olay büyüme hormonu seviyesinde ve protein sentezinde artış meydana gelmesidir. Bu artış vücudun dinlenmesi ve kendini yenilemesi için son derece önem arz etmektedir. (Karaman Özlü ve Özer, 2015; Saygın ve Özgüner, 2020).

REM Uykusu: REM uykusu hızlı göz hareketlerinin olduğu, uykunun başlamasından yaklaşık 90 dakika sonra görülen toplam uykunun %20-30'unu oluşturan, rüyaların görüldüğü bir evredir. Kan basıncı, solunum, nabız ve bazal metabolizma artar, derin tendon refleksi baskılanır ve mide salgıları artmaktadır. Gece uyku süresince yaklaşık her 90 dk da bir olmak üzere REM periyodu meydana gelmektedir. Uyku evresinin ilk yarısında NREM, sonraki yarısına ise REM uykusu daha yoğundur (Karaman Özlü ve Özer, 2015; Koçak ve Arslan, 2020; Saygın ve Özgüner, 2020).

Uyku- uyanıklık döneminde bozulma yaşanması uyku kalitesinin bozulmasına, kişide fiziksel ve mental bozukluklar meydana gelmesine neden olmaktadır. Özellikle hastanede yatan hastalarda bu bozukluklar görülmektedir. Yapılan çalışmalarda

hastanede yatan hastaların uykunun kalitesi ve süresi açısından kötü etkilendiği ortaya çıkmış olup buna neden olan sebepler olarak da hastane içindeki aşırı ışık, ses, tıbbi cihazlar, hemşirelik bakımı ya da uygulamaları, invaziv ilaç uygulamaları gibi sebepler olduğu belirtilmiştir (Erol ve Enç, 2009; Karaman Özlü ve Özer, 2015).

Uyku bozuklukları farmakolojik ve non-farmakolojik tedaviler ile önlenebilir. Farmakolojik tedaviler kontrol altına alınamayan durumlarda uykuya geçişi hızlandırmak amacıyla kullanılırken (Daylan ve Akbaş, 2019), non-farmakolojik yöntemler ise düzenli yapılan egzersiz, hidroterapi, masaj, gevşeme teknikleri, ılık duş almak, termoterapi gibi tamamlayıcı terapiler kullanılan yöntemlerden bazılarıdır (Tuncer vd., 2020). Bu yöntemlere ek olarak terapötik dokunmanın da uyku üzerinde olumlu etkisinin olduğu belirlenmiştir (Ünal Aslan ve Çetinkaya 2022). 60 yaş ve üzeri kronik hastalığı olan kişilerde yapılan çalışmada uygulanan terapötik dokunmanın uyku kalitesi skorunda anlamlı bir azalma olduğu görülmüştür (Marta vd. 2010). Bağcı ve Yücel (2020)'in yapmış olduğu çalışmada ise 65-89 yaş aralığındaki yaşlı bireylere uygulanan terapötik dokunmanın uyku kalitesini arttırdığı ve uygulamanın tedavi sürecine katkı sağladığı ortaya çıkmıştır (Bağcı ve Yücel, 2020).

2.6. Yoğun Bakımda Fizyolojik Parametreler

Yoğun bakım ünitesinde yatan hastalar monitörize şekilde takip edilmekte ve hastanın kalp ritmi/sayısı, solunum sayısı, kan basıncı, oksijen saturasyon değeri, beden ısısı gibi parametrelerin değerleri 7/24 izlenmektedir (Kıraner ve Terzi, 2020). Vital bulguların sık takip edilmesi hastalığın nasıl seyir gösterdiği, hastaya verilecek olan bakım veya tedaviyi yönlendirmede ve kesin tanı koyma gibi durumlarda oldukça önemlidir. Bundan dolayı hemşire hastanın yaşamsal bulgularını sık sık izlemeli ve bu değerleri belli aralıklarda kayıt altına almalıdır. Herhangi bir değişiklik yaşanması durumunda diğer sağlık ekip üyeleri ile iletişime geçmelidir (Paur ve Yavuz, 2010; Gök ve Yosunkaya, 2012; Mok, 2015).

Yoğun bakımda de takip edilen temel fizyolojik parametreler kan basıncı, kalp atım hızı, solunum, oksijen saturasyonu ve vücut sıcaklığıdır.

Kan basıncı, hastanın hemodinamik dengesinin değerlendirilmesinde önemli bir parametredir ve genellikle hemşirenin sorumluluğundadır (Çevik vd., 2020). Hemşirenin kan basıncı ölçümünde dikkat edilmesi gerekenler, ölçüm sırasında hastanın izlemi ve çıkan değerin doğru bir şekilde değerlendirilmesi konusunda bilgili ve deneyimli olması önemlidir. Kan basıncının doğru bir şekilde ölçülmesi hastaya yapılacak ya da verilecek olan farmakolojik/non farmakolojik tedavinin belirlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Bayraktar ve Khorshid, 2017).

Kalbin dakikada attığı atım sayısına kalp atım hızı adı verilmektedir. Bu değer yetişkinlerde 60-100/dk arasındadır. Yetişkinlerde bu değer aralığı çeşitli faktörlerle 100'ün üzerine çıkarsa taşikardi, 60'ın altına inersen de bradikardi olarak adlandırılır (Armstrong vd., 2022). Kalp atım hızının doğru bir şekilde ölçülmesi ve değerlendirilmesi hastanın sağlığının seyri ve hayati risk taşıyan hastaların belirlenmesinde önemli bir değerdir (Diaz vd., 2005).

Solunum nefes almayla başlayıp organizmadaki hücrelerin oksijeni kullandıktan sonra karbondioksiti dışarı atması sürecidir. Solunum sayısı ise bu sürecin bir dakikadaki süresidir. Solunum sayısını kişinin o anki dinlenme durumu, fiziksel egzersiz durumu, ağrı ya da psikolojik durumu, hastalık durumu, sigara ya da alkol kullanımı etkilemektedir. Yetişkin bir bireyin ortalama solunum sayısı 12-20/dk olarak izlenmektedir (MEB Hemşirelik 2012). Solunum sayısı, durumu kötüleşen hastaların belirlenmesinde ayırıcı bir parametredir. Örneğin; ateşli hastalıklarda, kalp ya da akciğer hastalıklarında, ameliyat sonrası ve sonrasında kullanılan farmakolojik tedaviler hastanın solunum hızında sapmalar yaşamasına sebep olabilmektedir (Mok vd., 2015).

Satürasyon değeri, hastanın sağlık ya da hastalık durumunun değerlendirilmesinde ve yönetilmesinde önemli unsurlardan biridir. Dokulardaki oksijen miktarının azalması (hipoksemi) böbrek, kalp ve beyin gibi organlarda akut bozulmalara sebep olabilir. Kandaki bu oksijen miktarı pulse oksimetre cihazı ile ölçülür. Bu cihaz kişinin parmağına takılarak non invaziv şekilde, ağrısız ve güvenilir şekilde ölçümü yapar (Çetinkaya vd.,2008; Hafen ve Sharma, 2022). Oksijen satürasyonunun normal aralığı %95-100 arasındadır. %95-90'nın altındaki değerler anormal olarak değerlendirilir ve oksijen tedavisi gerekmektedir. %85 'in altında bir değer vücuttaki dokulara yeterli miktarda oksijen gitmediğini, hipoksemi açısından hastanın klinik olarak

değerlendirilmesi tedavi edilmesi gerektiğini gösterir. Özellikle solunum açısından sıkıntılı olan hastalarda oksijen saturasyon değerinin sık sık takip edilmesi, doğru bir şekilde değerlendirilmesi ve düzenli olarak kayıt altına alınması gerekmektedir. Ayrıca, oksijen saturasyon değeri 5. vital bulgu olarak literatüre girmiştir (Tiryaki ve Çınar, 2018; Çetinkaya vd., 2008).

Vücut Sıcaklığı vücutta üretilen - tüketilen ısı arasındaki farktır. İnsanın vücudundaki organların işlevlerini yapabilmesini için belli bir sıcaklık değerinde olması gerekmektedir. Bu değerde ortalama olarak 36,1-37,8 arasındadır. Yetişkin bir kişide ortalama değer 37 derecedir (Bodkin vd., 2014). Vücut sıcaklığının sabit ve dengeli olabilmesi için ısı üretimi ve tüketiminin eşit olması gerekmektedir. Vücut sıcaklığının artması (hipertermi) sonucunda kimyasal reaksiyonlar artar ve vücutta var olan denge yani hemostaz bozulur. Vücut sıcaklığı 41 dereceye çıktığında kişide genel olarak konvülsiyon hali görülürken; 43 derece sıcaklıkta ölüm meydana gelebilir. Vücut sıcaklığının 35 derece ve altına inmesi durumuna hipotermi adı verilir. Metabolik hızda azalmalar görülmeye başlar sonucunda ise hastada ciddi/kalıcı hasarlara ya da ölüme sebebiyet verebilir. Vücut sıcaklığının belli bir değerde tutulması ve bu dengenin sürdürülmesi kişinin yaşamı için önemlidir (Pour ve Yavuz, 2010).

2.7. Terapötik Dokunma

Terapötik dokunma (TD), hemşire Dolores Kriger ve doğal şifacı Dora Kunz tarafından 1973 yılında geliştirilen, evrendeki enerjiyi belirli niyetlerle kullanarak, kişinin kendi iç dengesini bulmasını sağlayan, kişinin kendi enerji alanını (biyo-enerji) daha uyumlu hale getirmeyi, yenilemeyi ve iyileşmeyi amaçlayan sağlık uygulamalarından biridir (Krieger, 1979; Garrett ve Riou, 2021).

Terapötik dokunma bedenin bir aura ile çevrili olduğuna ve canlı tutulduğu varsayımına dayanan, temel olarak vücudun belirli yerlerinde bulunan enerji noktalarına parmak uçlarıyla temas ederek ya da ellerini yanına koyarak uygulanan tamamlayıcı bir tedavi yöntemidir (Heidt, 1981; Aghabati vd., 2010; Turan vd., 2010). Bu enerji alanı düzenli olduğunda sağlıklı, düzensiz olduğunda ise hastalık olduğunu göstermektedir. Hastalık durumunda ise bu TD yöntemi kullanılarak kişi tedavi edilmektedir (Turan, 2015). Cilde uygulanan bu dokunma uygulaması reseptörleri

uyarak beyne ileti gönderir. Kişi tarafından yorumlanır ve yanıtlanır. İnsanın temel ihtiyacı olan dokunma, sevgi, şefkat, acı ve ceza gibi olumlu ve olumsuz iletiyi gönderebilir (Özer ve Citlik Saritas, 2015). Terapötik dokunma özellikle yoğun bakımda tedavi gören ve duygusal girdi sorunu yaşayan hastalara olumlu etkileri olan bir tamamlayıcı yöntemdir. Bu terapötik dokunma ile hasta kendine önem verildiği duygusunu yaşar ve hemşire ile olan iletişimi artmaya başlar. Kişinin duygusal girdi sorunları hafiflemeye başlar ve fizyolojik parametrelerinde olumlu sonuçlar gözlenir (Kaçmaz, 2002; Arslan ve Özer, 2010).

2.7.1. Terapötik dokunmanın aşamaları

Terapötik dokunma dört aşamadan oluşur. Bunlar; merkezleme, tanılama, tedavi ve değerlendirmedir (Turan, 2015).

Merkezleme: Bu aşama enerji transferi için kişinin evrensel enerji alanına kendini açtığı TD'nin ilk ve en önemli aşamasıdır. Uygulayıcı bu aşamayı yapmadan önce yani hazırlık evresinde kişiyi ya da hastayı gözlemlemelidir. Hastanın sakin, huzurlu, düşüncelerinden arınmış ve o ana odaklanmış olması sağlanmalıdır. Bu aşamadaki amaç kişinin iç sakinliğinin ve konsantrasyonunun sağlanmasıdır. Tüm bu maddeler sağlandığında bu aşama başlamakta ve uygulayıcı tam bu anda kişinin dikkatini dağıtmadan parmak uçlarıyla terapötik dokunma uygulamasına başlar (Turan, 2015; Aghabati vd., 2010; May, 2001).

Tanılama: Bu aşama kişinin ya da hastanın enerji alanını tanımak amacıyla parmak uçlarını kullanarak dokunma işlemine başlamasıdır. Eller açık bir şekilde kişinin vücudunun 2-4 cm lik uzaklıkta olacak şekilde kişinin cildinin üzerinde gezdirme işlemidir. Gezdirme işlemi yapılırken kişinin enerji alanında var olan negatif etkiler araştırılmaktadır. Bu aşamada kişi mahremiyeti korumak amacıyla giyinik vaziyettedir. Uygulayıcı kişinin enerji alanlarını dinleyerek ve hissederek enerji denge durumunun anlaşılmasını sağlamaktadır (Turan, 2015).

Tedavi: Bu aşamada kişinin enerji alanındaki var olan negatif durumu ya da dengeyi yeniden sağlamaya yardımcı olunur. Amaç enerji dengesizliğine neden olan durumu uygulayan kişinin enerjisini karşıdakine parmak uçlarıyla aktararak ortadan kaldırıp kişinin rahatlamasını sağlamaktır. Uygulayıcı ellerini kullanarak kişinin başından

başlayıp ayak parmak uçlarına kadar ritmik hareketler ile hareket ettirir. Bu şekilde enerji alanları yönlendirilip dengelenmesi bağlanır. Bu aşama uygulanırken kişinin hayal kurması, olumlu düşünmesi gibi davranışlar yaparak uygulamaya katılması sağlanmaktadır (Krieger, 1979; Turan, 2015).

Değerlendirme: Uygulamanın son aşamasıdır. Uygulayıcı bitirme aşamasına geçmeden önce kişinin enerji alanlarını baştan aşağı tekrar değerlendirir. Uygulanan TD' nin tam olarak etkin olup olmadığı değerlendirilir ve uygulama sonrası kişiden bu uygulama hakkında geri dönütler alarak kişinin soruları yanıtlanır (Krieger, 1979; Turan, 2015).

2.7.2. Terapötik dokunmanın etkileri

Terapötik dokunma ile ilgili yapılan çalışma az olmakla birlikte yapılan ilk çalışma Krieger tarafından yapılmıştır ve bu uygulama sonrasında hastanın hemoglobin düzeyinde artma görülmüştür (Krieger, 1993). Martha ve arkadaşlarının (2010) yapmış olduğu bir çalışmada ise terapötik dokunmanın hastalarda depresyon semptomlarını, ağrı şiddetini azalttığı sonucuna ulaşılmıştır (Martha vd., 2010).

Kerr ve arkadaşlarının terapötik dokunuşun insan bedeninde nasıl etkileri olduğu ile ilgili yaptığı çalışmada terapötik dokunmanın kişi üzerinde nörofizyolojik yanıt olarak nöroendokrin etkilere yol açan belirli kimyasalların ve nörotransmitterlerin salınmasını, vagal uyarımı, stres, ağrı ve depresyonun azaltılmasına yardım ettiği görülmüştür (Kerr vd. 2017).

Yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda TD' nin, fizyolojik parametrelerini düzenlediği, sedatif ilaç kullanımını azalttığı görülmektedir (Mollaoğlu, 2001). TD hasta da ya da sağlıklı bireyler de; gevşeme ya da rahatlama sağlayarak ağrısının azalmasına ve stres seviyesinin minimum seviyeye inmesine ve immün bağışıklığın artmasına yardım eder. Sağlıklı bireylerde ise dengenin sağlanmasında kullanılır (Olson ve Sneed, 1995; Özveren, 2011; Mollaoğlu, 2001). Terapötik dokunma, hastalarda ameliyat öncesi dönemde uygulandığında kişinin endişe ve korkusunun azalmasına ve hemşire – hasta arasındaki etkileşimin artmasına böylelikle güven ilişkisinin oluşmasına yardım eder (Mollaoğlu, 2001). Hemşireler tarafından uygulanan bu terapötik dokunma uygulamasının yapılabilmesi için özel bir eğitim

almak gerekmektedir. Uygulama, hastaların daha çok rahatlamasına, hemşire- hasta etkileşiminin artmasına, hastanın iyileşme sürecini kısaltarak taburculuk sürecini hızlanmasına böylelikle sağlık kuruluşlarındaki bakım ve tedavi maliyetlerinin azalmasına yardım etmektedir (Mollaoğlu, 2001).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma cerrahi yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda terapötik dokunmanın ağrı deliryum, uyku ve fizyolojik parametrelere etkisini değerlendirmek amacıyla randomize kontrollü olarak yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesi Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde 01.12.2024 - 28.02.2025 tarihleri arasında yürütülmüştür. Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi 5 yataktan oluşmaktadır ve üniteye toplam 17 hemşire çalışmaktadır. Çalışma saatleri 08-16;16-08;08-08 vardiyalı şekildedir. Yoğun bakım ünitesi üçüncü basamak olarak çalışmaktadır. Bu üniteye tedavi gören hastalar genellikle multitravma geçiren hastalar, abdominal cerrahi, ortopedik cerrahi, beyin cerrahi hastaları ve ameliyat öncesi-sonrası takipleri olan hastalar oluşturmaktadır.

3.3. Araştırma Değişkenleri

3.3.1. Bağımsız Değişken

Bu araştırmada bağımsız değişken terapötik dokunmadır.

3.3.2. Bağımlı Değişken

Araştırmanın bağımlı değişkenleri ağrı, uyku, deliryum ve fizyolojik parametrelerdir.

3.4.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesi Cerrahi Yoğun Bakım ünitesinde 01.12.2024 - 28.02.2025 tarihler arasında tedavi gören hastalar, örneklemi ise; araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan 80 hasta oluşturmuştur. Bu örneklem sayısı araştırmanın hipotezleri ele alınarak hesaplanmıştır. Bu verilere göre örneklem sayısı G*Power (Version 3.1.9.6) ile yapılan güç analizi sonucunda hesaplanmış olup Power analizinde güvenirlik %95, güç %80 ve etki düzeyi 0,70 alınarak örneklem sayısı 68 olarak belirlenmiştir. Araştırma müdahale grubu 42 ve kontrol grubunda 38 toplamda 80 hasta ile yürütüldü.

3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalar,
- 18 yaş ve üzeri Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesi Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde cerrahi sonrası tedavi alan,
- İletişim problemi (duyma, konuşma, anlama vb.) olmayan,
- En az 72 saat cerrahi yoğun bakımda tedavi alan,
- RASS: -3 ile +4 arasında ve Glasgow koma skalası:10 ve üzeri olan,
- Analjezik olarak sadece non-steroid ilaç kullanan hastalar,
- Tıbbi tanısı demans olmayan hastalar,
- Mental durum bozukluğu /psikolojik hastalığı olmayan ve uyku ilacı kullanmayan hastalar.

3.6. Araştırmaya Dahil Olmama Kriterleri

- Ameliyat sonrası dönemde YBÜ’de komplikasyon gelişen hastalar,
- Cerrahi yoğun bakımda 72 saatten daha kısa tedavi alan hastalar.

3.7. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında Sosyodemografik Özellikler Formu, Glasgow Koma Skalası (GKS), Vizüel Analog Skalası (VAS), Richmond Ajitasyon ve Sedasyon Skalası (RASS), Richards-Campbell Uyku Ölçeği (RCSQ) ve Fizyolojik Parametre Değerlendirme Formu kullanılmıştır.

3.7.1. Sosyodemografik Özellikler Formu (Ek-1)

Araştırmacı tarafından Yaman Lezki (2024) ve Şahin (2024)’nin yapmış olduğu çalışmalardan örnek alınarak hazırlanan bu form araştırmaya dahil edilen hastaların özelliklerini tanımlayabilmek amacıyla; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, kronik hastalığının varlığı, yoğun bakımda kalma süresi, Glasgow Koma Skalası, yoğun bakımda oksijenlenme durumu gibi 12 maddeden oluşan soruları içerir.

3.7.2. Glasgow Koma Skalası (GKS) (Ek-2)

Glasgow Koma Skalası 1974 yılında geliştirilmiş, beyin hasarı olan hastaların bilincini nesnel bir şekilde değerlendirilmesini ve derecelendirilmesini sağlayan, acil servis ve yoğun bakım ünitelerinde sıklıkla kullanılan bilinç değerlendirme skalasıdır. Ölçeğin hastaların yanıt verme durumuna göre üç özelliği (Göz yanıtı, Motor yanıt, Sözel yanıt) vardır ve puanı 3-15 arasında değişmektedir. Skalada 13-15 puan hastanın uyanık olduğu; 8-12 arasındaki puan koma öncesi dönemde olduğunu; 8 ve altındaki puan ise koma olarak değerlendirilir (Doğanay 2019).

3.7.3. Vizüel Analog Skalası (VAS) (Ek-3)

Vizüel Analog Skala (VAS), Hayes ve Patterson tarafından 1921 yılında akut veya kronik ağrının şiddetini belirlemek amacıyla kullanılan ölçüm aracıdır (Hayes ve Patterson (1921). VAS, 100 mm lik bir cetvelden oluşan, sol ucu 0 puanı ‘‘Ağrı yok’’, sağ ucu 10 puanı ‘‘Dayanılmaz ağrı’’ varlığını temsil etmektedir. VAS uygulanırken hastaya 0 ile 10 puan arasında ağrı şiddetine uyan bir noktayı seçmesi istenir. Seçilen nokta 0-4 puan aralığında ise hafif, 5-6 puan aralığında ise orta şiddet, 7-10 puan aralığında ise şiddetli ağrıyı ifade etmektedir (Eti Aslan ve Kan Öntürk, 2014).

3.7.4. Richmond Ajitasyon ve Sedasyon Skalası (RASS) (Ek-4)

Richmond Ajitasyon ve Sedasyon Skalası (Richmond Agitation Sedation Scale; RASS), Virginia Commonwealth Üniversitesi'nde multidisipliner bir ekip tarafından geliştirilmiştir. Sılay ve Akyol (2017) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Sedasyon ve ajitasyon seviyeleri için ayrı kriterlere sahip 10 derecelik bir skaladan oluşmaktadır. Çalışma kapsamında ajitasyon kriterleri göz önüne alınarak değerlendirme yapılmıştır. Ölçek puanları +4 ile -5 arasında değişmektedir. Hasta uyanık değilse, hastaya ismi ile seslenilerek gözlerini açması beklenir. Hasta gözlerini açtıktan sonra 10 saniyeden fazla göz teması kurabiliyorsa uykulu (skor -1), 10 saniyeden az sürüp devamlı değilse hafif sedatize (skor -2), sese ve harekete yanıt verip hiç göz teması kuramıyorsa orta derece sedatize (skor -3) olarak değerlendirilmektedir. Pozitif RASS skoru ajite hastayı, negatif RASS skoru sedatize/ komadaki hastaları ifade etmektedir (Sılay ve Akyol 2017).

3.7.5. Richards-Campbell Uyku Ölçeği (RCSQ) (Ek-5)

Richards tarafından 1987 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Özlü ve Özer tarafından 2015 yılında yapılmıştır. Gece uykusunun derinliğini, uykuya dalma süresini, uyanma sıklığını, uyandığında uyanık kalma süresini, uykunun kalitesini ve ortamdaki gürültü düzeyini değerlendiren altı maddeden oluşan ölçeğin her bir maddesi görsel analog skala tekniği ile 0-100 arasında yer alan çizelge üzerinde değerlendirilir. Ölçekten alınan “0-25” arası puan çok kötü uykuyu, “76- 100” arası puan çok iyi uykuyu belirtmektedir. Ölçek toplam puanı 5 madde üzerinden değerlendirilir, ortamdaki gürültü düzeyini değerlendiren altıncı madde toplam puan değerlendirmesi dışında bırakılır. Ölçeğin puanı arttıkça hastaların uyku kaliteleri de artmaktadır ve bu ölçeğin Cronbach α değeri 0,82 olarak bulunmuştur (Karaman Özlü ve Özer 2015). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach α değeri 0,73 olarak bulunmuştur.

3.7.6. Fizyolojik Parametre Değerlendirme Formu (Ek-6)

Yoğun Bakım Ünitelerindeki hastalara terapötik dokunma öncesi ve sonrası fizyolojik değerlerin; vücut ısısı, kalp atım sayısı, solunum, sistolik- diastolik kan basıncı ve oksijen saturasyon değerlerinin karşılaştırılması amacıyla araştırmacı tarafından oluşturulmuş bir formdur.

3.8. Randomizasyon ve Körleme

Araştırmada yer alacak bireylerin müdahale ve kontrol gruplarında yer alması blok randomizasyon yöntemi ile belirlenmiştir. Uygulamayı yapan araştırmacı araştırmada yer alan bireylerin hangi grupta yer aldığını bildiği için araştırma tek kör olarak yapılmıştır. Ayrıca araştırmanın istatistik verileri araştırma gruplarını bilmeyen bağımsız bir istatistikçi tarafından yapılmıştır.

3.9. Verilerin Toplanması

Veriler yoğun bakım ünitesine yatışı yapılan hastalardan ameliyat sonrası cerrahi yoğun bakımda tedavi süreci 24., 48. ve 72. saatlerde olmak üzere araştırmacı tarafından yüz yüze toplanmıştır.

3.9.1. Kontrol grubunun verilerinin toplanması

Kontrol grubunun verileri toplanırken araştırmacı ilk önce hastaların örnekleme alınma kriterlerini karşılayıp karşılamadığını değerlendirmiştir. Araştırma kriterlerini karşılayan cerrahi yoğun bakım ünitesinde ameliyat sonrası birinci günde olan hastalara araştırmacı kendini tanıttıktan sonra hastaya bilgilendirme formu hem açıklanıp hem de bir kopyası kendisine verilerek düşünmesi için zaman tanınmıştır. Hasta soruları araştırmacı tarafından yanıtlanmıştır. Onay veren hastalardan bilgilendirilmiş onam alındıktan sonra araştırmacı tarafından Sosyodemografik Özellikler Formu, Vizüel Analog Skalası (VAS), Richmond Ajitasyon ve Sedasyon Skalası (RASS), Richards-Campbell Uyku Ölçeği ve Fizyolojik parametreler Formu yoğun bakım ünitesine yatışı sonrası cerrahi operasyon geçirmiş olan hastalarda 24., 48. ve 72. saatlerde doldurdu. Kontrol grubundaki bireylere ölçeklerin ilk ölçümünden yaklaşık 30 dakika sonra ikinci ölçümler yapılmıştır

3.9.2. Müdahale grubunun verilerinin toplanması

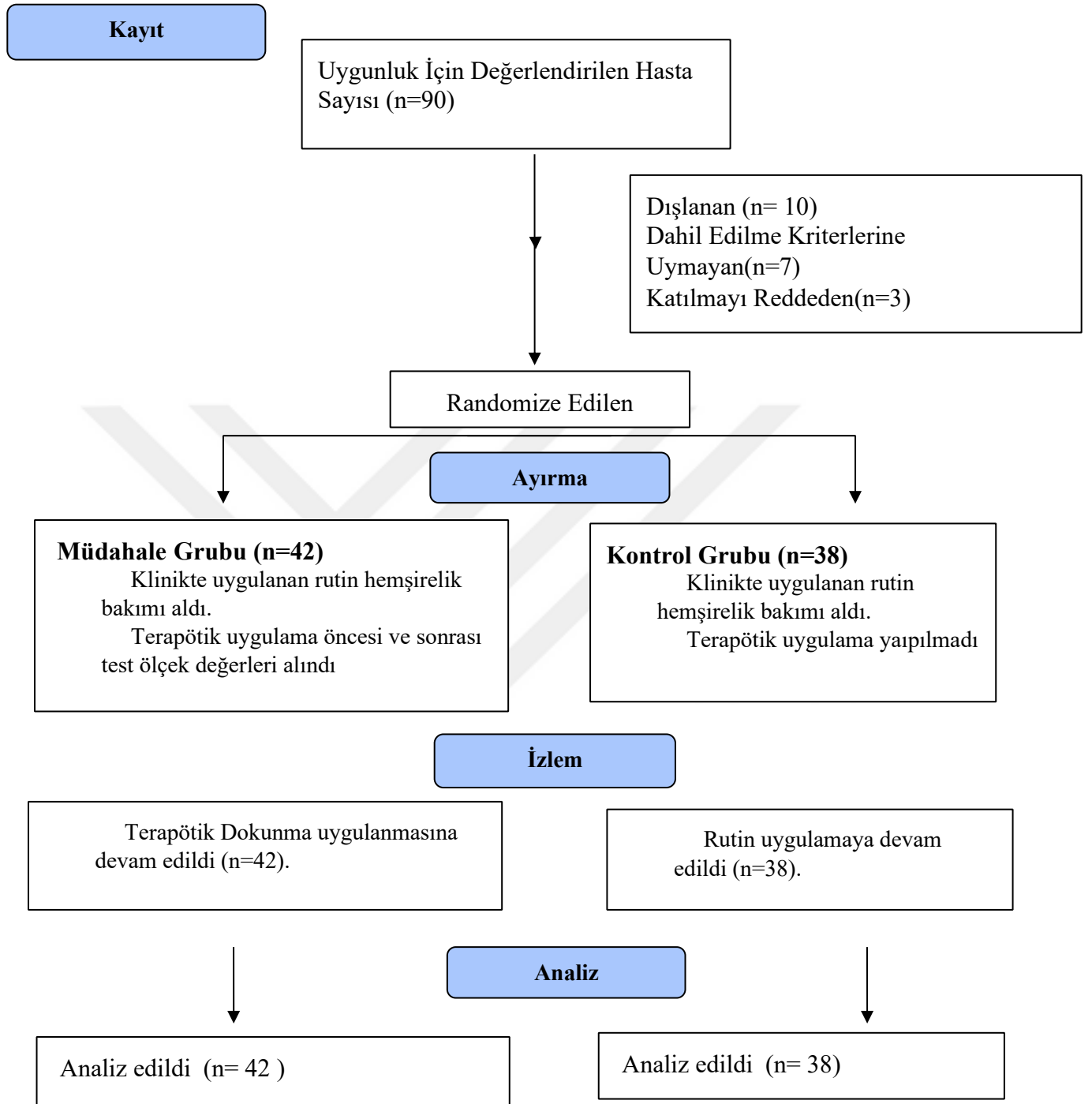
Müdahale grubu hastalarına araştırmacı ilk önce kendini tanıtarak yapılan çalışma hakkında bilgi vermiştir. Araştırmada süresince hastalara uygulanacak terapötik dokunuşun ne olduğu, nasıl yapıldığı, etkilerinin ne olduğu konusunda bilgi verildi. Hastanın bu uygulama hakkında daha iyi bilgilendirilmesi için uygulamanın anlatımı görsel resimlerle desteklendi. Hastaya bilgilendirme formu hem açıklanıp hem de bir kopyası kendisine verilerek düşünmesi için fırsat verilmiştir. Onay veren hastalardan bilgilendirilmiş onam alındıktan sonra araştırmacı tarafından hastaya yoğun bakım ünitesine yatışı olan ameliyat sonrası cerrahi yoğun bakımda takip edildiği 24., 48. ve 72. saatler aralığında Sosyodemografik Özellikler Formu, Glasgow Koma Skalası (GKS), Vizüel Analog Skalası (VAS), Richmond Ajitasyon ve Sedasyon Skalası (RASS), Richards-Campbell Uyku Ölçeği ve Fizyolojik Parametreler Değerlendirme Formları doldurulmuştur. Müdahale grubunda yer alan hastalara cerrahi sonrası 24., 48. ve 72. saatlerde günde bir defa olmak terapötik dokunma uygulaması yapıldı. Terapötik dokunma uygulaması yaklaşık 15 dakika sürdü ve uygulama tamamlandıktan 15 dakika sonra ikinci ölçüm için ölçekler uygulandı. Müdahale sırasında hastanın mahremiyetine özen gösterilerek hasta yatağının üzerinde uygulama yapılırken sessiz bir ortam sağlanmıştır. Uygulama saatlerinin belirlenmesinde tedavi

ve hemşirelik uygulamalarının olmadığı (akşam saatleri (saat:20:00)) zamanlar gözetilerek planlama ve uygulama yapıldı.

Araştırmanın consort akış şeması şekil 3.1’de sunulmuştur.



CONSORT Akış Şeması



Şekil 3.1. Consort Akış Şeması

3.9.3. Müdahale grubuna terapötik dokunma girişiminin uygulanma sıralaması

Müdahale grubunda olan hastalara, bu konuda eğitim alan ve yetkinliği (sertifika) olan araştırmacı tarafından uygulama yapılmıştır. Ayrıca araştırmada yer alan ikinci danışmanın bu alan ile ilgili gerekli yetkinlik (sertifika) ve bilgisinden destek alınmıştır. Araştırma süresince uygulamada herhangi bir problem yaşanmaması için araştırmada yer alan hekim kontrolünde uygulama yapılmıştır. Yoğun bakım üniteleri tek kişilik odalar olduğu için hasta mahremiyeti sağlanmıştır.

Terapötik dokunma uygulama aşamaları aşağıdaki sıralamaya göre yapılmıştır;

- 1.Hastane ortamlarında hasta yatağında kişinin hasta önlüğü giyinik şekilde uygulandı. Uygulamayı yapmadan önce araştırmacı hastayı uygulama hakkında bilgilendirdi.
- 2.Uygulamaya başlamadan önce ortamın sessiz ve sakin olması, hastanın rahat olması sağlandı.
- 3.Hastanın enerji alanları değerlendirildi. Hastanın enerji alanını değerlendirmek amacıyla eller hastanın bedeninden yaklaşık 2-4 cm uzaklıkta süpürme hareketiyle gezdirildi. Enerji alanında dengesizlik ya da negatif bir durum varlığında ek zaman ayrıldı.
- 4.Terapötik dokunmanın uygulamalarına uyarak merkezleme, tanılama, tedavi ve değerlendirme aşamalarına uygun olarak girişimler yapıldı.

3.10. Verilerin İstatiksel Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS 26.0 programı, %95 güven düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlılık düzeyi ise $p < 0,05$ olarak çalışılmıştır. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğinin değerlendirilmesinde çarpıklık ve basıklık değerlerine bakıldı. Ölçümlerden elde edilen basıklık ve çarpıklık değerlerinin +3 ile -3 arasında olması normal dağılım için yeterli görüldü (Groeneveld ve Meeden, 1984; Moors, 1986; Hopkins ve Weeks, 1990; De Carlo, 1997). Grup ile kategorik değişkenler arasındaki ilişki Ki-kare testi ile analiz edilmiştir. Sayısal değişkenlerin dağılım özelliklerini incelemek amacıyla Shapiro-Wilk normallik testi uygulandı. Elde edilen sonuçlara göre, araştırma grupları arasında normal dağılım gösteren sayısal değişkenlerin analizinde bağımsız örneklem t testi; normal dağılım göstermeyen değişkenlerin karşılaştırılmasında ise Mann Whitney U testi kullanıldı. Aynı grubun

zaman içinde değişen ölçümlerini değerlendirmek amacıyla, normal dağılım gösteren değişkenlerde bağımlı örneklem t testi ve tekrarlayan ölçümler için ANOVA; normal dağılım göstermeyen değişkenlerde ise Wilcoxon testi ve Friedman testi uygulandı. Ayrıca, gruplar arası karşılaştırmalarda farkın büyüklüğünü değerlendirmek amacıyla normal dağılım gösteren değişkenler için Cohen's d, normal dağılım göstermeyen değişkenler için ise Cliff's delta (δ) hesaplandı. Etki büyüklüklerine ilişkin yorumlarda r değeri kullanılarak korelasyon temelli değerlendirme de yapıldı.

3.11. Araştırmanın Etik Beyanı

Araştırmanın uygulanabilmesi için Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Sağlık Bilimleri Araştırma Etik Kurulundan (Karar No: E.17944, Karar Tarihi: 13.06.2024) etik onay (Ek-7) alınmıştır. Araştırmanın yürütüldüğü Aksaray Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden ve Aksaray İl Sağlık Müdürlüğünden araştırma izni (Karar No: E-23240534-771-254263170 Karar Tarihi: 18.09.2024) (Ek-8) alınmıştır. Araştırmanın müdahale ve kontrol grubunda olan hastalardan sözlü onam ve hastalara araştırmayı anlatan, olası yan etkileri belirten, araştırma süresini içeren, bu araştırmaya katılımlarının faydasını ve araştırma süresince iletişim kurabilecekleri araştırmacılar ve bilgilerini içeren bilgilendirilmiş yazılı onam alınmıştır. Araştırmacı terapötik dokunuş uygulaması yapabilmek için eğitim alarak Terapötik Dokunuş sertifikası (Ek-9) almıştır. Araştırmada kullanılan ölçeklerin yazarlarından e-mail yolu ile izin alınmıştır (Ek 12). Araştırma Helsinki bildirgesine uygun yapılmıştır.

3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmayanın Aksaray iliyle sınırlı olup cerrahi yoğun bakım ünitesindeki hastaları kapsamayı, hastaların sadece hastanede bulundukları zaman içerisinde değerlendirme yapılması ve 01.12.2024-28.02.2025 tarihlerinde tedavi gören hastalar olması araştırmanın sınırlılıklarındandır.

3.13. Araştırmanın Güçlü Yanları

Araştırmada randomizasyon uygulanması ve evren büyüklüğünün yeterli sayıda, ulaşılabilir olması araştırmanın güçlü yanlarını oluşturmuştur.

4. BULGULAR

Araştırmaya dahil edilen hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin dağılım ve karşılaştırma Çizelge 4.1’de sunulmuştur.

Çizelge 4.1. Grupların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Dağılımları

		Grup		Test	p
		Kontrol (n=38)	Müdahale (n=42)		
Yaş medyan* (Ort±ss)		(42,66±10,53)42	(42,12±12,41)42	0,208	0,836
Hastanın Glasgow Koma Skalası medyan*(Ort±ss)		(12,74±1,43)13	(12,93±1,6)13	-0,563	0,575
Yoğun Bakımda Kalma Süresi medyan*(Ort±ss)		(4,16±1,13)4	(3,93±0,97)4	0,976	0,332
		n(%)	n(%)		
Cinsiyet**	Kadın	23(%60,5)	21(%50)	0,518	0,471
	Erkek	15(%39,5)	21(%50)		
Medeni durum**	Evli	28(%73,7)	30(%71,4)	0,000	1,000
	Bekar	10(%26,3)	12(%28,6)		
Sigara kullanımı**	Evet	21(%55,3)	23(%54,8)	0,000	1,000
	Hayır	17(%44,7)	19(%45,2)		
Alkol kullanma durumu**	Evet	8(%21,1)	4(%9,5)	1,274	0,259
	Hayır	30(%78,9)	38(%90,5)		
Kronik hastalık**	Evet	29(%76,3)	29(%69)	0,227	0,634
	Hayır	9(%23,7)	13(%31)		
Daha Önce Cerrahi Operasyon Geçirme Durumu**	Evet	17(%44,7)	18(%42,9)	0,000	1,000
	Hayır	21(%55,3)	24(%57,1)		
Daha Önce Hastaneye Yatma Durumu**	Evet	22(%57,9)	21(%50)	0,233	0,629
	Hayır	16(%42,1)	21(%50)		
Oksijenlenme Durumu**	Oda havasında	6(%15,8)	9(%21,4)	1,681	0,432
	Nazal maske	18(%47,4)	23(%54,8)		
	Rezervuarlı	14(%36,8)	10(%23,8)		

*=t testi; **=Ki-kare testi

Araştırmaya dahil edilen kontrol grubu hastaların yaş ortalamasının $42,66 \pm 10,53$ yıl, %60,5'inin kadın, %73,7'sinin evli, %55,3'ünün sigara kullandığı, %21,1'inin alkol kullandığı, %76,3'ünün en az bir kronik hastalığı olduğu, %44,7'sinin daha önce cerrahi operasyon geçirdiği, %57,9'unun daha önce hastaneye yattığı belirlendi. Kontrol grubu hastalarının %15,8'i oda havasında oksijenlendiği, %47,4'ünün nazal maske kullanarak, %36,8'inin rezervuarlı oksijen maskesi ile oksijenlen desteği aldığı saptandı. Glasgow koma skalası değeri $12,74 \pm 1,43$, yoğun bakımda kalış süresi ise $4,16 \pm 1,13$ gün olarak hesaplandı.

Araştırmadaki müdahale grubu hastaların yaş ortalaması $42,12 \pm 12,41$, %50'si erkek, %71,4'ünün evli, %54,8'inin sigara kullandığı, %9,5'inin alkol kullandığı, %69'unun en az bir kronik hastalığı olduğu, %42,9'unun daha önce cerrahi operasyon geçirdiği, %50'sinin daha önce hastaneye yattığı belirlendi. Müdahale grubu hastalarının %21,4'ü oda havasında oksijenlendiği, %54,8'inin nazal maske kullanarak, %23,8'inin rezervuarlı oksijen maskesi ile oksijenlendiği tespit edildi. Glasgow koma skalası değeri $12,93 \pm 1,6$, yoğun bakımda kalış süresi $3,93 \pm 0,97$ gün olarak hesaplandı.

Kontrol ve müdahale gruplarının genel özelliklerine ilişkin dağılımı incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı, değişkenler açısından grupların benzer özellikler taşıdığı ve homojen bir dağılım gösterdiği belirlendi ($p > 0.05$).

Çalışmada müdahale ve kontrol grubunun uygulama öncesi-sonrası VAS ağrı skalası puan ortalamalarına ilişkin bulgular çizelge 4.2'de sunulmuştur.

Çizelge 4.2. Grupların Uygulama Öncesi- Sonrası VAS Puan Ölçeği Değerlendirilmesi

		Müdahale Grubu(n=42)			Kontrol Grubu (n=38)			
VAS zamanı	Ölçüm	Ort±SS	Med (Min-Maks)	Ort±SS	Med (Min-Maks)	p Test istatistiği	r (etki)	Etki büyüklüğü
VAS UÖ	24. Saat	6,78±1,00	7(5-9)	7,00±0,90	7(5-8)	p=0,319 t=1,003	0,112	0,231 ^d
VAS US	24. Saat	5,76±1,00	6(4-8)	6,21±0,84	6(4-8)	p=0,035 t=2,147	0,240	0,488 ^d
p		0,000		0,000				
Test istatistiği		t=14,180		t=7,824				
VAS UÖ	48. Saat	5,45±0,96	5(4-8)	5,47±1,03	6(3-7)	p=0,924 t=0,095	0,011	-0,020 ^d
VAS US	48. Saat	4,09±1,07	4(2-7)	5,94±0,80	6(4-7)	p=0,000 t=8,640	0,966	1,958 ^d
P		0,000		0,000				
Test istatistiği		t=12,707		t=-4,515				
VAS UÖ	72. Saat	3,88± 1,44	5(3-7)	4,94±1,03	5(3-7)	p=0,098 U=633,500	0,186	0,206 ^δ
VAS US	72. Saat	2,68± 1,91	3(2-6)	5,34±0,74	5(4-7)	p=0,000 U=55,000	0,615	0,931 ^δ
p		0,000		0,017				
Test istatistiği		W=-5,436 ^w		t=-2,499				

t=Eşli İki Örnek T Testi, t=bağımsız örneklem t testi, w=Wilcoxon testi, U=Mann Whitney U testi, d= Cohen's d|, δ= Cliff's Delta |δ| UÖ: Uygulama Öncesi US: Uygulama Sonrası

Araştırma grubundaki hastaların 24. saat VAS puanları değerlendirildiğinde; terapötik dokunma uygulama öncesi ağrı puanları, müdahale grubunda ortalama 6,78±1,00; kontrol grubunda 7,00±0,90 olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı gözlemlendi (p= 0,319, Cohen's d=0,231, r= 0,112). Uygulama sonrası ağrı puanları müdahale grubunda 5,76 ± 1,00 iken kontrol grubunda 6,21±0,84 olduğu ve aralarında anlamlı fark olduğu saptandı (p = 0,035). Etki büyüklüğü küçük-orta düzeyde olup müdahale grubunda ağrının kontrol grubuna kıyasla daha düşük olduğu görüldü (Cohen's d= 0,488, r= 0,240)

48. saat VAS puanları değerlendirildiğinde; uygulama öncesi ağrı puanlarının müdahale grubunda ortalama 5,45 ± 0,96, kontrol grubunda 5,47 ± 1,03 olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı gözlemlendi (p= 0,924, Cohen's d= 0,020, r= 0,011). Uygulama sonrası ağrı puanları müdahale grubunda 4,09 ± 1,07 iken kontrol grubunda 5,94±0,80 olarak ölçüldü ve aralarındaki fark istatistiksel

olarak çok anlamlı bulundu ($p < 0,001$). Etki büyüklüğünün çok büyük düzeyde olduğu tespit edildi ve müdahale grubunda ağrının kontrol grubuna kıyasla belirgin şekilde daha düşük olduğu görüldü (Cohen's $d= 1,958$, $r= 0,966$).

72. saat VAS puanları değerlendirildiğinde; uygulama öncesi ağrı puanlarının müdahale grubunda ortalama $3,88 \pm 1,44$, kontrol grubunda $4,94 \pm 1,03$ olduğu ve gruplar arasında anlamlı fark olmadığı görüldü ($p= 0,098$). Uygulama sonrası ağrı puanlarının ise müdahale grubunda $2,68 \pm 1,91$, kontrol grubunda $5,34 \pm 0,74$ olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak çok anlamlı olduğu saptandı ($p < 0,001$). Etki büyüklüğünün büyük düzeyde olduğu tespit edildi ve müdahale grubunda ağrının kontrol grubuna kıyasla oldukça düşük olduğu gözlemlendi. Uygulama sonrası ölçümlerde ise müdahale grubunun ortalaması $2,68 \pm 1,91$ iken kontrol grubunda $5,34 \pm 0,74$ olarak bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak çok anlamlı olup ($p < 0,001$) etki büyüklüğünün büyük düzeyde olduğu saptandı (Cliff's Delta= $0,931$, $r= 0,615$).

Araştırmaya dahil edilen hastaların uygulama öncesi-sonrası müdahale ve kontrol grubu RASS ölçümleri Çizelge 4.3. de verilmiştir.

Çizelge 4.3. Grupların Uygulama Öncesi- Sonrası RASS Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

		Müdahale Grubu (n=42)		Kontrol Grubu (n=38)		p Test istatistiği	r (etki)	Cliff's delta (δ)
RASS zamanı	Ölçüm	Ort $\pm$ SS	Med (Min- Maks)	Ort $\pm$ SS	Med (Min- Maks)			
RASS 24. Saat UÖ		-0,04 $\pm$ 1,63	1 (-3-2)	0,00 $\pm$ 1,77	1 (-3-2)	p=0,696 U= 759,500	-0.041	-0.059
RASS 24. Saat US		-0,45 $\pm$ 1,13	0 (-3-1)	0,10 $\pm$ 1,81	1 (-3-2)	p=0,044 U= 594,500	-0.219	-0.181
p Test istatistiği		p=0,003 W=-2,945		p=0,157 W=-1,414				
RASS 48. Saat UÖ		-0,02 $\pm$ 0,94	0 (-2-1)	-0,13 $\pm$ 1,25	0 (-2-1)	p=0,964 U= 793,500	-0.005	-0.008
RASS 48. Saat US		-0,14 $\pm$ 0,56	0 (-2-1)	0,00 $\pm$ 1,20	0,5 (-2-2)	p=0,162 U= 663,000	-0.145	-0.076
p Test istatistiği		p=0,251 W=-1,147		p=0,166 W=-1,387				
RASS 72. Saat UÖ		-0,11 $\pm$ 0,32	0 (-1-0)	0,07 $\pm$ 0,81	0 (-2-1)	p=0,769 U=772,500	-0.027	-0.147
RASS 72. Saat US		-0,09 $\pm$ 0,29	0 (-1-0)	-0,15 $\pm$ 0,78	0 (-2-1)	p=0,749 U= 772,000	-0.028	0.052
p Test istatistiği		p=0,317 W=-1,000		p=0,317 W=-1,000				

w=Wilcoxon testi, U=Mann Whitney U testi, δ =Cliff's Delta $|\delta|$ UÖ: Uygulama Öncesi US: Uygulama Sonrası

Çizelge 4.3'ye bakıldığında 24. saat uygulama öncesi RASS puan ortalaması 24. saat uygulama öncesinde RASS puan ortalaması müdahale grubunda $-0,04 \pm 1,63$, kontrol grubunda ise $0,00 \pm 1,77$ olarak belirlendi. Gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($U=759,500$; $p=0,696$). Etki büyüklüğü küçük düzeydeydi ($\delta=0,059$; $r=0,041$). Uygulama sonrasında RASS puanı müdahale grubunda $-0,45 \pm 1,13$, kontrol grubunda $0,10 \pm 1,81$ olarak belirlendi. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($U=594,500$; $p=0,044$). Müdahale grubunun ajitasyon düzeyi kontrol grubuna göre daha düşük olup etki büyüklüğü küçük düzeydeydi ($\delta=0,181$; $r=0,219$).

48. saat uygulama öncesi RASS puanı müdahale grubunda $-0,02 \pm 0,94$, kontrol grubunda $-0,13 \pm 1,25$ olarak belirlendi. Gruplar arasında anlamlı fark görülmedi ($U=793,500$; $p=0,964$). Etki büyüklüğü yok denecek düzeydeydi ($\delta=0,008$; $r=0,005$). Uygulama sonrası RASS puanı müdahale grubunda $-0,14 \pm 0,56$, kontrol grubunda $0,00 \pm 1,20$ olarak belirlendi. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($U=663,000$; $p=0,162$). Etki büyüklüğü küçük düzeydeydi ($\delta=0,076$; $r=0,145$).

72. saat uygulama öncesi RASS puanı müdahale grubunda $-0,11 \pm 0,32$, kontrol grubunda $0,07 \pm 0,81$ olarak belirlendi. Gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($U=772,500$; $p=0,769$). Etki büyüklüğü çok küçük düzeydeydi ($\delta=0,147$; $r=0,027$). Uygulama sonrası RASS puanı müdahale grubunda $-0,09 \pm 0,29$, kontrol grubunda $-0,15 \pm 0,78$ olarak belirlendi. Gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı ($U=772,000$; $p=0,749$). Etki büyüklüğü çok küçük düzeydeydi ($\delta=0,052$; $r=-0,028$).

Grupların uygulama öncesi-sonrası Richards-Campbell Uyku Ölçeği (RCSQ)' ne göre uyku kalitesine ilişkin ölçümler Çizelge 4.4'de sunulmuştur.

Çizelge 4.4. Grupların Uygulama Öncesi- Sonrası RCSQ Değerlendirilmesi

RCSQ Ölçüm zamanı	Müdahale Grubu(n=42)		Kontrol Grubu (n=38)		p Test istatistiği	r (etki)	Etki büyüklüğü
	Ort±SS	Med (Min-Maks)	Ort±SS	Med (Min-Maks)			
RCSQ 24.Saat UÖ	42,90±5,77	41,5 (30-56)	42,76±5,70	43 (29-53)	p=0,913 t=-0,110	0,023	0,045 ^d
RCSQ 24.Saat US	48,04±6,08	46,5 (39-63)	45,07±3,67	45 (36-54)	p=0,000 t=-9,214	0,324	0,678 ^d
p Test istatistiği	p=0,000 t=-14,416		p=0,000 t=-4,477				
RCSQ 48.Saat UÖ	52,83±5,58	52 (43-66)	48,47±6,36	49 (40-67)	p=0,002 U=480,000	0,340	-0,398 ^δ
RCSQ 48.Saat US	57,61±6,11	57 (46-72)	47,34±3,66	47 (42-61)	p=0,000 U=89,000	0,714	-0,888 ^δ
p Test istatistiği	p=0,000 t=-14,598		p=0,096 W=-1,667				
RCSQ 72.Saat UÖ	61,19± 6,40	61,5 (50-76)	50,73±6,20	48,5 (41-67)	p=0,000 U=199,500	0,708	-0,750 ^δ
RCSQ 72.Saat US	65,64± 7,19	66 (51-81)	49,02±3,46	48 (43-63)	p=0,000 U=25,000	0,826	-0,969 ^δ
p Test istatistiği	p=0,000 t=-12,618		p=0,058 W=-1,893				

t=Eşli İki Örnek T Testi, t=bağımsız örneklem t testi, w=Wilcoxon testi, U=Mann Whitney U testi, d= Cohen's d|, ^δ =Cliff's Delta |δ| UÖ: Uygulama Öncesi US: Uygulama Sonrası

Çizelge 4.4'e bakıldığında 24. saat uygulama öncesinde müdahale grubunun uyku kalitesi puanı ortalama 42,90±5,77, kontrol grubunun 42,76±5,70 olarak hesaplandı ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p= 0,913, Cohen's d= 0,045, r= 0,023). Uygulama sonrası uyku kalitesi puanı müdahale grubunda 48,04±6,08, kontrol grubunda 45,07±3,67 olarak hesaplandı. Bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (p= 0,000). Etki büyüklüğü orta düzeyde olup müdahale grubunun uyku kalitesinin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu gözlemlendi (Cohen's d= 0,678, r= 0,324).

48. saat uygulama öncesi puanlar müdahale grubunda ortalama $52,83 \pm 5,58$, kontrol grubunda ise $48,47 \pm 6,36$ olarak bulundu. Aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p= 0,002$). Etki büyüklüğü orta düzeyde ve korelasyon analizinde küçük-orta düzeyde bir ilişki saptandı ($r=0.340$). (Cliff's $\delta=0.398$, $r=0,340$). Uygulama sonrası puanlar müdahale grubunda $57,61 \pm 6,11$, kontrol grubunda $47,34 \pm 3,66$ olarak saptandı. Bu farkın istatistiksel olarak oldukça anlamlı olduğu belirlendi ($p= 0,000$). Etki büyüklüğü çok büyük düzeyde olup (Cliff's $\delta=0.888$), müdahale grubunun uyku kalitesi kontrol grubuna göre belirgin şekilde daha iyiydi. Destekleyici bir bulgu olarak, etki büyüklüğü korelasyonu da büyük düzeyde saptandı ($r=0.714$).

72. saat uygulama öncesi uyku kalitesi puanlarının müdahale grubunda $61,19 \pm 6,40$, kontrol grubunda $50,73 \pm 6,20$ olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu görüldü ($p= 0,000$). Etki büyüklüğü oldukça yüksek düzeyde olduğu saptandı ($r = 0,708$, Cliff's delta = $0,750$). Uygulama sonrası müdahale grubunda $65,64 \pm 7,19$, kontrol grubunda $49,02 \pm 3,46$ olarak ölçüldü ve bu farkın istatistiksel olarak çok anlamlı olduğu saptandı ($p= 0,000$). Etki büyüklüğünün çok büyük düzeyde olduğu ve müdahale grubunun uyku kalitesinin kontrol grubuna kıyasla çok daha yüksek olduğu görüldü ($r = 0,826$, Cliff's delta = $0,969$).

Müdahale ve kontrol grubu uygulama öncesi fizyolojik parametrelerinin ölçüm değerleri Çizelge 4.5 de yer almaktadır.

Çizelge 4.5. Grupların Uygulama Öncesi Fizyolojik Parametrelerinin Değerlendirilmesi

		Müdahale Grubu (n=42)		Kontrol Grubu (n=38)		Test istatistiği
	Zaman	Ort $\pm$ SS	Med (Min-Maks)	Ort $\pm$ SS	Med (Min-Maks)	
Vücut sıcaklığı	24.Saat UÖ ¹	36,23 $\pm$ 0,55	36,2 (35-37,7)	36,07 $\pm$ 0,69	36 (35-37,2)	p=0,344
	48.Saat UÖ ²	36,33 $\pm$ 0,35	36,4 (35-37,5)	36,31 $\pm$ 0,33	36,4 (35,4-37)	U= 700,500
	72.Saat UÖ ³	36,34 $\pm$ 0,37	36,4 (35-37,4)	36,30 $\pm$ 0,21	36,2 (36-36,8)	p=0,669
	Test istatistiği	F=1,453	p=0,483	F=3,850	p=0,146	U= 754,500
Kalp Atım Sayısı	24.Saat UÖ ¹	98,47 $\pm$ 17,50	97,5 (72-132)	103,18 $\pm$ 17,81	104,5 (70-133)	p=0,438
	48.Saat UÖ ²	95,66 $\pm$ 13,35	96,5 (68-128)	101,21 $\pm$ 15,66	98 (70-133)	U= 719,000
	72.Saat UÖ ³	91,95 $\pm$ 9,85	90 (75-119)	97,76 $\pm$ 1,99	96 (76-124)	p=0,669
	Test istatistiği	R=5,541	p=0,008	R=6,351	p=0,004	t= 1,191
Post-hoc		1>3, 2>3		1>3, 2>3		p=0,092
						t= 1,708
						p=0,022
						t=2,317

Çizelge 4.5. Grupların Uygulama Öncesi Fizyolojik Parametrelerinin Değerlendirilmesi (devamı)

Solunum	24.Saat UÖ ¹	23,00± 2,51	24 (18-26)	23,65± 2,35	24 (14-26)	p=0,253 U= 681,000
	48.Saat UÖ ²	21,33± 2,49	22 (16-25)	21,71± 2,25	22 (16-25)	p=0,576 U= 741,000
	72.Saat UÖ ³	19,92± 2,45	20 (14-56)	20,92± 2,56	22 (15-25)	p=0,048 U= 596,000
	Test istatistiği	F=48,086	p=0,000	F=42,685	p=0,000	
Sistolik Kan Basıncı	Post-hoc	1>2,3 2>3		1>2,3 2>3		
	24.Saat UÖ ¹	166,90±24,04	170 (130-210)	172,36±22,35	175 (110-220)	p=0,296 U= 690,500
	48.Saat UÖ ²	152,73±17,18	150 (120-200)	158,68±15,3	167,5 (130-180)	p=0,045 U= 594,500
	72.Saat UÖ ³	136,78±15,99	135 (110-170)	148,28±19,04	150 (110-190)	p=0,05 U= 509,000
Diastolik Kan Basıncı	Test istatistiği	F=54,410	p=0,000	F=46,722	p=0,000	
	Post-hoc	1>2,3 2>3		1>2,3 2>3		
	24.Saat UÖ ¹	85,00±10,41	90 (60-110)	90,15±11,19	90 (70-120)	p=0,03 U= 587,500
	48.Saat UÖ ²	77,73±11,05	80 (60-100)	77,89±11,89	80 (60-100)	p=0,960 U= 793,000
Oksijen Satürasyonu	72.Saat UÖ ³	71,78±12,38	70 (60-90)	77,10±13,33	80 (60-110)	p=0,92 U= 631,500
	Test istatistiği	F=21,592	p=0,000	F=24,014	p=0,000	
	Post-hoc	1>2,3 2>3		1>3 2>3		
	24.Saat UÖ ¹	82,95±13,17	84 (12-96)	82,44±7,93	82 (68-96)	p=0,291 U= 689,000
Oksijen Satürasyonu	48.Saat UÖ ²	89,14±6,15	92 (72-98)	86,55±7,11	88 (72-96)	p=0,134 U= 643,000
	72.Saat UÖ ³	92,71±5,10	93 (80-100)	89,39±6,64	92 (77-99)	p=0,033 U= 577,000
	Test istatistiği	F=70,905	p=0,000	F=57,839	p=0,000	
	Post-hoc	1>2,3 2>3		1>2,3 2>3		

t=bağımsız örneklem t testi, U=Mann Whitney U testi, F= Friedman testi, R= Tekrarlayan Ölçümlerde ANOVA UÖ: Uygulama Öncesi US: Uygulama Sonrası, ¹:Birinci Gün ²: İkinci Gün ³:Üçüncü Gün

24. saat uygulama öncesinde vücut sıcaklığı ortalama olarak müdahale grubunda 36,23±0,55°C, kontrol grubunda ise 36,07±0,69°C olarak ölçüldü. Bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu (U=700,500; p=0,344). 48. Saat uygulama öncesi vücut sıcaklığı müdahale grubunda 36,33±0,35°C, kontrol grubunda 36,31±0,33°C olduğu ve gruplar arasında anlamlı fark olmadığı saptandı (U=754,500; p=0,669). 72. Saat uygulama müdahale öncesi ise değerler sırasıyla 36,34±0,37°C ve 36,30±0,21°C olduğu ve gruplar arası fark istatistiksel olarak yine anlamlı bulunmadığı belirlendi (U=719,000; p=0,438). Grupların saatler içindeki değişimine bakıldığında, her iki grupta da vücut sıcaklıkları arasında anlamlı bir fark olmadığı görüldü (Müdahale: F=1,453, p=0,483; Kontrol: F=3,850, p=0,146).

24. saat uygulama öncesi nabız ortalaması müdahale grubunda $98,47 \pm 17,50$ atım/dk, kontrol grubunda $103,18 \pm 17,81$ atım/dk olduğu ve aradaki farkın anlamlı olmadığı belirlendi ($t=1,191$; $p=0,237$). 48. saat değerlerinin sırasıyla $95,66 \pm 13,35$ ve $101,21 \pm 15,66$ olarak bulunduğu; bu farkın da istatistiksel anlamlılık düzeyine ulaşmadığı saptandı ($t=1,708$; $p=0,092$). 72. saat ise müdahale grubunda $91,95 \pm 9,85$, kontrol grubunda $97,76 \pm 1,99$ olduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu belirlendi ($t=2,317$; $p=0,022$). Grupların kendi içindeki değişimi incelendiğinde, her iki grupta da nabız değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir azalma olduğu görüldü (Müdahale: $R=5,541$, $p=0,008$; Kontrol: $R=6,351$, $p=0,004$). Post-hoc analiz sonuçlarına göre her iki grupta da 1. ve 2. gün değerlerinin, 3. günden anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu ($1>3$, $2>3$).

24. saat uygulama öncesi solunum sayısı ortalaması müdahale grubunda $23,00 \pm 2,51$, kontrol grubunda ise $23,65 \pm 2,35$ olarak belirlendi. Gruplararası farkın anlamlı olmadığı bulundu ($U=681,000$; $p=0,253$). 48. saat değerleri sırasıyla $21,33 \pm 2,49$ ve $21,71 \pm 2,25$; 72. saat değerleri ise $19,92 \pm 2,45$ ve $20,92 \pm 2,56$ olarak kaydedildi ve gruplar arasında anlamlı fark olduğu saptandı ($U=596,000$; $p=0,048$). Saatler arası değişim her iki grupta da anlamlı bulundu (Müdahale: $F=48,086$, $p=0,000$; Kontrol: $F=42,685$, $p=0,000$). Post-hoc test sonuçları, 1. gün değerlerinin 2. ve 3. günden, 2. gün değerlerinin ise 3. günden yüksek olduğunu gösterdi ($1>2,3$; $2>3$).

24. saat uygulama öncesi müdahale grubunda sistolik kan basıncı ortalaması $166,90 \pm 24,04$ mmHg, kontrol grubunda $172,36 \pm 22,35$ mmHg olup anlamlı fark bulunmadı ($U=690,500$; $p=0,296$). 48. saat değerleri sırasıyla $152,73 \pm 17,18$ ve $158,68 \pm 15,3$; 72. saat ise $136,78 \pm 15,99$ ve $148,28 \pm 19,04$ mmHg olarak ölçülmüş, 48. Ve 72. saatler arasında anlamlı fark olduğu görüldü ($p=0,045$ ve $p=0,050$). Grupların kendi içindeki sistolik kan basıncı değişimi istatistiksel olduğu bulundu (Müdahale: $F=54,410$, $p=0,000$; Kontrol: $F=46,722$, $p=0,000$). Her iki grupta da post-hoc analiz sonuçları, kan basıncının zamana bağlı olarak anlamlı şekilde azaldığını gösterdi ($1>2,3$; $2>3$).

24. saat uygulama öncesi müdahale grubunda diyastolik kan basıncı ortalaması $85,00 \pm 10,41$ mmHg, kontrol grubunda $90,15 \pm 11,19$ mmHg olarak belirlendi ve fark anlamlı bulundu ($U=587,500$; $p=0,030$). 48. saat değerleri sırasıyla $77,73 \pm 11,05$ ve $77,89 \pm 11,89$; 72. saat ise $71,78 \pm 12,38$ ve $77,10 \pm 13,33$ mmHg olarak kaydedildi. 48. Ve 72. saatler arasında anlamlı fark saptanmadı ($p=0,960$ ve $p=0,920$). Zamana bağlı

değişim açısından her iki grupta da anlamlı bir azalma görüldü (Müdahale: $F=21,592$, $p=0,000$; Kontrol: $F=24,014$, $p=0,000$). Post-hoc sonuçlar, özellikle birinci gün değerlerinin diğer günlerden yüksek olduğunu gösterdi.

24. saat uygulama öncesi oksijen satürasyonu müdahale grubunda $82,95 \pm 13,17$, kontrol grubunda $82,44 \pm 7,93$ olup, fark anlamlı olmadığı bulundu ($U=689,000$; $p=0,291$). 48. saat değerleri sırasıyla $89,14 \pm 6,15$ ve $86,55 \pm 7,11$; 72. saat ise $92,71 \pm 5,10$ ve $89,39 \pm 6,64$ olarak ölçüldü ve 72. saat ölçümünde müdahale grubu lehine anlamlı fark olduğu saptandı ($U=577,000$; $p=0,033$). Grupların kendi içindeki değişimlerin anlamlı olduğu belirlendi (Müdahale: $F=70,905$, $p=0,000$; Kontrol: $F=57,839$, $p=0,000$). Her iki grupta da oksijen satürasyonu değerlerinin zamanla anlamlı şekilde arttığı bulundu ($1>2,3$; $2>3$).

Müdahale ve kontrol grubu uygulama sonrası fizyolojik parametrelerinin ölçüm değerleri Çizelge 4.6 de yer almaktadır

Çizelge 4.6. Grupların Uygulama Sonrası Fizyolojik Parametrelerinin Değerlendirilmesi

		Müdahale Grubu (n=42)		Kontrol Grubu(n=38)		Test istatistiği
	Zaman	Ort $\pm$ SS	Med (Min-Maks)	Ort $\pm$ SS	Med (Min-Maks)	
Vücut sıcaklığı	24.Saat US ¹	36,31 $\pm$ 0,42	36,3 (35,2-37,7)	36,18 $\pm$ 0,60	36 (35-37)	$p=0,155$ $U= 654,000$
	48.Saat US ²	36,40 $\pm$ 0,28	36,4 (35,8-37,6)	36,32 $\pm$ 0,37	36,2 (36-37)	$p=0,040$ $U= 587,500$
	72.Saat US ³	36,31 $\pm$ 0,28	36,4 (35,8-37,3)	36,38 $\pm$ 0,32	36,4 (36-37,2)	$p=0,622$ $U= 748,000$
	Test istatistiği Post-hoc	$F=65,756$ $p> 0,05$	$p=0,000$	$F=13,965$ $1>3, 2>3$	$p=0,001$	
Kalp Atım Sayısı	24.Saat US ¹	96,11 $\pm$ 14,19	95 (73-128)	104,07 $\pm$ 16,85	106 (74-133)	$p=0,025$ $t= 2,292$
	48.Saat US ²	92,40 $\pm$ 11,78	95,5 (67-120)	101,52 $\pm$ 13,71	100 (75-130)	$p=0,002$ $t= 3,199$
	72.Saat US ³	90,71 $\pm$ 8,59	90 (70-110)	99,18 $\pm$ 13,75	99 (70-131)	$p=0,002$ $t=3,263$
	Test istatistiği Post-hoc	$F=6,992$ $1>2, 1>3$	$p=0,002$	$R=6,555$ $1>2$	$p=0,002$	
Solunum	24.Saat US ¹	21,61 $\pm$ 2,09	22 (18-25)	23,63 $\pm$ 1,44	24 (18-26)	$p=0,000$ $U= 344,500$
	48.Saat US ²	19,92 $\pm$ 2,17	20 (15-24)	22,23 $\pm$ 1,73	22,5 (16-25)	$p=0,000$ $U= 303,500$
	72.Saat US ³	18,61 $\pm$ 2,31	18 (14-23)	21,34 $\pm$ 2,09	22 (16-26)	$p=0,000$ $t= 5,493$
	Test istatistiği Post-hoc	$F=53,236$ $1>2,3$ $2>3$	$p=0,000$	$F=44,216$ $1>2,3$ $2>3$	$p=0,000$	
Sistolik Kan Basıncı	24.Saat US ¹	157,85 $\pm$ 19,19	160 (120-200)	168,68 $\pm$ 19,33	170 (120-200)	$p=0,009$ $U= 530,000$
	48.Saat US ²	145,35 $\pm$ 15,55	140 (120-180)	153,68 $\pm$ 17,92	160 (120-190)	$p=0,033$ $U= 579,500$
	72.Saat US ³	130,23 $\pm$ 15,84	130 (110-170)	146,30 $\pm$ 17,48	145 (120-200)	$p=0,000$ $U= 401,500$
	Test istatistiği Post-hoc	$F=61,813$ $1>2,3$ $2>3$	$p=0,000$	$F=39,468$ $1>2,3$ $2>3$	$p=0,000$	

Çizelge 4.6. Grupların Uygulama Sonrası Fizyolojik Parametrelerinin Değerlendirilmesi (devamı)

Diastolik Kan Basıncı	24.Saat US ¹	77,38±8,85	80 (60-100)	84,47±10,31	90 (60-100)	p=0,000 U= 451,500
	48.Saat US ²	74,28±9,40	80 (60-90)	82,36±9,42	85 (60-90)	p=0,000 U= 424,500
	72.Saat US ³	75,71±8,30	80 (60-90)	81,05±10,34	80 (60-100)	p=0,000 U= 401,500
	Test istatistiği	F=2,471	p=0,291	F=3,187	p=0,203	
Oksijen Satürasyonu	24.Saat US ¹	87,35±6,20	87 (70-97)	82,44±7,93	82 (68-96)	p=0,291 U= 689,000
	48.Saat US ²	91,11±5,80	92,5 (74-98)	86,55±7,11	88 (72-96)	p=0,134 U= 643,000
	72.Saat US ³	94,87±4,34	95 (83-100)	89,39±6,64	92 (77-99)	p=0,033 U= 577,000
	Test istatistiği	F=70,594	p=0,000	F=46,662	p=0,000	
	Post-hoc	1>2,3 2>3		1>2,3 2>3		

t=bağımsız örneklem t testi, U=Mann Whitney U testi, F= Friedman testi, R= Tekrarlayan Ölçümlerde ANOVA

UÖ: Uygulama Öncesi US: Uygulama Sonrası, ¹: Birinci Gün ²: İkinci Gün ³: Üçüncü Gün

Uygulama sonrası 24. saat vücut sıcaklığı açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı (U=654,000; p=0,155). Ancak 48. saat müdahale grubunun vücut sıcaklığı ortalaması 36,40±0,28°C iken, kontrol grubunda 36,32±0,37°C olarak belirlendi ve fark anlamlı bulundu (U=587,500; p=0,040). 72. saat gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmadı (U=748,000; p=0,622).

Nabız ortalamaları bakımından, 24. saat müdahale grubunda 96,11±14,19 iken, kontrol grubunda 104,07±16,85 olarak belirlendi ve bu fark anlamlıydı (t=2,292; p=0,025). 48. saatte de benzer şekilde anlamlı fark vardı (t=3,199; p=0,002); 72. saatte müdahale grubunun ortalaması daha düşük olup, fark anlamlıydı (t=3,263; p=0,002).

Solunum sayısı açısından 24. saat müdahale grubunda ortalama 21,61±2,09, kontrol grubunda 23,63±1,44 olarak belirlendi ve fark anlamlıydı (U=344,500; p=0,000). Bu fark 48. saat (U=303,500; p=0,000) ve 72. saatte de devam etti (t=5,493; p=0,000).

Sistolik kan basıncı açısından 24. saat müdahale grubunda ortalama 157,85±19,19 mmHg, kontrol grubunda 168,68±19,33 mmHg olarak belirlendi ve anlamlı fark bulundu (U=530,000; p=0,009). 48. saat (U=579,500; p=0,033) ve 72. saatte (U=401,500; p=0,000) de sistolik kan basıncı değerleri gruplar arasında anlamlı şekilde farklıydı.

Diastolik kan basıncı ortalamaları da her üç saatte de (24., 48. ve 72. saat) gruplar arasında anlamlı olarak farklı bulundu. 24. saat müdahale grubunda ortalama 77,38±8,85 mmHg iken, kontrol grubunda 84,47±10,31 mmHg idi (U=451,500; p=0,000). Bu fark 48. (U=424,500; p=0,000) ve 72. saatte (U=401,500; p=0,000) de sürdü.

Oksijen satürasyonu açısından, 24. (U=689,000; p=0,291) ve 48. saatte (U=643,000; p=0,134) gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı. Ancak 72. saatte müdahale grubunun ortalaması $94,87 \pm 4,34$ iken, kontrol grubunun ortalaması $89,39 \pm 6,64$ olarak belirlendi ve fark anlamlıydı (U=577,000; p=0,033).

Grup içi karşılaştırmalar incelendiğinde; vücut sıcaklığı açısından, müdahale grubunda zaman içinde anlamlı fark görüldü (F=65,756; p=0,000). Post-hoc analizde birinci gün, üçüncü günden; ikinci gün ise üçüncü günden anlamlı derecede yüksekti. Kontrol grubunda da anlamlı fark vardı (F=13,965; p=0,001) ve benzer şekilde birinci ve ikinci gün değerleri, üçüncü günden anlamlı şekilde yüksekti.

Nabız değerleri müdahale grubunda anlamlı şekilde değişti (F=6,992; p=0,002); post-hoc analizde birinci gün değerleri ikinci ve üçüncü günden yüksekti. Kontrol grubunda da anlamlı değişim gözlemlendi (R=6,555; p=0,002); birinci gün ikinci günden anlamlı olarak yüksekti.

Solunum sayısı, hem müdahale (F=53,236; p=0,000) hem kontrol grubunda (F=44,216; p=0,000) zaman içinde anlamlı farklılık gösterdi. Her iki grupta da birinci gün değerleri ikinci ve üçüncü günden anlamlı derecede yüksekti.

Sistolik kan basıncı, hem müdahale (F=61,813; p=0,000) hem kontrol grubunda (F=39,468; p=0,000) anlamlı farklılık gösterdi. Her iki grupta da birinci gün değerleri ikinci ve üçüncü günden, ikinci gün değerleri ise üçüncü günden anlamlı şekilde yüksekti.

Diyastolik kan basıncı, grup içi karşılaştırmalarda anlamlı fark göstermedi (müdahale grubu: F=2,471; p=0,291; kontrol grubu: F=3,187; p=0,203).

Oksijen satürasyonu, her iki grupta da zaman içinde anlamlı olarak değişti (müdahale grubu: F=70,594; p=0,000; kontrol grubu: F=46,662; p=0,000). Her iki grupta da üçüncü gün değerleri, birinci ve ikinci günden anlamlı derecede yüksekti.

5.TARTIŞMA

Bu bölümde cerrahi yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastalara uygulanan terapötik dokunma uygulamasının ağrı, deliryum, uyku ve fizyolojik parametrelerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırmada yer alan hastaların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulguları benzer ve gruplar arasındaki dağılımları homojendir.

5.1. Grupların VAS Puan Ortalamasının Tartışılması

Bu çalışmada terapötik dokunma girişimi sonrasında müdahale grubundaki hastaların ağrı düzeyinde anlamlı bir azalma olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Cerrahi yoğun bakıma yatışı yapılan hastanın 24. saatte ağrı skorunun yüksek çıkmasının sebebi yoğun bakım stresi, çevresel stresörlerin varlığı, hastada mevcut olan hastalığın varlığı gibi sebeplerin olması ağrı skorunun yüksek çıkmasına neden olabileceği düşünülmektedir. Bu çıkan sonuçlara göre terapötik dokunuşun ağrı düzeyinin azalmasına fayda sağladığı görülmüştür. Çalışmaya benzer olarak yoğun bakımlarda uygulanan akupresürün ağrı düzeyi incelendiğinde müdahale grubundaki ağrı skorunun uygulama öncesinde yüksek olmasına rağmen uygulamadan sonra ağrı düzeyinin azaldığı sonucu çıkmıştır (Yaman Lezki, 2024). Yine kanser hastalarına uygulanan terapötik dokunuşun uygulama sonrasında var olan ağrının hafiflemesinde fayda sağladığı belirlenmiştir (Aghabati vd., 2010). Yapılan çalışma örneklerine bakıldığında yoğun bakımlarda terapötik dokunma uygulamasının ağrı üzerindeki etkisini değerlendiren çalışmaya rastlanılmamıştır. Fakat bir tür terapötik dokunma yakşımı olan şifa dokunuşunun laparoskopik bariatrik cerrahi sonrasında hastalara uygulanmasında ameliyat sonrası birinci, ikinci ve üçüncü günde ağrı düzeyinde azalma olduğu tespit edilmiştir (Anderson vd., 2015). Ayrıca reiki ve akupresör gibi terapötik yaklaşımın hastaların ağrı düzeyini azaltmada etkin olduğunu gösteren çalışmalar yer almaktadır (Avcı ve Gün 2024; Azarkhavarani vd. 2024). Mevcut çalışmanın sonuçları uygulama içerikleri tam olarak aynı olmasa da daha önce yapılan çalışmalarına benzer niteliktedir. Bu sonuç TD nin ağrı yönetiminde etkili bir tamamlayıcı terapi olabileceğini göstermektedir.

5.2. Grupların RASS Ölçeği Puanlarının Tartışılması

Araştırmaya dahil edilen hastaların yatış süresi boyunca uyanıklık, ajitasyon ve sedasyon düzeyini değerlendirmek için RASS ölçeği kullanılmıştır. RASS puanının +1 ile +4 arasında olması hiperaktif, 0 ile -3 arasında olması hipoaktif deliryumu ifade etmektedir. Çalışmada CYBÜ'nde yatan hastalarda herhangi bir sedasyon uygulaması yapılmamıştır. Grupların ölçüm zamanlarında 24. saat uygulama sonrası değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı fark varken, 48. ve 72. saat uygulamasında istatistiksel olarak anlamlılık yoktur. Bunun nedeni ise araştırmaya dahil edilen hastaların GKS ortalaması 13 olması, yoğun bakıma yatış esnasında hastanın endişe duymaları sonrasında hastanın tedavi sürecine uyum sağlaması ile endişeleri azalmış olup ajitasyon durumunun kısa sürmesinden kaynaklı olabilir. Cerrahi yoğun bakım ünitesinde TD'nin deliryum üzerindeki etkisini değerlendiren doğrudan bir çalışmaya rastlanmamıştır fakat TD'ye benzer etkileri olan dokusal ve duysal müdahalelerin deliryum üzerindeki etkilerini inceleyen bazı araştırmalar mevcuttur. Bu çalışmalardan Liang ve arkadaşlarının (2023) cerrahi yoğun bakım ünitesinde deliryumu önlemek için duysal uyarım müdahalesinin etkileri inceledikleri çalışmada duysal uyarımın deliryum insidansını azaltabileceğine dair önemli bir kanıt sağlamadığını belirtmiştir (Liang vd. 2023). Zhao ve arkadaşlarının (2024) mesleki terapinin kritik hastalarda deliryum oluşumuna etkisini inceledikleri meta analiz çalışmasında mesleki terapinin, deliryumu önlemede etkili olmasa da, kritik hastalarda bilişsel işlevi önemli ölçüde iyileştirdiği gösterilmiştir (Zhao vd. 2024). Mevcut araştırma ve daha önce yapılan araştırma sonuçları, TD'nin deliryumun karmaşık etyolojisine karşı tek başına yeterli bir müdahale olamayacağını göstermektedir. Deliryumun önlenmesi ve tedavisinde multidisipliner yaklaşımlar ve çeşitli müdahalelerin bir arada kullanılması önerilmektedir (Kotfis vd., 2022).

5.3. Grupların RCSQ Puan Ortalamalarının Tartışılması

Çalışma sonucunda yoğun bakım hastalarında terapötik dokunma girişimi sonrasında hastaların uyku skorunda artma olduğu saptanmıştır. Bu çıkan sonuçta uygulanan terapötik dokunmanın hastanın uykusu üzerinde olumlu sonuçlarının olduğunu göstermektedir ($p<0,05$). Yoğun bakım hastalarında uygulanan dokusal temas müdahalelerinin, uyku kalitesinde iyileşmeler sağladığı ve bu etkinin zamanla arttığı belirtilmiştir (Harris vd., 2019). Ünal Aslan ve Çetinkaya (2022) palyatif bakım

hastalarında uyguladıkları TD'nin hastaların uyku kalitesi üzerine olumlu etkisi olduğunu göstermiştir (Ünal Aslan ve Çetinkaya, 2022). Daha önce farklı hasta gruplarında yapılmış olan çalışmalar incelendiğinde şuan ki çalışma bulgularına benzer olarak Çalışkan (2019)'ın terapötik dokunma çalışmasında müdahale grubunun uyku kalitesi değerlendirilmesinde 1. günden 3. güne kadar uyku kalitesinde artma olduğu gözlenmiştir (Çalışkan, 2019). Bağcı ve Yücel (2020)'in yapmış olduğu çalışmada terapötik dokunmanın uygulama sonrası yaşlı bireylerin uyku kalitesinin arttırdığı saptanmıştır (Bağcı ve Yücel, 2020). Mevcut çalışma sonuçları doğrultusunda; terapötik dokunma, cerrahi yoğun bakım hastalarında uyku kalitesini artırmak için güvenli ve etkili bir yöntem olarak öne çıkmaktadır. Bu uygulamanın, hastaların rahatlamasını sağlayarak uykuya geçişi kolaylaştırdığı ve genel iyilik hallerini iyileştirdiği düşünülmektedir.

5.4. Grupların Uygulama Sonrası Fizyolojik Parametrelerinin Tartışılması

Çalışmaya dahil edilen hastalara uygulanan terapötik dokunma sonrasında vücut ısısı üzerinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Literatürlerde terapötik dokunmanın vücut ısısı üzerine etkisini inceleyen çalışmaya rastlanmamış olup, bu durum araştırma bulgularının tartışılmasında sınırlılığa yol açmıştır. Yabancı literatür çalışmaları incelendiğinde Maville ve arkadaşlarının (2008) yaptıkları pilot çalışmada, şifa dokunuş uygulamasının vücut sıcaklığı üzerinde değişikliklere yol açtığı gözlemlenmiştir (Maville vd., 2008). Ancak, bu değişikliklerin istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığı belirtilmemiştir. Daha önce yapılan bir çalışma da terapötik dokunmanın vücut sıcaklığı üzerinde anlamlı bir değişiklik yapmadığı gözlemlenmiştir (Zare vd., 2010). Mevcut çalışma sonucu ve daha önce yapılan araştırma sonuçları terapötik dokunmanın vücut ısısı üzerindeki spesifik etkilerin daha fazla araştırılması gerektiğini düşündürmektedir.

Terapötik dokunmanın kalp atım sayısı üzerine etkisi değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca grupların kalp atım değerlerinin her iki grupta da normal aralıkta olmadığı görülmektedir (60-100 atım/dk). Bunun nedeni olarak hastanın yoğun bakım korkusu yaşaması, hastada var olan ağrı şiddetinin fazla olması ve bunun da kalp atımını etkilemesi ve çevresel stresörlerin (ışık, ses vb.) olması gibi etkenler olduğu düşünülmektedir. Terapötik dokunma uygulaması yapılan müdahale grubu hastaların kontrol grubunda göre kalp

atım sayılarında azalma görülmektedir. Bunun nedeni olarak hastanın yoğun bakıma yatışından sonraki günlerde yoğun bakım ortamına alışması ve yapılan tedavilere uyum sağlayarak olumlu sonuçlar elde etmesi ile birlikte yapılan uygulamanın etkinliğinin tam olarak anlaşılması olduğu düşünülmektedir. Benzer şekilde Zaeimi ve arkadaşları (2017) yoğun bakım ünitesinde uyguladıkları TD uygulaması ile hastaların kalp atım sayılarında anlamlı derecede azalma olduğunu saptamıştır (Zaeimi vd. 2017). Kalp kateterizasyonu öncesi yapılan bir başka çalışmada, terapötik dokunma uygulaması, kalp atım hızında anlamlı düşümlere yol açmıştır (Zolfaghari vd., 2007). Moslehi ve arkadaşlarının (2021) yapmış olduğu çalışmada yoğun bakım da yatan hastalara uygulanan akupresür uygulamasının fizyolojik parametrelerden kalp atım hızında anlamlı bir etkisi olduğu sonucu çıkmıştır (Moslehi vd., 2021).

Araştırmaya dahil edilen hastaların solunum değerleri incelendiğinde uygulama sonrası değerlerin müdahale grubunda istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara benzer olarak TD uygulamasının yaşamsal belirtilerini değerlendirmek amacıyla yetişkin hastalarla yapılan çalışmada, TD yapılan hastalar ile yapılmayan hastaların ortalama solunum hızları arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (Zare vd. 2010). Rajai ve arkadaşlarının (2016) koroner arter anjiyografisi üzerine yapmış olduğu çalışmada akupresür uygulamasının solunum değerleri üzerinde her iki grup içinde anlamlı bir fark olduğu sonucu çıkmıştır (Rajai vd., 2016). Bu yapılan çalışmalardan farklı olarak Zaeimi ve arkadaşlarının (2017) yoğun bakımlarda uygulandığı terapötik dokunma uygulamasının fizyolojik parametrelerine etkisini değerlendirdiği çalışmada uygulama sonrası müdahale grubu solunum parametresinde anlamlı bir azalma saptanmadığı sonucu çıkmıştır (Zaeimi vd. 2017).

Çalışmada hastaya yapılan terapötik dokunmanın sistolik kan basıncı üzerinde etkili olduğu, diastolik kan basıncı üzerinde de etkili olmadığı görülmüştür. Literatür çalışmaları incelendiğinde yapılan akupresürün sistolik kan basıncına etkisinin anlamlı olduğunu gösteren çalışmalar vardır (Khoram vd., 2020; Kim ve Park, 2023). Yılmaz ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında topikal anestezi ile yapılan katarakt ameliyatı esnasında ve sonrasında uygulanan terapötik dokunmanın sistolik ve distolik kan basıncında olumlu yönde etkilediği görülmüştür (Yılmaz vd., 2016). Özer ve Çitlik Saritaş (2015)'ın yoğun bakımlarda dokunma sonrası fizyolojik parametreleri

incelendiğinde uygulama sonrası sistolik ve diastolik kan basıncı değerleri birinci ve ikinci günlerde anlamlı bulunmuştur (Özer ve Çitlik Sarıtaş, 2015).

Oksijen satürasyonu açısından, uygulama sonrası 24. saat ve 48. saat gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak 72. saat müdahale grubunda fark istatistiksel olarak anlamlıydı. Bunun nedeni olarak hastaların ilk defa yoğun bakıma yatışlarının yapılması, ilerleyen günlerde ortama ve yapılan tedavilere uyum sağlayarak endişelerinin azaldığı düşünülmektedir. Çalışmaya dahil edilen hastaların oksijen saturasyon değerlerine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artma tespit edilmiştir. Zaeimi ve arkadaşları (2017) yoğun bakım ünitelerinde mekanik ventilasyonlu hastalara uygulanan terapötik dokunmanın fizyolojik etkilerini değerlendirdiği çalışmada oksijen satürasyon değerleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu görülmüştür (Zaeimi vd., 2017). Bu yapılan terapötik uygulamaya benzer olan reiki uygulaması ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde Şişman ve Arslan (2023) nın reikinin abdominal cerrahi hastalarının yaşam bulguları üzerine etkisi değerlendirildiğinde uygulamanın saturasyon değerinde olumlu sonuçlar olduğunu ortaya koymuştur (Şişman ve Arslan, 2023). Yaman Lezki (2024)' in yoğun bakımlardaki hastalara uyguladığı akupresürün saturasyon değerleri karşılaştırdığında çıkan sonuçlar mevcut çalışma sonuçları ile benzerlik göstermiş olup yapılan uygulamanın yoğun bakım hastalarında saturasyon değerinde olumlu sonuçlandığı görülmüştür (Yaman Lezki, 2024). Yine bu uygulamaya benzer bir uygulama olan reiki uygulaması ile ilgili yapılan çalışma örneğinde ise gastrointestinal sistem endoskopisi yapılan hastalara endoskopi öncesi yapılan Reiki uygulamasının hastanın saturasyon değeri gibi fizyolojik parametrelerinde olumlu bir etkisi olduğu görülmüştür (Keşer, 2021).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastalara uygulanan terapötik dokunma uygulamasının deliryum, uyku, ağrı ve fizyolojik parametrelerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmanın sonuçları aşağıda özetlenmiştir:

- Müdahale ve kontrol gruplarının genel özelliklerine ilişkin dağılımı incelendiğinde, grupların benzer özellikler taşıdığı ve homojen bir dağılım gösterdiği görülmektedir.
- Müdahale ve kontrol gruplarına ait uygulama öncesi-sonrası RASS değerlendirildiğinde sadece uygulama sonrası 24. saat ölçüm değerleri istatistiksel olarak anlamlı iken diğer zaman dilimi ölümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir.
- Müdahale ve kontrol grubu uygulama öncesi - sonrası Richards-Campbell Uyku ölçeğinin sonuçları değerlendirildiğinde uyku puan ortalamalarının arttığı görülmektedir.
- Müdahale ve kontrol grubu uygulama öncesi- sonrası VAS değerleri sonuçlarına bakıldığında terapötik dokunma girişimi sonrasında müdahale grubundaki hastaların ağrı düzeyinde anlamlı bir azalma olduğu saptanmıştır.
- Müdahale ve kontrol grubu uygulama öncesi- sonrası fizyolojik parametrele sonuçları değerlendirildiğinde vücut ısı ve diastolik kan basıncı parametresinde uygulanan terapötik dokunuşun herhangi bir etkisini görülmemiştir. Kalp atım sayıları, solunum, oksijen saturasyon değeri ve sistolik kan basıncı parametresi değerlendirildiğinde anlamlı bir fark olduğu görülmüştür.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Terapötik dokunma araştırmalarıyla ilgili eğitim panelleri düzenlenerek bu konuda hekim ve hemşirelerin eğitimler alması,
- Terapötik dokunmanın yoğun bakım gibi özel gereksinimi olan hastaların bakımına entegre edilmesinin sağlanması,
- Daha uzun süreli hasta yatışlarının olduğu alanlar seçilerek ve daha büyük bir örneklem grubuyla terapötik dokunma uygulamasına ilişkin araştırmaların yapılması,

- Yoğun bakımlarda tedavi gören hastaların uyku kalitesinin artması, fizyolojik parametre değerlerinin pozitif olarak sonuçlanması ve ağrısının azaltılmasında non farmakolojik yöntem olarak hemşirelik uygulamalarına eklenmesi önerilebilir.



KAYNAKLAR

- Abdelbaky, A. and Eldelpshany, M. (2024). Patient Outcomes and Management Strategies for Intensive Care Unit (ICU)-Associated Delirium: A Literature Review. *Cureus*. 2;16(6):e61527.
- Aghabati, N, Mohammadi, E. and Esmail, Z.P. (2010). The effect of therapeutic touch on pain and fatigue of cancer patients undergoing chemotherapy. *CAM*, 7:375-81.
- Al Mutair, A., Shamsan, A., AlFaqiri, A. and Al-Omari, A. (2019). Intensive care unit patients' perception of sleep quality and factors of sleep disruption: cross-sectional study. *Dr Sulaiman Al Habib Med J*,1(1e2):30e5.
- Anderson, J. G., Suchicital, L., Lang, M., Kukic, A., Mangione, L., Swengros, D. and Friesen, M. A. (2015). The effects of healing touch on pain, nausea, and anxiety following bariatric surgery: a pilot study. *Explore*, 11(3), 208-216.
- Armstrong, R., Wheen, P., Brandon, L., Maree, A. and Kenny, R.A. (2022). Heart rate: Control mechanisms, pathophysiology and assessment of the neurocardiac system in health and disease. *QJM: An International Journal of Medicine*, 115 (12): 806-812.
- Arslan, S. ve Çelebioğlu, A. (2006). Postoperatif Ağrı Yönetimi Ve Alternatif Uygulamalar. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 1: 2-6.
- Arslan, S. ve Özer, N. (2010). Yoğun Bakım Hastalarının Duyusal Girdi Sorunlarında Tamamlayıcı Tedaviler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13: 2.
- Avcı, A., ve Gün, M. (2024). The effect of reiki and acupressure on pain, anxiety and vital signs during femoral sheath removal in patients undergoing percutaneous coronary intervention: A randomized controlled study. *Explore*, 20(6), 103070.
- Ayazoğlu, T. A. vd. (2012). Yaşlılarda Kardiyak Cerrahi Sonrası Yoğun Bakımda Deliryumun Prevalansı Ve Risk Faktörleri. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 29(2), 101-107.
- Azarkhavarani, F. Z., Rejeh, N., Valiani, M., and Kazemi, R. (2024). Effect of acupressure on pain among older female patients undergoing extracorporeal shock wave lithotripsy: a randomized controlled clinical trial. *Explore*, 20(2), 233-238.
- Bağcı, H. ve Yücel, S. C. (2020). Effect Of Therapeutic Touch On Sleep Quality In Elders Living At Nursing Homes. *Journal Of Religion And Health*, 59(3), 1304–1318.
- Bani Younis, M. and Hayajneh, F.A. (2018). Quality Of Sleep Among İntensive Care Unit Patients: A Literature Review. *Crit Care Nurs*, 41(2):170e7.
- Barr, J., Fraser, G.L., Puntillo, K., Ely, E.W., Gélinas, C., Dasta, J.F., Davidson, J.E., Devlin, J.W., Kress, J.P., Joffe, A.M., Coursin, D.B., Herr, D.L., Tung, A., Robinson, B.R., Fontaine, D.K., Ramsay, M.A., Riker, R.R., Sessler, C.N., Pun, B., Skrobik, Y. and Jaeschke, R. (2013). Clinical practice guidelines for the

- management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Crit Care Med.* 41(1):263-306.
- Baranwal, N., Phoebe, K. Y. and Siegel, N. S. (2023). Sleep Physiology, Pathophysiology, And Sleep Hygien. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 59-69.
- Bayraktar, D, ve Khorshid, L. (2017). Ölçüm Öncesi Dinleme Süresinin Ve Konuşmanın İndirekt Kan Basıncı Ölçüm Değeri Üzerine Etkisi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(2):36-52.
- Bilsel, B.A. ve Metin, B. (2024). Çocuklara Uygulanan Dokunma ve Masaj Tekniklerinin Ebeveyn Rol Algısı ve Algılanan Strese Etkisi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* , (23), 722-736.
- Bodkin, R.P., Acquisto, N.M., Zwart, J. M., and Toussaint, S. P. (2014). Differences In Noninvasive Thermometer Measurements In The Adultemergency Department. *The American Journal of Emergency Medicine*, 32(9), 987–989.
- Bozkurt, M.A. ve Akın, S. (2024). Entübe Yoğun Bakım Hastalarında İnvazif Girişimler Sırasında Ajitasyon Düzeyinin İncelenmesi: Tanımlayıcı Nitelikte Araştırma. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 34 (2) 81-90.
- Canbolat, Ö., Sözeri Öztürk, E. ve Şipal, G. (2024). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Opioid İlaç Uygulamalarını Algılama Durumu. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2): 66-82.
- Chokroverty, S. (2010). “Overview of sleep & sleep disorders”. *Indian Journal of Medical Research*, 131 (2), 126-140
- Çalışkan, M.A. (2019). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Terapötik Dokunmanın Uyku Kalitesi Ve Anksiyete Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu.
- Çetinkaya, B., Turan, T., Ceylan, S.S. ve Altundağ, S. (2008). Knowledge Level Of Pediatric Nurses And Physicians Regarding Pulse Oximety Use. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 9(2): 25-28.
- Çevik, B., Kiliç, G., Sultan, K.A.V., Karahan, A., Eşer, A. K., ve Doğan, N. (2020). Hemşirelerin İnvaziv Arteriyel Kan Basıncı Ölçümüne Yönelik Bilgi Düzeyleri Ve Yaşadıkları Güçlükler. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 24(2), 89-98.
- Daylan A. ve Akbaş S. Uyku bozuklukları neden önemlidir?. Şahin S. ve Akçiçek F. (Eds.). (2019). *Yaşlıda Uyku Bozuklukları El Kitabı*. İzmir: Ortak yayınları.
- De Carlo, L.T. (1997), “On the Meaning and Use of Kurtosis”, *Psychological Methods*, 2: 292-307.
- Delaney, L.J., Litton, E. and Van Haren, F. (2021). The Nexus Between Sleep Disturbance and Delirium Among Intensive Care Patients. *Crit Care Nurs Clin North Am*, 33(2): 155-71.
- Diaz, A., Bourassa, M.G., Guertin, M.C. and Tardif, J.C. (2005). Long-term prognostic value of resting heart rate in patients with suspected or proven coronary artery disease. *European Heart Journal*, 26: 967–974.

- Doğanay (2019), Glaskow Koma Ölçeğini Değerlendirmede Deneyim Faktörünün Etkisinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi. Bahçeşehir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Doğu, Ö. ve Kaya, H. (2017). Yoğun Bakımda Deliryum ve Hemşirelik Bakımı. *Review Article*, 3(2):81-84.
- Dorsch, J.J., Martin, J.L., Malhotra, A., Owens, R.L. and Kamdar, B.B. (2019). Sleep in the intensive care unit: strategies for improvement. *Semin Respir Crit Care Med*, 40(5):614e28.
- Douglas, S.L., Hobbs, H.A., Sibley, S.R. and Digby, G.C. (2021). Providing Evidence-Based Care, Day And Night: A Quality Improvement Initiative To Improve Intensive Care Unit Patient Sleep Quality. *J Intensive Care Med*, 36(12):1450e7.
- Enç, N. (2021) *Yoğun Bakım Hemşireliği*. Nobel Tıp Kitapevleri.
- Erenoğlu, R ve Başer, M. (2019). Effect Of Expressive Touching On Labour Pain And Maternal Satisfaction: A Randomized Controlled Trial. *Complement Ther Clin Pract*, 34:268-274
- Ergün, Y. A., Demir, H., ve Sağnak, N. (2007). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Görev Tanımları İle İlgili Çalışma. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 11(2), 102-113.
- Ergin, B. (2023). Hemşirelere Verilen Deliryum Eğitiminin Bilgi Düzeyleri Üzerine Olan Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Erol, Ö. ve Enç, N. (2009). Yoğun Bakım Alan Hastaların Uyku Sorunları ve Hemşirelik Girişimleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 1(1), 24-31.
- Ersoy, E.O., Demir, A.U., ve Topeli, A. (2016). Yoğun bakımda uyku: var mı, yok mu? *Turkish Journal of Medical & Surgical Intensive Care Medicine/Dahili ve Cerrahi Bilimler Yogun Bakim Dergisi*. 7: 1.
- Eti Aslan, F. (2006). *Postoperatif ağrı. Ağrı Doğası ve Kontrolü*. (Editör: Aslan, F.E.) Avrupa Tıp Kitapçılık.
- Eti Aslan, F. ve Kan Öntürk, Z. (2014). *Ağrı Ölçümü ve Değerlendirilmesi. Ağrı Doğası ve Kontrolü*. (Editör: Eti Aslan F.). Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Eti Aslan, F. ve Olgun, N. (2017). *Fizyopatoloji*. Akademisyen Tıp Kitapevi.
- Garrett, B. and Riou, M. (2021). A rapid evidence assessment of recent therapeutic touch research. *Nurs Open*.8(5):2318-2330.
- Green, C., Bonavia, W., Toh, C., and Tiruvoipati, R. (2019). Prediction of ICU Delirium: Validation of Current Delirium Predictive Models in Routine Clinical Practice. *Critical care medicine*, 47(3), 428–435.
- Groeneveld, R.A. and Meeden, G. (1984), "Measuring Skewness and Kurtosis", *The Statistician*, 33: 391-399.

- Gök, F. ve Yosunkaya, A. (2012). Yoğun Bakımda Hemodinamik Monitörizasyon. *Türkiye Klinikleri Journal of Anesthesiology Reanimation-Special Topics*, 5(1), 1-13.
- Hafen, B. B. and Sharma, S. (2022). *Oxygen Saturation*. In StatPearls. StatPearls Publishing.
- Han, J., Vasilevskis, E., Chandrasekhar, R., Liu, X. ve Schnelle, J. (2017). Delirium In The Emergency Department And Its Extension Into Hospitalization Delineate Study: Effect On 6-Month Function And Cognition. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(6), 1333–1338.
- Harris, S. J., Papathanassoglou, E. D., Gee, M., Hampshaw, S. M., Lindgren, L., & Haywood, A. (2019). Interpersonal touch interventions for patients in intensive care: A design-oriented realist review. *Nursing open*, 6(2), 216-235.
- Hayes, M.H. ve Patterson, D.G. (1921). Grafik Derecelendirme Yönteminin Deneysel Gelişimi. *Psikolojik Bülten* 18, 98 – 99.
- Heidt, P. (1981). Effect Of Therapeutic Touch On Anxiety Level Of Hospitalized Patients. *Nursing Research*, 30(1), 32-37.
- Honarmand, K., Rafay, H., Le, J., Mohan, S., Rochweg, B., Devlin, J.W., Skrobik, Y., Weinhouse, G.L., Drouot, X., Watson, P.L., McKinley, S. and Bosma, K.J. (2020). A Systematic Review of Risk Factors for Sleep Disruption in Critically Ill Adults. *Crit Care Med*. 48(7):1066-1074.
- Hopkins, K.D. and Weeks, D.L. (1990), “Tests for Normality and Measures of Skewness and Kurtosis: Their Place in Research Reporting”, *Educational and Psychological Measurement*, 50: 717-729.
- IASP Ağrı Tanımı :<https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/> Erişim Tarihi: 20.10.2024.
- Joseph,E. Tonna, M.D., Anna Dalton, D.N.P. Angela, P. Presson, PhD Sullivan Howard, B.S., Julia Beynon, M.H.I., B.S.N., R.N., Biren, B., and Kamdar, M.D., M.H.S. (2021). The Effect of a Quality Improvement Intervention on Sleep and Delirium in Critically Ill Patients in a Surgical ICU. *Critical Care: Original Research*, 160(3), 899-908.
- Kaçmaz, N. (2002). Yoğun Bakım Hastalarının Psikolojik Sorunları Ve Hemşirelik Yaklaşımları. *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi*, 6 (2):75-81.
- Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi. (2012). MEB Hemşirelik Vital Bulgular.
- Kanlı, İ., Göksu Ulusoy, Z., Baybora Özer, K., ve Tamam, L. (2022). Deliryum, *Çukurova Tıp Öğrenci Dergisi*, 1(2):61-68.
- Kamdar, B.B., King, L.M., Collop, N.A., Sakamuri, S., Colantuoni, E. and Neufeld, K.J. (2013). The Effect Of A Quality Improvement Intervention On Perceived Sleep Quality And Cognition In A Medical ICU. *Crit Care Med*, 41(3):800e9.

- Karaman Özlü, Z. ve Özer, N. (2015). Richard-Campbell Uyku Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Uyku Tıbbi Dergisi*. 2:29-32
- Kavaklı, Ö., Uzun, Ş. ve Arslan, F. (2009). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Profesyonel Davranışlarının Belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 51: 168-173.
- Kaya, E., Sönmez, S., ve Barlas, F. (2013). Deliryum. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 29(Ek sayı 2):70-74.
- Kaya, D. (2023). Anestezi Ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastalarda Deliryumun Tanılanması Ve Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi. Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sakarya.
- Kelly, F. E., Fong, K., Hirsch, N. and Nolan, J. P. (2014). Intensive Care Medicine Is 60 Years Old: The History And Future Of The Intensive Care Unit. *Clinical Medicine*, 14(4), 376-379.
- Kerr F, Wiechula R, Feo R, Schultz T. and Kitson A. (2019). Neurophysiology of human touch and eye gaze in therapeutic relationships and healing: a scoping review. *JBI Database System Rev Implement Rep*. 17(2):209-247.
- Keşer, E. (2021). Üst Gastrointestinal Endoskopi İşlemi Yapılan Hastalara Uygulanan Reiki Ve Aromaterapinin Vital Bulgular, Oksijen Saturasyonu Ve Kaygı Düzeyine Etkisi. Doktora Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Gaziantep.
- Khoram, B., Yoosefinejad, A. K., Rivaz, M., & Najafi, S. S. (2020). Investigating the Effect of Acupressure on the Patients' Anxiety Before Open-Heart Surgery: A Randomized Clinical Trial. *Journal Of Acupuncture And Meridian Studies*, 13(6), 169–173.
- Kılıç, G. (2022). Yoğun Bakım Hastalarında Göz Maskesi Ve Kulak Tıkacı Kullanımının Deliryumu Önlemedeki Etkisi. Doktora Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Kıraner, E. ve Terzi, B. (2020). Covid-19 Pandemi Sürecinde Yoğun Bakım Hemşireliği. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 24, 83-88.
- Kırpınar, I. (2016). Assessing And Managing Delirium In Surgical And Internal Medicine: An Overview. *Bezmialem Science*, 4(3): 113–122.
- Kim, B. and Park, H. (2023). The effects of auricular acupressure on blood pressure, stress, and sleep in elders with essential hypertension: a randomized single-blind sham-controlled trial. *European Journal Of Cardiovascular Nursing*, 22(6), 610–619
- Koçak, A.T. ve Arslan, S. (2020). Yoğun Bakımda Uyku Yoksunluğuna Bir Çözüm: Uyku Bandı Ve Kulaklık. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(2): 298-303.
- Kotfis, K., van Diem-Zaal, I., Williams Roberson, S., Sietnicki, M., van den Boogaard, M., Shehabi, Y. and Ely, E. W. (2022). The future of intensive care: delirium should no longer be an issue. *Critical Care*, 26(1), 200.

- Krieger, D. (1979). *The Touch: How To Use Your Hands To Help Or To Heal*. Prentice Hall Press.
- Krieger, D. (1993). Accepting your power to heal: The personal practice of therapeutic touch, Santa Fe, NM: *Bear & Company*. 11-45.
- Leblebicioğlu, H. ve Nair Aktaş, F. (2020). Covid-19 Salgınıyla Mücadele: Yoğun Bakım Hemşireliği Meslek Etiği Perspektifi, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 24(EK-1), 73-80.
- Lee Y., Lee J., Kim J., and Jung Y. (2021). Non-Pharmacological Nursing Interventions for Prevention and Treatment of Delirium in Hospitalized Adult Patients: Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16): 8853.
- Levy, N., Sturgess, J., and Mills, P. (2018). "Pain as the fifth vital sign" and dependence on the "numerical pain scale" is being abandoned in the US: Why?. *British journal of anaesthesia*, 120(3), 435–438.
- Liang, S., Chau, J. P. C., Lo, S. H. S., Choi, K. C., Bai, L. and Cai, W. (2023). The effects of a sensory stimulation intervention for preventing delirium in a surgical intensive care unit: A randomized controlled trial. *Nursing in critical care*, 28(5), 709-717.
- Maldonado, J. (2018). Delirium pathophysiology: An updated hypothesis of the etiology of acute brain failure. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(11), 1428–1457.
- Marshall, J. C., Bosco, L., Adhikari, N. K., Connolly, B., Diaz, J. V., Dorman, T. and Zimmerman, J. (2017). What Is An Intensive Care Unit? A Report Of The Task Force Of The World Federation Of Societies Of Intensive And Critical Care Medicine. *Journal of Critical Care*, 37, 270-276.
- Marta, I. E. R., Baldan, S. S., Berton, A. F., Pavam, M., & Silva, M. J. P. D. (2010). The effectiveness of therapeutic touch on pain, depression and sleep in patients with chronic pain: clinical trial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44, 1100-1106.
- Maville, J. A., Bowen, J. E. and Benham, G. (2008). Effect of Healing Touch on stress perception and biological correlates. *Holistic nursing practice*, 22(2), 103-110.
- May, D. (2001). *The Therapeutic Touch Handbook Level One–Basic*. Toronto: *Scribe Press*, 34-45.
- Meehan, T.C. (1998). Therapeutic Touch As A Nursing Intervention. *Journal of Advanced Nursing*, 28:117-25.
- Miranda-Ackerman, R.C., Lira-Trujillo, M. and Gollaz-Cervantez, A.C. (2020). Associations Between Stressors And Difficulty Sleeping In Critically Ill Patients Admitted To The Intensive Care Unit: A Cohort Study. *BMC Health Serv Res*, 20, 631.

- Mok, W.Q., Wang, W., and Liaw, S.Y. (2015). Vital Signs Monitoring To Detect Patient Deterioration: An Integrative Literature Review. *International Journal of Nursing Practice* 21(2): 91–98.
- Mollaoğlu, M. (2001). Yoğun Bakım Ünitelerinde Dokunmanın Önemi. *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi*, 5:34-40.
- Moors, J. J. A. (1986), “The Meaning of Kurtosis: Darlington Reexamined”, *The American Statistician*, 40: 283-284.
- Moslehi, A., Yadollahi, F., Hasanpour Dehkordi, A., Kabiri, M., and Salehitali, S. (2021). The effect of acupressure on the level of the blood pressure, respiratory rate, and heart rate in patients with the brain contusion under mechanical ventilation. *Journal of complementary & integrative medicine*, 18(4), 835–841.
- Olson, M., and Sneed, N. (1995). Anxiety And Therapeutic Touch. *Issues in Mental Health Nursing*, 16:97-108.
- Oh, J., Cho, D., Park, J., Na, S.H., Kim, J., Heo, J., Shin, C.S., Kim, J.J., Park, J.Y. and Lee, B. (2018). Prediction And Early Detection Of Delirium In The Intensive Care Unit By Using Heart Rate Variability And Machine Learning. *Physiol Meas.* 27;39(3):035004.
- Özbaş, N., ve Baduryeri, G. (2023). *Terapötik Dokunuş ve Hemşirenin Rolü Hemşirelikte Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler*. Akademisyen Kitabevi.
- Özer, K.B., Ulusoy, Z.G., Kanlı, İ., ve Tamam, L. (2022). ‘Deliryum’. *Çukurova Tıp Öğrenci Dergisi*, 1(2): 61–68.
- Özer N. ve Citlik Saritas S. (2015). Investigation of the effect of expressive touch on physiological and psychological states of intensive care patients. *Original article*, 4;362-367.
- Özderinç, Ş. (2024). Kalp Yetmezliği Olan Hastalarda Dispne Ve Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
- Özveren, H. (2011). Non-Pharmacological Methods at Pain Management. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 83-92.
- Özveren, H., Faydalı, S., Gülnar, E. ve Faydalı Dokuz, H. (2018). Hemşirelerin Ağrı Değerlendirmesine İlişkin Tutum Ve Uygulamaları. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 8(1), 60-66.
- Packheiser, J., Hartmann, H., Fredriksen, K., Gazzola, V., Keyzers, C. and Michon, F. (2024). Dokunma Müdahalelerinin Fiziksel Ve Ruhsal Sağlık Yararlarının Sistemik Bir İncelemesi Ve Çok Değişkenli Meta-Analizi. *Doğa insan davranışı*, 8 (6), 1088-1107.
- Paça, M. ve Kaplan, V. (2024). Kanser Hastalarının Uyku Kalitesi İle Algıladıkları Stres Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *International Journal of Medicine and Health Sciences Original Article*, 2(2):100-111.

- Park, C., Han, C., Jang, S. K., Kim, H., Kim, S., Kang, B. H. and Yoon, D. (2025). Development and Validation of a Machine Learning Model for Early Prediction of Delirium in Intensive Care Units Using Continuous Physiological Data: Retrospective Study. *Journal of Medical Internet Research*, 27, e59520.
- Patel, S.B., Poston, J.T., Pohlman, A., Hall, J.B. and Kress, J.P. (2014). Rapidly reversible, sedationrelated delirium versus persistent delirium in the intensive care unit. *Am J Respir Crit Care Med*, 189(6):658e65.
- Pereira, J.M., Barradas, F.J.D., Sequeira, R.M.C., Marques, M.C.P., Batista, M. and Galhardas, M. (2016). Delirium in critically ill patients: risk factors modifi able by nurses. *Revista de Enfermagem Referência Journal of Nursing Referência*. 4(9):29-36
- Pour, H. A. ve Yavuz, M. (2010). Vücut Sıcaklığındaki Yükselmenin (Ateşin) Hemodinamik Parametrelere Etkisi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(3), 73-79.
- Rajai, N., Choopani, N., Pishgooie, S.A. and Sharififar, S.T. (2016). The effect of P6 acupressure point on physiological indices in coronary angiography candidate. *Complement Med J Faculty Nurs Midwifery*, 5(4):1290-302.
- Ribeiro, E., Lima, F., Greco, L., Bisinotto, R., Monteiro, A., Favoreto, M., Ayres, H., Marsola, R., Martinez, N., and Thatcher, W. (2013). Prevalence of periparturient diseases and effects on fertility of seasonally calving grazing dairy cows supplemented with concentrates. *Journal of dairy science*, 96(9), 5682-5697.
- Pisani, M., Araujo, K., Van Ness, P., Zhang, Y. and Ely, E.W. (2006). Inouye SK. A research algorithmto impro- ve detection of delirium in the intensive care unit. *Crit Care*. 10(4): 1-8.
- Saygın, M. ve Özgüner, M.F. (2020). Uykunun mikro yapısı ve mimarisi. *Uyku Bülteni*, 1(1), 19-29.
- Scharf, M., Kasinathan, N. and Sunderram, J. (2019). Sleep disorders in critically ill cancer patients. In: *Oncologic critical care. Springer International Publishing*, 669-707.
- Seo Y., Lee H., Jin Ha E. and Sun Ha T. (2022). 2021 KSCCM clinical practice guidelines for pain, agitation, delirium, immobility, and sleep disturbance in the intensive care unit. *Acute and Critical Care*, 37(1):1-25.
- Sılay, F. ve Akyol, A. (2017). Yoğun Bakım Ünitelerinde Sedasyon-Ajitasyon ve Ağrı Değerlendirmesinde Kullanılan İki Ölçüm Aracının Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 22 (2):50-65.
- Sosnowski, K., Lin, F., Chaboyer, W., Ranse, K., Heffernan, A. and Mitchell, M. (2023). The effect of the ABCDE/ABCDEF bundle on delirium, functional outcomes, and quality of life in critically ill patients: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, (138)104410.

- Sun, J., Zhang, Q., Lin, B., He, M., Pang, Y., Liang, Q., Huang, Z., Xu, P., Que, D., and Xu, S. (2021). Association Between Postoperative Long-Term Heart Rate Variability and Postoperative Delirium in Elderly Patients Undergoing Orthopedic Surgery: A Prospective Cohort Study. *Front Aging Neurosci*, 31;13:646253.
- Şahin, E. (2024). Yoğun Bakım Hastalarında Sanal Gerçeklik Gözlüğü Kullanımının Bakım Sonrasında Ağrı Ve Konfor Düzeyine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çankırı.
- Şişman, H. ve Arslan, S. (2023). The effect of reiki on anxiety, fear, pain, and oxygen saturation in abdominal surgery patients: A randomized controlled trial. *Explore*, 19(4), 578-586.
- Tabatabaee, A., Tafreshi, M., Rassouli, M., Aledavood, S., Alavimajd, H., and Farahmand, Sk. (2016). Terapötik Dokunuşun Kanserli Hastalarda Ağrı ile İlgili Parametreler Üzerindeki Etkisi: Randomize Bir Klinik Çalışma. *Materia Socio Medical*, 28(3), 220.
- T.C.Sağlık Bakanlığı. Hemşirelik Yönetmeliği 19.04.2011 Sayı 27910. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm> (Erişim Tarihi: 28.12.2024).
- Thaut, Mh. (2005). The Future Of Music in Therapy And Medicine. *Annals of The New York Academy of Sciences*, 1060:303-8.
- Tieges, Z., Quinn, T., MacKenzie, L., Davis, D., Muniz-Terrera, G., MacLulich, A.M. and Shenkin, S.D. (2021). Association between components of the delirium syndrome and outcomes in hospitalised adults: a systematic review and meta-analysis. *BMC geriatrics*, 21(1), 1-14.
- Tiryaki, Ö., ve Çınar, N. (2018). Pulse Oksimetredeki Çocuk Hasta Bakımı İle İlgili Çocuk Hemşirelerinin Bilgi Durumu. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 34(3), 24-33.
- Tuncer, A., Enzin, F., İri, F., Dinler, E., Pelin, Z., ve Bayramlar, K. (2020). Uyku Bozukluklarında Egzersiz Tedavisinin Önemi. *Zeugma Sağlık Araştırmaları Dergisi*, 2(2), 89-97.
- Turan, N. (2015). Yoğun Bakım Ünitesinde Terapötik Dokunmanın Önemi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3) 134-139.
- Turan, N., Öztürk, A., ve Kaya, N. (2010). Hemşirelikte Yeni Bir Sorumluluk Alanı: Tamamlayıcı Terapi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(1), 93-8.
- Türeyen, A., Cafer Karalar, B. ve Akbaş Uysal, D. (2022). Yoğun Bakım Hastasında Gelişen Deliryum Vakasının Roy Adaptasyon Modeline Göre İncelenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 26(3):124-131.
- Trompeo, A.C., Vidi, Y., Locane, M.D., Braghiroli, A., Mascia, L. and Bosma, K. (2011). Sleep disturbances in the critically ill patients: role of delirium and sedative agents. *Minerva Anesthesiol*, 77(6):604e12.

- Uzelli, D., ve Korhan, E. A. (2014). Yoğun Bakım Hastalarında Duyusal Girdi Sorunları Ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 22(2), 120-128.
- Ünal Aslan, K. S., ve Çetinkaya, F. (2022). The effects of therapeutic touch on spiritual care and sleep quality in patients receiving palliative care. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(1), 374-382.
- Yalın, H. (2016). ‘Uykusuzluk’, (Editör: Aslan Eti, F. ve Olgun, N). *Yoğun Bakımda Seçilmiş Semptom Ve Bulguların Yönetimi*. Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Yaman Lezki, E. (2024). Yoğun Bakım Hastalarına Uygulanan Akupresürün Ağrı Ve Fizyolojik Parametrelere Etkisi. Doktora Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Samsun.
- Yavuz, M. (2006). *Ağrıda Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler*. (Editör: Aslan, F.E.). Avrupa Tıp Kitapçılık.
- Yüksel, S., ve Uslu, A. (2022). Deliryum ve Ajitasyonda Kanıta Dayalı Bakım.
- Yıldırım, M., ve Yayan, E. H. (2023). The effect of therapeutic touch and music rest on sleep parameters in children with liver transplantation. *Journal of Pediatric Nursing*, 69, e65-e72.
- Yılmaz, E., Birer, Z., ve Baydur, H. (2016). Katarakt ameliyatı esnasında uygulanan terapötik dokunmanın kaygı ve hasta memnuniyetine etkisi. *J Clin Exp Invest*, 7(1).
- Zaeimi, M., Ramazani-Badr, F., and Bahrami, M. (2017). The effect of therapeutic touch on physiological variables of mechanically ventilated patients in intensive care units. *Preventive Care in Nursing & Midwifery Journal*, 6(4), 24-31.
- Zare, Z., Shahsavari, H., and Moeini, M. (2010). Effects of therapeutic touch on the vital signs of patients before coronary artery bypass graft surgery. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 15(1), 37.
- Zengin, N. (2010). Konfor Kuramı ve Yoğun Bakım Ünitesinin Hasta Konforuna Etkisi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 14(2).
- Zhang, W.Y., Wu, W.L., Gu, J.J., Sun, Y., Ye, X.F. and Qiu, W.J. (2015). Risk factors for postoperative delirium in patients after coronary artery bypass grafting: a prospective cohort study. *J Crit Care*, 30(3):606e12.
- Zhao, J., Fan, K., Zheng, S., Xie, G., Niu, X., Pang, J. and Qu, J. (2024). Effect of occupational therapy on the occurrence of delirium in critically ill patients: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Neurology*, 15, 1391993.
- Zolfaghari, M., Haztati, M., and Sameh, G. H. R. (2007). The effects of therapeutic touch on anxiety and cardiac dysrhythmia in cardiac catheterization clients. *European Psychiatry*, 22, 290-290.

EKLER

EK -1: HASTA DEĞERLENDİRME FORMU

Protokol Numarası:

Yatış Tarihi:

Tıbbi Tanısı:

Yaş:

Cinsiyet: K () E ()

Medeni Durum: Evli () Bekar ()

Eğitim durumu:

Okur-yazar değil () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite ve üzeri ()

Sigara kullanımı: Evet () (günde..... paket) Hayır ()

Alkol kullanma durumu:

Evet ()günde/.....haftada.....ayda;....kadeh Hayır ()

Kronik Hastalık Durumu: Evet () Hayır ()

Daha Önce Cerrahi Operasyon Geçirme Durumu: Evet () Hayır ()

Daha Önce Hastaneye Yatma Durumu: Evet () Hayır ()

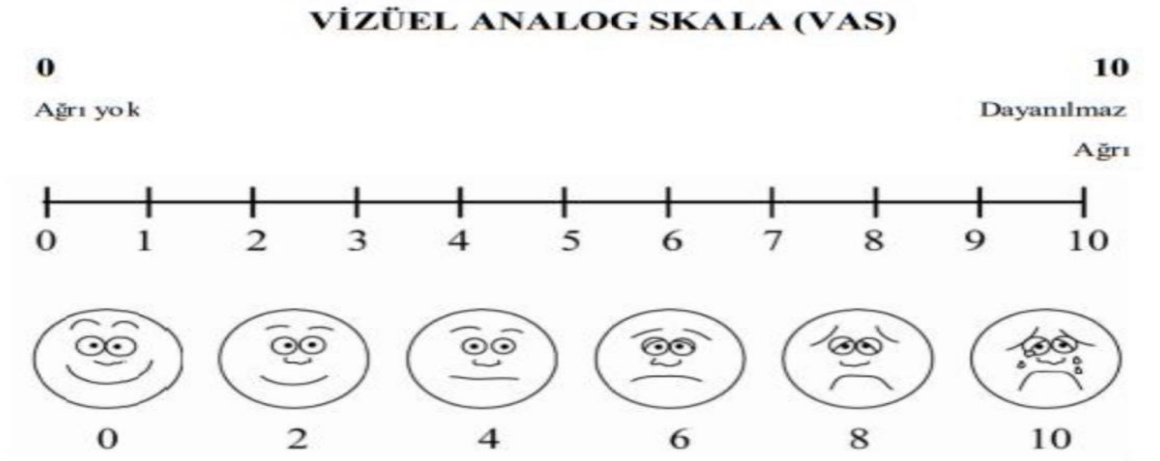
Oksijenlenme Durumu:

Oda havasında () Nazal/Maske () Rezervuar ()

Hastanın Glasgow Koma Skalası:

Yoğun Bakımda Kalma Süresi: /gün

EK- 2: VİZÜEL ANALOG SKALASI (VAS)



EK -3: RICHMOND AJITASYON VESEDASYON SKALASI (RASS)

Skor	Terim	Tanım
+4	Boğuşma halinde	İleri derece boğuşuyor, şiddet uyguluyor. Personel tehlikede.
+3	Çok ajite	Tüpleri veya kateterleri çeker/çıkarır. Agresif.
+2	Ajite	Anlamsız hareket. Ventilatör ile senkronize değil.
+1	Huzursuz	Endişeli fakat hareketler agresif/şiddetli değil.
0	Uyanık ve sakin	
-1	Uykulu	Sese göz teması ile uyanıklığı sürdürüyor. (>10 sn)
-2	Hafif sedatize	Sese göz teması ile kısa süreli uyanıklık. (<10 sn)
-3	Orta derecede sedatize	Sese hareket yanıtı fakat göz teması yok.
-4	Derin sedatize	Sese yanıt yok, fiziksel uyarıya hareket yanıtı.
-5	Uyandırılmıyor	Sese veya fiziksel uyarıya yanıt yok.

RASS Değerlendirmesi İçin Prosedür

1.Hastayı gözle.	Skor 0
Hasta uyanık, huzursuz veya ajite	ile +4
(Listede tanımlanan kriterler kullanılarak +1'den +4'e kadar puanlanır.)	
2.Uyanık değilse, hastanın adını söyle, gözlerini açmasını ve konuşmacıya bakmasını söyle. Gerekiyorsa tekrarla.	Skor-1
Hasta gözlerini açarak ve göz teması kurarak uyanıyor	Skor -2
Hasta göz açıyor ve göz teması kuruyor ancak devamlı değil	Skor -3
Hastanın sesli uyarana cevap şeklinde hareketi var, fakat göz teması yok	
3.Sözlü uyarıma cevap yoksa, hastayı omuzundan sarsarak ve/veya sternuma vurarak fiziksel olarak uyar.	Skor -4
Hasta fiziksel uyarıma cevap veriyor	Skor -5
Hasta herhangi bir uyarıma cevap vermiyor	

EK -4: RICHARDS-CAMPBELL UYKU ÖLÇEĞİ

EK VI

Richards- Campbell Uyku Anketi

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

1-Dün gece uykum

Hafifti

Derindi

0---5---10---15---20---25---30---35---40---45---50---55---60---65---70---75---80---85---90---95---100

2-Dün gece uykuya dalma

Zar zor
Uykuya daldım

Neredeyse yatar
yatmaz uydum

0---5---10---15---20---25---30---35---40---45---50---55---60---65---70---75---80---85---90---95---100

3-Dün gece uyanma sıklığı

Bütün gece
Döndüm durdum

Çok
Uyanmadım

0---5---10---15---20---25---30---35---40---45---50---55---60---65---70---75---80---85---90---95---100

4-Dün gece uyanık kalma süresi

Ne zaman uyansam
ya da uyandırılısam
uyuyamadım

Ne zaman uyansam
ya da uyandırılısam
hemen uyudum

0---5---10---15---20---25---30---35---40---45---50---55---60---65---70---75---80---85---90---95---100

5-Dün gece uykunun kalitesi

Kötü bir geceydi
Neredeyse hiç uyumadım

Güzel bir geceydi
hiç uyanmadım

0---5---10---15---20---25---30---35---40---45---50---55---60---65---70---75---80---85---90---95---100

6-Dün gece gürültü seviyesi

Gece gürültü çok fazlaydı

Gece gürültü çok azdı

0---5---10---15---20---25---30---35---40---45---50---55---60---65---70---75---80---85---90---95---100

Toplam uyku algısı

Richards-Campbell Uyku Ölçeği'nim Toplam Puanı:

EK - 5: GLASGOW KOMA SKALASI (GKS)

Göz Yanıtı		Motor Yanıt		Verbal Yanıt	
Spontan	4	Komutlara Uyuyor	6	Oryante	5
Sözel Uyarılarla	3	Uyarıyı Lokalize Ediyor	5	Konfüze	4
Ağrılı Uyarılarla	2	Uyarıdan Kaçınma	4	Anlamsız Kelimeler	3
Yok	1	Global Fleksör Yanıt	3	Sesler	2
		Global Ekstansör Yanıt	2	Yanıt Yok	1

1

EK - 6: FİZYOLOJİK PARAMETRE DEĞERLENDİRME FORMU**Hasta Adı- Soyadı:**

Fizyolojik Ölçümler	Uygulama Öncesi			Uygulama Sonrası		
	24	48	72	24	48	72
Vücut Isısı						
Kalp Atım Sayısı						
Solunum						
Sistolik Kan Basıncı						
Diastolik Kan Basıncı						
Oksijen Satürasyonu						

EK -7: İKİNCİ DANIŞMAN SETİFİKA



EK- 8: ARAŞTIRMACI SERTİFİKASI



EK -9: OSMANİYE KORKUT ATA ÜNİVERSİTESİ ETİK KURUL ONAYI

Evrak Tarih ve Sayısı: 13.06.2024-E.182136



T.C.
OSMANİYE KORKUT ATA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Araştırma Etik Kurulu



Sayı : E-58565088-100-182136
Konu : Etik Kurul Onay Belgesi (Doç. Dr.
Funda ÇETİNKAYA)

13.06.2024

Sayın Doç. Dr. Kevser Sevgi ÜNAL ASLAN
Hemşirelik Bölüm Başkanlığı - Öğretim Üyesi

24.05.2024 tarih ve E.179445 kayıt sayılı başvuruza istinaden alınan 07/06/2024 tarih ve 2024/2/1 sayılı Sağlık Bilimleri Araştırma Etik Kurulu kararı ekte sunulmuştur.
Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Alpaslan DAYANGAÇ
Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : BSD97M9U0 Pin Kodu : 76252

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/osmaniye-korkut-ata-universitesi-ebys>

Adres : Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Karacaoğlan Yerleşkesi Fakültesi Osmaniye

Telefon : 0328 825 1818 Faks:0328 825 0097

e-Posta : genelsekreterlik@osmaniye.edu.tr

Kep Adresi : oku@hs01.kep.tr

Bilgi için : Halil Coşkun
Unvanı : Bilgisayar İşletmeni





**TOPLANTI KARAR FORMU
(GENEL AMAÇLI)**

Doküman No	OKU.KKO.FR.0024
Yayın Tarihi	01.06.2023
Revizyon Tarihi	--
Revizyon No	00

**T.C.
OSMANİYE KORKUT ATA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Araştırma Etik Kurulu
Toplantı Kararı**

Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
07/06/2024	2	1

Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Sağlık Bilimleri Araştırma Etik Kurulu, Prof. Dr. Alpaslan DAYANGAÇ başkanlığında 07/06/2024 tarihinde saat 14:00'te toplanarak aşağıdaki kararı almıştır.

Gündem 1: Aksaray Üniversitesi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Funda ÇETİNKAYA'nın 24.05.2024 tarih ve E.179445 kayıt sayılı yazısı hakkında görüşme

Karar 1: Aksaray Üniversitesi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Funda ÇETİNKAYA'nın 24.05.2024 tarih ve E.179445 kayıt sayılı başvurusunda belirtilen, "Yoğun Bakım Hastalarında Terapötik Dokunmanın Ağrı, Deliryum Uyku Ve Fizyolojik Parametrelere Etkisinin Değerlendirilmesi" başlıklı araştırmasını yapabilmesinin Sağlık Bilimleri Araştırma Etik Kurulu ilkelerine göre uygun olduğu kanaatine varılarak; araştırma için bu belgenin "Etik Kurul Onay Belgesi" olarak verilmesine toplantıya katılan üyelerimizin oy birliği ile karar verilmiştir.

Başkan Yardımcısı
Doç. Dr. Ayşe İNEL MANAV
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Öğretim Üyesi

Üye
Doç. Dr. Hilal KUŞÇU KARATEPE
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Öğretim Üyesi

Üye
Doç. Dr. Özge TEMİZ
Sağlık Hizmetleri Meslek
Yüksekokulu
Öğretim Üyesi

Üye
Dr. Öğr. Üyesi Özlem VAROL
AVCILAR
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Öğretim Üyesi

Üye
Dr. Öğr. Üyesi Servet ÖZORUÇ
Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu
Öğretim Üyesi

Üye
Dr. Öğr. Üyesi Oğuzhan KOÇER
Sağlık Hizmetleri Meslek
Yüksekokulu
Öğretim Üyesi

Başkan
Prof. Dr. Alpaslan DAYANGAÇ
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Öğretim Üyesi

**EK -10: AKSARAY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ETİK KURUL
ONAYI**

	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI AKSARAY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ EĞİTİM PLANLAMA KURULU (EPK) KARAR ÖRNEĞİ								
KOD	EPK.FR.18	YAY. TRH.	MAYIS2023	REV. TRH.	0	REV.NO	0	SAYFA.SY	1
TARİH	TOPLANTI SAYISI	KARAR NO				SAAT	ÖZÜ		
10.09.2024	17	253662721				11:00			

KARAR : Doç.Dr.Funda ÇETİNKAYA ve Doç.Dr.Sevgi ASLAN'ın danışmanlığında Hemşire Sibel ÖKSÜZ'ün Yüksek Lisans Tezi "Yoğun Bakım Hastalarında Terapötik Dokunmanın Ağrı,Deliryum Uyku ve Fizyolojik Parametrelere Etkisinin Değerlendirilmesi"başlıklı yüksek lisans tezi daha önce uygulamanın Tamamlayıcı Tıp kapsamında değerlendirilebileceği için bir hekim tarafından yapılması gerektiğinden dolayı kurulumuzca uygun bulunmamış olup, ancak 07.08.2024 tarihi itibarıyla araştırmacı olarak Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı/Eğitim Kliniği Sorumlusu Öğretim Üyesi Prof.Dr.Emine Arzu KÖSE'nin de projeye dahil olmasıyla kurulumuzca onayının uygun olduğuna karar verildi.

Dr.Öğr.Üyesi Sibel Çiğdem TUNCER
Başhekim Yardımcısı
ASLI GİBİDİR

EK -11: AKSARAY İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ONAYI



T.C.
AKSARAY VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-23240534-771-254263170
Konu : Sibel ÖKSÜZ Araştırma İzni

18.09.2024

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 16.09.2024 tarihli dilekçe

Aksaray Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde öğrenim görmekte olan Sibel ÖKSÜZ'ün ilgi dilekçesinde; Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesinde;"Yoğun Bakım Hastalarında Terapötik Dokunmanın Ağrı, Deliryum Uyku ve Fizyolojik Parametrelere Etkisinin Değerlendirilmesi " konulu Bilimsel Araştırma Projesin uygulamayı planladığı belirtmektedir.Söz konusu araştırma talebi Müdürlüğümüz Araştırma Talebi Değerlendirme Komisyonu tarafından değerlendirilerek uygun görülmüştür.Çalışmanın Hastane İşleyiş Kurallarına riayet edilerek yapılması hususunu;
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uzm. Dr. Amine YAVUZ DÖNMEZ
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı

Ek: Komisyon Oluru

Dağıtım:
Gereği:
Aksaray Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Başhekimliğine

Bilgi:
Sibel ÖKSÜZ

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: D92D17AB-52AD-4837-A776-8571224CE261

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

Zafer Mahallesi 22/Nevşehir Caddesi No:115 Merkez / AKSARAY 68000
Telefon No: 03822220110
e-Posta: aksaray@saglik.gov.tr İnternet Adresi: <https://aksarayism.saglik.gov.tr/>
Kep Adresi:

Bilgi için: Beyza Nur ALTINPINAR
Tıbbi Sekreter
Telefon No: 03822130122



