

1. ÖZET

Bu çalışma, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ruhsal durumlarının değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Çalışma, İstanbul ilinde bir üniversitenin iki eğitim ve araştırma hastanesi yoğun bakım ünitelerinde, gerekli izinler alındıktan sonra Kasım 2005-Ocak 2006 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Evreni oluşturan 166 hemşireden, çalışmamıza katılmayı kabul eden 158 hemşire örneklem olarak alınmıştır.

Çalışmada veri toplama aracı olarak; araştırmacı tarafından, literatür bilgisine dayalı olarak geliştirilen, demografik özellikleri ve çalışma ortamının özelliklerini içeren “Anket Formu” (Ek:1) ve David Goldberg tarafından geliştirilen, Cengiz Kılıç tarafından geçerli ve güvenilir testler olduğu gösterilen ‘Genel Sağlık Anketi-28’ (GSA-28) (Ek:2) kullanılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesi, bilgisayar ortamında; yüzdeler hesaplama, student t testi, ki kare testi, varyans analizi (Anova), kruskal-wallis varyans analizi kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Hemşirelerin çalıştıkları yoğun bakım üniteleri, üniteye çalışma nedenleri, üniteyi kendine uygun bulma durumları, sosyal yaşantılarının etkilenmesi durumu, üniteden memnuniyet durumları ve çalıştıkları bölümde karşılaştıkları güçlükler karşısında takındıkları tutum ile GSA-28 puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Hemşirelerin çalışma şekli ile sosyal yaşamın etkilenme durumu ve psikolojik sorun yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Vardiyalı çalışan hemşirelerin sosyal yaşamlarının etkilendiği ve psikolojik sorun yaşadığını belirten hemşirelerin büyük oranda gündüz çalıştıkları bulunmuştur.

Hemşirelerin ünite de çalışma nedeni ile ünitenin uygunluk durumu ve üniteden memnuniyet durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Tayin/atama nedeni ile ünite de çalışan hemşire grubunun, üniteden memnun olmadığı ve ünitenin kendilerine uygun bir çalışma ortamı olmadığını ifade ettikleri saptanmıştır.

Elde edilen sonuçlar ışığında; yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler için güçlük ve gereksinimlerinin giderilmesinde yardımcı olabilecek öneriler sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Yoğun bakım, hemşire, ruh sağlığı, stres, çalışma koşulları

2. SUMMARY

INTERPRETATION OF PSYCHOLOGICALLY CONDITIONS OF THE NURSES WORKING IN INTENSIVE CARE UNIT

This study has planned by definitional for interpretation of psychotically conditions of the nurses, working in intensive care unit.

Study was made in intensive care units of two research and training university hospital in Istanbul province, between November 2005- January 2006, after taking permissions. Universe of the study is 166 nurses and 158 nurses had accepted to join our study and taken as samples of study.

“Questionnaire form” (addition: 1) which has developed by literature knowledge and includes demographic features and features of working atmosphere and “General Health Questionnaire-28” (GSA-28) (addition:2) which has developed by David Goldberg and approved by Cengiz Kılıç for validity and trustworthy, were used by the researcher for gathering data in this study.

Interpretation of data has made with computer by using percent calculation, student t test, ki square test, variants analysis (anova) and kruskal-wallis variants analysis.

A meaningful statistical difference has founded between GSA-28 point averages with intensive care units, reasons of working in unit, favorableness of unit, effect ness of social life of the nurses, satisfaction of the nurses with the unit, manners that nurses do in problems that they face with in their divisions.

A meaningful statistical difference has founded between working type and effection of social life and to come across with psychological problems. Social lives of nurses, who are working in relays, are facing with bad effections and the nurses which are determining psychological problems, are in huge ratio working in day time.

A meaningful statistical difference has founded between reasons of working in unit and favourableness of unit and satisfaction of unit. Nurses, who are working in unit for the fact of appointment / designation, are not satisfying from the unit and due to their explanation; unit is not a suitable working place.

According to the results that in hand; for the nurses who work in intensive care units, suggestions offered to satisfy them and may help for difficulty and needs of them.

Keywords: Intensive care, nurse, mental of health, stress, working condition.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Kişinin kendisi ve çevresiyle sürekli bir denge ve uyum içinde olması olarak tanımlayabileceğimiz ruh sağlığı, günümüz koşulları nedeniyle gergin ve baskı altındaki insan için her geçen gün biraz daha önem kazanmaktadır (75, 76).

Ruh sağlığı sorunları, tüm akut ve kronik sağlık sorunlarının önemli bir oranını oluşturmasının yanı sıra, çalışma yaşamında en fazla iş gücü kaybına neden olan sorunlardan biridir. Tüm hastalıklar dikkate alınarak yapılan sıralamada iş yaşamını en çok etkileyen rahatsızlıklar kalp hastalıkları, ikincisi ise ruhsal bozukluklardır (25, 69).

Çalışma yaşamı, insan yaşamının her cephesine yayılan bir öneme sahip olup, bireye sağladığı olanakların yanı sıra fizyolojik ve psiko-sosyal yönden bazı olumsuzlukları da beraberinde getirmektedir. Çalışan bireyin sağlığı, genel faktörlerden etkilendiği gibi daha da fazla oranda çalışma ortamından, koşullarından ve ilişkilerinden kaynaklanan risklerden etkilenmektedir. Bundan dolayıdır ki, çalışan bireyin beden ve ruh sağlığının korunması, çağdaş bilimin temel amaçlarından biri olmuştur (10, 17, 52).

Kurumlarda stres genellikle şu faktörlerden kaynaklanır:

- ◆ Görev kaynaklı stres (işin zorluğu ve iş yükünün fazlalığı)
- ◆ Role bağlı stres (çatışma, rol belirsizliği, işin yoğunluğu)
- ◆ Davranış ortamından kaynaklanan stres (kalabalığın etkisi)
- ◆ Sosyal çevreden kaynaklanan stres (bireyler arası anlaşmazlık, özel yaşamla ilgili stres, dışlanma ve yalnızlığa itilme gibi)
- ◆ Bireyin kendinden kaynaklanan stres (bireyin kaygı durumu, algılama düzeyi, kendine güven duyma gibi) (29).

Yoğun bakım hemşireliği iş ortamındaki stresörler açısından değerlendirildiğinde, literatürde belirtilenlerin bir çoğunun var olduğu görülmektedir.

Yoğun bakım üniteleri çoğunlukla terminal dönemde bulunan, mortalite oranı %25-%50 arasında değişmekte olan, fiziksel durumları ağır hastaların monitörize edilerek yaşam fonksiyonlarının desteklendiği, özel tedavi ve bakım ekibiyle tedavi edildiği, yoğun stres altında bulunan hasta ve yakınlarına hizmet veren birimlerdir (11, 58).

Yoğun bakım ünitelerinde hasta hemşire ilişkileri çok iç içe olduğundan hastanın durumunun değerlendirilmesinde hemşireye büyük sorumluluklar düşmektedir. Yoğun bakım üniteleri, hemşirelerin iş yükünün oldukça fazla olduğu, ani kararlar verebilme ve müdahale edebilme becerileri gerektiren karmaşık ünitelerdir. Burada çalışan hemşire dikkatli bir gözlemci olmalı, hastanın durumundaki en ufak değişikliği anında değerlendirebilmeli ve acil durumlarda nasıl davranabileceğini iyi bilmelidir (8, 68).

Yoğun bakım hemşireleri, zor çalışma koşulları, uykusuzluk, yorgunluk, görev ve sorumlulukların yeterince belirlenmemiş olması, acı çeken ve ölmekte olan insanlara hizmet vermek gibi bir dizi sorunla karşılaşmaktadır. Yoğun bakım üniteleri, hastaların ve işin özelliklerinden dolayı yoğun stres etkenlerinin bulunduğu birimler olduğu için hemşirelerdeki stres etkenlerine bu ünitelerdeki stresörlerin de eklenmesiyle ortaya çıkan tablonun ruh sağlığı açısından iç açıcı olmadığı söylenebilir.

Araştırma; yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin, ruhsal durumlarını etkileyen faktörleri belirlemek, genel ruhsal sağlık durumlarının çalışma ortamından kaynaklanan risk faktörleriyle ilişkilerinin ortaya çıkarılması ve işyerinden kaynaklanan ruhsal rahatsızlıkların önlenmesinde etkili olacağımıza inandığımız araştırma sonuçlarının, klinik uygulamalara yansıtılması amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1.YOĞUN BAKIM

4.1.1. YOĞUN BAKIMIN TANIMI

Yoğun bakım kısmen veya tamamen fonksiyonlarını yitirmiş olan organ veya organ sistemlerinin bu fonksiyonlarının yerlerinin geçici olarak doldurulması ve hastalığı oluşturan temel nedenlerin tedavi edilebilmesi için kullanılan yöntemlerin tamamıdır. Yoğun bakımın primer ilgi alanı, yaşamı tehdit eden patolojileri bulunan hastaların yoğun bakım ünitesi koşullarında tedavi edilmesidir. Diğer bilim dalları tek bir beden sistemi, özel bir tedavi veya özel bir yaş grubuna yönelik çalışırken yoğun bakım geniş bir hastalık yelpazesindeki hastalara yönelmektedir (68, 13, 32).

Yoğun bakım üniteleri ise; fiziki durumu ağır olan hastaların, monitörize edilerek yaşam fonksiyonlarının desteklendiği, özel tedavi ve bakım ekibiyle tedavi edildiği birimlerdir. Bu tanıma göre dört öge yoğun bakım ünitesinde bulunmaktadır; birincisi ağır hasta, ikincisi monitörizasyon veya izleme, üçüncüsü destek tedaviler, dördüncüsü özel tedavi ve bakım ekibidir (58).

Yoğun bakımda prensip olarak yaşamsal tehlike oluşturan hastalıkların tedavisi yapılır. Bu ünitelerin ana amacı; yaşamsal bulguları güvencede olmayan, bu nedenle yakın takip ve tedavi gerektiren ağır hastalara gereksinim duydukları bakımı ve destek tedavileri sağlamak ve sağlıklarına kavuşturmadır. Temel ve ileri yaşam desteği, hava yolu tıkanıklıklarının tedavisi, akut solunum yetersizliği, her türlü şok, sepsis gibi ağır infeksiyonlar, ağır kanama ve pıhtılaşma bozuklukları, koma hali, yardımcı solunum uygulamaları, çeşitli organ yetersizliklerinde beden dışı destek tedavileri, hastaların monitörize edilmesi, invazif basınç ölçümleri, intrakraniyal basınç ölçümleri, kan gazlarının takibi ve yaşamsal fonksiyonların en kısa zamanda ve en etkin biçimde düzenlenmesidir (51, 40, 41).

Yoğun bakım tedavisi, hemşirelerin ve hekimlerin işbirliği ile bir ekip anlayışı içinde yapılır. İşbirliği ve organizasyonun temelinde, tıbbi tedavi ve hemşirelik bakımı vardır (60).

4.1.2. YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ

Tıp ve teknoloji alanındaki hızlı gelişmeler ve hastalıkların fizyopatolojileri hakkında ayrıntılı bilgi sahibi olunması, durumu ağır ve hiçbir tedavi yönteminin yarar sağlamayacağı gözü ile bakılan hastaların da düzelebileceği fikrini doğurmuştur. Çok yönlü bilgi ve cihazların, tedavisi güç olan veya acil tedaviyi gerektiren hastalar için kullanıma sokulması yoğun bakım kavramını doğurmuş ve yoğun bakımın hedeflerinin ve sınırlarının belirlenmesini sağlamıştır.

Modern yoğun bakım kavramının gelişmesine ise Florence Nightingale'in 1852 yılında Kırım Harbi sırasında, 'kritik hastaların hepsinin mümkün olduğu kadar aynı koşuğa toplamanın daha iyi bir hemşire bakımından yararlanmalarını sağlar gözlemi, yoğun bakım ünitelerinin gerekliliğini ortaya koyan önemli bir kavram olmuştur (68, 2).

İlk yoğun bakım hizmetleri 1950'li yıllarda İskandinav ülkelerinde ortaya çıkan poliomiyelit epidemileri sırasında akut ve kronik akciğer komplikasyonlarının tedavisi amacıyla kullanılan çelik ciğerlerle başlamıştır. Bu hastaların bakımı için bölgesel merkezlerin düzenlenmesi gereği duyulmuştur ve bu merkezlerde solunum tedavisinde kullanılan çelik ciğere alınan hastaların bakımı sırasında doktor ve hemşireler özel solunum cihazlarını kullanmak ve manipulasyonunu öğrenmek zorunda kalmışlardır (58, 41, 2).

İlk yoğun bakım üniteleri nöroşirurji ve genel cerrahi hastalarına yönelik, respiratuar bakım, kardiyak, renal, pediatrik ve obstetrik bakım için geliştirilmiş ünitelerdir. Gereksiz yer, personel ve alet kullanımını önlemek ve bu servislerden

optimal yarar sağlamak amacıyla büyük, entegre, multidisipliner yoğun bakım merkezleri kuruldu. İlk yoğun bakım merkezleri 1958’de Baltimore City hastanelerinde kurulmuştur (68).

Ülkemizde ilk yoğun bakım ünitesi ise 1959 yılında Haydarpaşa Numune Hastanesi’nde kurulmuştur. Daha sonra başta İstanbul olmak üzere diğer şehirlerde yoğun bakım üniteleri kurulmaya başlanmıştır. Günümüz tıbbında da yoğun bakım birimleri, tıbbi teknoloji, destekleyici sistemler, bilgi birikimi ve iyi yetişmiş organize olmuş ekipleri ile vazgeçilmez birimler olmuşlardır (58, 2).

4.1.3. YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNİN SINIFLANDIRILMASI

Günümüzde dahili tıp dalları ağır hastalarının bakıldığı;

- ◆ Koroner Yoğun Bakım Ünitesi
- ◆ Nefroloji Yoğun Bakım Ünitesi
- ◆ Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesi

Cerrahi tıp dalları ağır hastalarının bakıldığı;

- ◆ Postoperatif Yoğun Bakım Ünitesi
- ◆ Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi
- ◆ Nöroşirurji Yoğun Bakım Ünitesi bulunmaktadır.

Ayrıca “Reanimasyon” ya da “Solunum Yoğun Bakım” üniteleri de; nedeni ne olursa olsun solunum yetmezliğindeki ağır hastaların, özel bir ekiple, monitörize edilerek izlenip destek tedavilerinin yapıldığı ünitelerdir (58).

Yoğun bakım ünitelerinin farklı bir şekilde sınıflandırılması;

- ◆ Geleneksel yoğun bakım üniteleri: Genel yoğun bakım üniteleri, Cerrahi yoğun bakım üniteleri

◆ Organ sistemlerine yönelik yoğun bakım üniteleri: Gastrointestinal yoğun bakım üniteleri, Respiratuar yoğun bakım üniteleri, Koroner yoğun bakım üniteleri, Nöroloji yoğun bakım üniteleri

◆ Klinik sendroma yönelik yoğun bakım üniteleri: Travma yoğun bakım üniteleri, Şok yoğun bakım üniteleri, Yanık yoğun bakım üniteleri

◆ Yaş gruplarına spesifik yoğun bakım üniteleri: Neonatal yoğun bakım üniteleri, Pediatrik yoğun bakım üniteleri

Yoğun bakım ünitelerinin bir çok sınıflandırılması yapılabilir. Ancak ülkemizde en çok kullanılan yoğun bakım üniteleri dikkate alınarak bir sınıflandırma yapılacak olursa:

◆ Dahili Yoğun Bakım Üniteleri: Ameliyat girişimi bulunmayan hastalıklarda, destek tedavilere gereksinimi olan hastaların alındığı birimlerdir. Koroner yoğun bakım üniteleri, Nöroloji yoğun bakım üniteleri vb.

◆ Cerrahi Yoğun Bakım Üniteleri: Ameliyat girişimi olmuş hastaların destek tedavilerinin yapıldığı birimlerdir. Postop yoğun bakım üniteleri, Nöroşirurji yoğun bakım üniteleri vb.

◆ Reanimasyonlar: Solunum desteğine ihtiyaç duyan, çoğunlukla bilinçsiz ve solunum işlevini kendisi yerine getiremeyen hastaların yattığı birimlerdir.

◆ Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri: Düşük tartılı ya da destek tedaviye gereksinim duyan yeni doğmuş bebeklerin alındığı birimlerdir (39).

4.1.4. YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNİN YAPILARI

Kinney'e göre yoğun bakım üniteleri şu niteliklerde olmalıdır;

◆ Bakımın en iyi şekilde yürütülebilmesi için; donanımlı ve istekli bir yoğun bakım ekibine ek olarak uygun araç ve gereç gereklidir.

◆ Bir yoğun bakım ünitesi en az dört en fazla 12 yataktan oluşmalıdır

◆ Yoğun bakım ünitesi oluşturma aşamasında planlayıcı bir ekip olmalı, bu kişiler yoğun bakım ünitesinin kuruluş ve hedeflerinin, hangi tip hastaların kabul edileceğini belirlemeli, hastaların kalacağı ortalama süreleri öngörmelidir (71).

Hastanelerin çoğunda yoğun bakım yatakları tüm yatak sayısının % 8-10'unu, maliyeti ise tüm hastane giderlerinin % 20'sinden fazlasını oluşturur. Yoğun bakım ünitelerinin organizasyonunda bugün için kabul edilen yatak sayısı altı ile sekiz arasındadır. Yatak sayısını dördün altında olan yoğun bakım ünitelerinin kullanışlı olmadığı, buna karşın yatak kapasitesi 12-15'in üzerinde olan ünitelerin ise yeterli bakımın sağlanmasında günlük çıkardığı belirlenmiştir (68, 51, 2).

Yoğun bakım ünitelerinde hemşire sayısının standardı kesin olarak belirlenememiştir. Çeşitli kaynaklarda; hemşire görevlendirilmesinde, her nöbette hemşire /hasta oranı 1/3 esas olarak alınmışsa da hastanelerin % 10'unda özel nöbetçi hemşireler de görevlendirilmişlerdir. Şahinoğlu her vardiya için bir hemşirenin yeterli olacağını öne sürmüştü, bazı yöneticiler, yoğun bakım yatak sayısının iki ile çarpılmasıyla, bazıları ise yatak sayısının 1,2 ile çarpılmasıyla hemşire sayısını belirlemiş olmalarına rağmen ideal olan her hastaya 24 saat için bir hemşire ayırabilmektir. Kabul edilen orta sınır iki yatağa bir hemşire, alt sınır üç yatağa bir hemşire bulundurmadır. Bazı kaynaklara göre ise; hasta-hemşire oranı tüm pediatrik hastalarda, mekanik ventilatöre bağlı hastalarda, sürekli nabız veya hemodinamik monitörizasyon ve sık sık tekrarlanan ilaç ve devamlı hemşirelik izlemi gerektiren hastalarda 1/1, konfüze ve huzursuz hastalar, sık tekrarlanması gereken vital bulgu izlemi, nabız monitörizasyonu, periyodik ilaçlar ve yoğun hemşirelik takibi gerektiren hastalarda 1/2, belirli aralıklarla vital bulgu takibi ve periyodik değerlendirmeye gereksinim duyan hastalarda 1/3 tür. Bu standartlara göre, ülkemizde birçok yoğun bakım ünitesinde hemşire sayısı yeterli değildir. Bu da iş yükünü artıran bir nedendir (58, 68, 40, 2, 72).

Yoğun bakım üniteleri genellikle, diğer bölümlerle koordinasyonu kolaylaştırmak için hastanenin merkezi bir bölümünde yer almaktadır. Yoğun bakım ünitesi yalıtılmış ve küçük bir alandır. Çoğunlukla ünitenin dışarıya açılan bir penceresi bile bulunmamaktadır. Ünitenin aydınlatılması 24 saat süresince aynı miktar ve renkteki yapay ışık ile sağlandığı için hastalar ve çalışanlar zaman algılarını yitirmektedir. Dışarıya giriş-çıkışlar kontrol altındadır. Çalışanlar, sadece çalıştıkları mekan nedeniyle değil, işlerinin acil ve yoğun olması nedeniyle de hastanenin diğer çalışanlarından yalıtılmışlardır (36, 65, 74).

Yoğun bakım ortamının, yoğun bakım ünitesinde çalışanlara ve yatan hastalara zararı olabilir. Gürültü düzeyi, mekanik ventilatörler, konuşmalar ve telefonlar ile özellikle yoğun bakım cihazlarındaki ses alarmlarından dolayı yüksektir. Yapılan çalışmalarda gürültü, yoğun bakım ünitesinde önemli bir stres faktörü olarak değerlendirilmektedir. Uluslararası Gürültü Konseyi ve Çevresel Koruma Ajansları tarafından yoğun bakımdaki gürültü kriterleri belirlenmiş olup devamlı sesler; oksijen tüpleri, göğüs tüpleri ve ventilatörler, aralıklı sesler ise; bilgisayarlar, kardiyak monitör alarmları, buz makineleri, hastane çalışanları arası konuşmalar olarak belirtilmektedir (32, 59).

Ekip çalışmasının en iyi sergilendiği alan yoğun bakım servisleridir. Yoğun bakımın temelinde üç kritik unsur vardır; ağır hasta, gelişmiş ve giderek ekonomik yükü artan alt yapı ve teknik donanım ve bu teknik donanımı bilen, kullanan ve onların yardımıyla hastaları tedavi edebilecek bilgi ve deneyime sahip, kesintisiz görev yapan ekiptir. Bu yüzden yoğun bakım ekibi bilgi, beceri, deneyim ve uzmanlıkları ile tıbbi tedavi ve bakıma katkıda bulunabilecek farklı disiplinlerden bilinçli olarak seçilmiş meslek üyelerinden oluşmalıdır (53, 72).

4.1.5. YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ HASTALARININ ÖZELLİKLERİ

Amerikan Yoğun Bakım Derneği (Society of Critical Care Medicine) yoğun bakım hastalarını tıbbi anlamda “Fizyolojik olarak fonksiyonları dalgalanma gösteren,

hayatta kalmayı sağlamak için doktor, hemşire arasında kurulan uyumla yürütülecek bir tedaviye, bu tedavinin dalgalanmalar göstermeden uygulanmasına, özellikle ayrıntılara yönelik özene gereksinim duyan, fizyolojik yetersizlik nedeni ile risk altında bulunan ve beklenmeyen olayları önleyebilmek ve yoğun bakım ekibi tarafından anında müdahale olanağı sağlayabilmek için sürekli monitörizasyon gerektiren hastalar yoğun bakım hastalarıdır.” şeklinde tanımlamaktadır (2).

Yoğun bakım hastaları hastanedeki en ağır seyirli, invaziv yaşam desteğine en çok gereksinim duyan hasta grubudur. Bu hastalar;

- ◆ Birincil hastalık geçinceye kadar, yaşamsal işlevlerden bir veya birkaçının yapay olarak veya destekle sürdürülmesi gereken,
- ◆ Sürekli olarak izlenmesi gereken,
- ◆ Ağır metabolik ve elektrolit dengesizliği olan,
- ◆ Özel ve yoğun bir hemşirelik bakımı gerektiren,
- ◆ Ölümcül komplikasyonlar ortaya çıkarabilecek hastalardır (30).

Bu tanıma göre yoğun bakım ünitesine gereksinim duyan hastalar normal hastane bakım-tedavisinin yeterli olmadığı ve organizmanın geçirdiği ağır bir hastalık, zehirlenme, travma veya ameliyattan dolayı önceden tahmin edilmesi mümkün olmayan komplikasyonlarla yaşamlarının sınırına gelmiş bulunan hastaları oluşturmaktadırlar (68).

Yoğun bakımdaki çoğu hasta için, bakımın önemli öğelerinden birisi de hastalığın ikincil komplikasyonlarından ve tedavinin yan etkilerinden korunmaktır. Çalışmalar yüksek sıklıkla gastrointestinal kanama, derin ven trombozu, bası ülserleri, yetersiz beslenme desteği, nazokomiyal pnömoniler, idrar yolu enfeksiyonları, psikolojik sorunlar, uyku bozuklukları gibi yoğun bakımın beklenmeyen etkilerini ortaya koymuştur. Aynı zamanda yapılan çalışmalar yoğun bakım ünitesinde yatmakta olan hastaların % 40-80’inde, geçirmekte oldukları ağır hastalık, iyatrojenik faktörler ve

yoğun bakım ünitesinin çevresel faktörlerine bağlı olarak deliryum tablosu geliştiğini göstermektedir (32).

Kritik hastalıklı hastaların, yoğun bakım ünitelerinde sağlık bakımı hizmetlerinin önemli bir kısmını oluşturduğu ve yoğun bakıma gereksinim duyan hastaların sayısının gün geçtikçe arttığı bilinmektedir. Yoğun bakım hizmetleri yaşama şansları çok az olan hastalar için de kullanılmaktadır. Konu ile ilgili yapılan maliyet analizlerinde görülmüştür ki yoğun bakıma tahsis edilen kaynakların % 50'lik kısmı yaşama şansları olmayan ve ölen hastalara ayrılmaktadır (68, 67).

4.1.6. YOĞUN BAKIM HEMŞİRELİĞİNİN AMACI

Yoğun bakım hemşiresi yoğun bakım ekibinin önemli bir unsurudur. American Association of Critical Care Nurses'e göre yoğun bakım hemşiresi, yaşamı tehdit altında bulunan kritik hastanın en uygun bakımı almasından sorumlu, özel olarak eğitilmiş, lisanslı, profesyonel hemşire olmalıdır. Yoğun bakım hemşireliği, kritik hasta, yoğun bakım hemşiresi ve yoğun bakım ünitesinin dinamik etkileşimleri olarak tanımlanır (44).

Avrupa Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği (EFCCNA)'ne göre ise yoğun bakım hemşireliği; vital organ fonksiyonlarında belirgin ya da potansiyel hastalıklar bulunan kritik durumdaki hastalara verilen özelleşmiş hemşirelik bakımınıdır (7).

Yoğun bakım hemşireliğinin amacı; bireyin fizyolojik, psikolojik, emosyonel ve sosyal dengesini en iyi duruma getirmek ve yaşamına doğrudan etki eden bireysel bakımı sağlamak, hasta ve yakınlarıyla terapötik bir ilişki kurmak; önleyici, iyileştirici ve rehabilite edici girişimlerle bireyi bio-psiko-sosyal yönden yeterli hale getirebilmektir. Optimal dinamik dengeyi sağlamada, istenilen amaç ve sonuçlara ulaşmada, bireyin yaşam süresini arttırmada iyi planlanmış bakım önemlidir (26).

Yoğun bakım ünitesi hemşiresinin;

- ◆ İyi yetişmiş, deneyimli ve yeterli bilgiye sahip olması
- ◆ Acil durumlarda gerekli bilgi-beceri sahibi olması ve bunları uygulayabilmesi
- ◆ Ünite de kullanılan ilaçları iyi tanması
- ◆ Eğitim ve araştırmaya açık olması
- ◆ Kendi yetkisi içinde hızlı karar verebilmesi ve uygulayabilmesi
- ◆ Genç ve dinamik olması
- ◆ Sağlık ekibi üyeleriyle, hasta ve ailesiyle iyi ilişkiler kurabilmesi gerekmektedir (40).

Yoğun bakım ünitelerinde kriz müdahalesine yönelik çalışılır. Ünitenin temposu hızlı ve yoğundur. Hastanın durumunda olabilecek herhangi bir değişikliği fark etmesi gereken ilk kişi olduğundan yoğun bakım ünitelerinde hemşireler, hasta ile 24 saat bir arada bulunmaktadır. Yoğun bakım hemşiresinin direkt olarak hastanın bakımı ile birlikte vital bulguların, günlük giriş ve çıkışların, laboratuvar değerlerinin ve hastaya yapılan bütün işlemlerin kayda geçirilmesi ve tüm kayıtların saklanması için arşive kaldırılması gibi 24 saat, kesintisiz sorumlulukları vardır. Aynı zamanda hemşire, sağlık ekibinin diğer üyeleri arasında, ekiple hasta ailesi arasında ve hasta ile aile arasındaki iletişimde esas rolü oynar. Yoğun bakım ekibinin diğer elemanları hemşire ile işbirliği yapmazsa yoğun bakımda hedeflenen tatmin edici tedavi ve bakım düzeyi tutturulamaz (8, 72, 28).

Yoğun bakım hemşireliği, hemşirelik mesleği uygulama biçimleri arasında en zor olanıdır. İyi bir yoğun bakım hemşiresinin sahip olması gereken özellik; teorik ve pratik donanım açısından, hem yüklü bir birikim hem de yüksek düzeyde bir motivasyondur. Bu bilinen gerçekler, ülkemizdeki yoğun bakım hemşireliği uygulamalarında, ne yazık ki göz ardı edilmektedir. Yoğun bakım hemşireleri, emosyonel zarar görme ve yoğun stres yaşama riski en fazla olan hemşire grubudur. Baltaş ve arkadaşlarının yoğun

bakımda çalışan hemşirelerin stres düzeylerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, yoğun bakım hemşirelerinin stres düzeyleri anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur (11, 74, 28).

4.1.7. YOĞUN BAKIM HEMŞİRESİNİN GÖREVLERİ

Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların izleminde hemodinamik izlem en önemli unsurdur. Hemodinamik izlem hastanın vasküler kapasitesi, kan volümü, kardiyak fonksiyonu ve doku perfüzyonu hakkında bilgi vermekle birlikte uygulanan tedavinin etkinliğini de gösterir. Yoğun bakım ünitesinde izlemin temel amaçları;

◆ Hastanın kliniğindeki değişiklikleri erken dönemde fark ederek gerekli tedaviyi uygulamak

◆ Hastanın semptom ve klinik bulgularını fark edebilmek

◆ Tedaviye yanıtı değerlendirebilmek (54, 50).

Yoğun bakım ünitesinde hasta izleminde hemşirenin sorumlulukları şunları

içerir;

◆ Hastanın yaşam güvenliğinin sağlanması

◆ Hava yolu açıklığının ve etkin ventilasyonun sağlanması ve izlemi

◆ Oksijenasyonun sağlanması için kanül ya da maske ile oksijen verilmesi, yeterli olmadığı durumlarda doktor ile işbirliği yaparak entübasyon ve mekanik ventilasyon işlemine geçilmesi

◆ Kardiyovasküler durumun izlemi; nabız hız ve ritmi, kan basıncının izlemi

◆ Hastanın sıvı durumunun izlemi; hastanın dehidratasyon yada sıvı yüklenmesi açısından izlemi

◆ Alerjik reaksiyonların izlemi

- ◆ Hastanın bilinç durumunun izlemi
- ◆ Ağrı ve operasyon geçirmişse operasyon bölgesinin durumunun izlemi
- ◆ Damar yolu açıklığının sağlanması
- ◆ Hastanın altta yatan hastalığı göz önüne alınarak hastaya uygun pozisyonun verilmesi (4, 55, 33).

Yoğun bakım ünitesi, kritik hastanın bakımı için kullanılan modern tedavi malzemeleri, hemşirelik bakımına yüksek bağımlılık ve yatak koşulları açısından artış gösteren bir talep ve maliyet göstermektedir. Yoğun bakım hemşiresinin sahip olduğu mesleki bilgi ve beceriler, hastaya ait veriler, izlem sırasında ortaya çıkabilecek komplikasyonların önlenmesi, yoğun bakım ünitesinde hasta bakımını etkileyen önemli unsurlardır. Bu yüzden yoğun bakım hemşirelerinin esnek ve değişikliklere kolay adapte olabilen kalifiye elemanlar olması gerekmektedir (54, 33, 34).

4.2. RUH SAĞLIĞI

4.2.1. RUH SAĞLIĞININ TANIMI

İnsanlık tarihi boyunca en çok ilgilenilen konulardan biri de ruh sağlığı ve ruhsal hastalıklar konusu olmuştur. İnsanoğlu çeşitli gelişme ve büyüme basamaklarında davranış ve duygularının normal olup olmadığını sorgulamıştır. Tarih öncesinden beri ilkel topluluklarda ruh ve beden arasında bir ilişkinin olduğu bilinmektedir. Milattan önce 400 yıllarında Sokrates, “Ne başsız bir gözü, ne de bedensiz bir başı tedavi etmek uygun değildir” diyerek psikosomatik bütüncü anlayışı ortaya koymuştur (12, 35).

Hipokrat, ruh hastalıklarıyla ilgili tanımlar yapmış ve ruh hastalıklarının, bedensel hastalıklardan farklı olmadığını açıklamıştır. Hastanın bedeni, ruhsal durumu ve çevresi arasındaki dengesizliklerin hastalıklara yol açtığına işaret etmiştir. İnsanın kendi

davranışlarından sorumlu olduğu görüşü ilk kez rasyonalist bir yaklaşımla Aristo tarafından ele alınmıştır. Aristo'nun yaklaşımlarında, "normal" insanın düşüncesi, akli düşüncedir; sağlıklı kıyaslama ve yorumlamaya dayanır; akla dayalı düşünceler normal davranışlarla dışlaşır (12, 35, 57).

İbni Sina, çağdaş psikosomatik ve psikiyatrik kavramların benzerini kendi yaklaşımları içinde kullanarak bugünkü analitik kavramların temelini oluşturan bir görüş geliştirmiş ve yenilen içilen maddelerin ve coğrafi bölgelere göre değişen iklim şartlarının, ruh hastalıklarının ortaya çıkmasındaki etkin rolüne dikkat çekmiştir. İbni Sina'ya göre ruhun bitkisel, hayvansal ve insani olmak üzere üç yanı vardır. Bitkisel ruh beslenme ve üreme, hayvansal ruh algılama ve hareket, insani ruh da yüksek idealler ve ahlaki değerleri yürütmek işlevlerini taşımaktadır (1).

Descartes, ruh ve beden birlikteliğini gündeme getirmiştir. Kant, Nietzsche gibi düşünürler çeşitli ekollerde psikolojik olayları incelemiş, A.B.D.'nde Rush, Fransa'da Pinel çağdaş psikiyatriyi kurmaya başlamışlardır. Psikoanalitik yaklaşımlar, bazı tıbbi hastalıkların kökeninde psikodinamik çatışmaların rolünü ortaya koymuş, böylece baskılanmış duygulanım ve özgül çözümlenmemiş psikolojik çatışmaların, otonom sinir sistemini uyardığını göstermiştir. II. Dünya Savaşı sonrasında çok sık görülen ruhsal bozukluklar konusunda bilgi toplanmış, ruh sağlığı yaklaşımlarında belirgin bir değişme olmuş ve koruyucu önlemlerin gelişmesinin önemli olduğu ortaya çıkmıştır (12, 35, 1).

İnsanlık tarihi boyunca ruh sağlığı tanımlarından çok önce ruhsal bozukluklar ve normal dışı davranışlar tanımlanmıştır. Kişiler birbirlerinin kabul edilmesi zor veya imkansız olan davranışlarını kolay fark etmiş, kendilerine ve çevrelerine zarar veren davranışları görmüş ve tanımlamışlardır. Öte yandan sağlıklı ruh yapısına sahip insanları tanımlamak böylesine kolay olmamıştır. Çünkü keskin uçlar hariç, normal olmanın, normal dışılıktan ayırımı oldukça örtüşen sınırlar üzerindedir.

Günümüzde koruyucu ruh sağlığının gelişmesi insanlarda neyin korunması gerektiği sorusunun ele alınmasına yol açmıştır. Bunun için normal kavramının ne olduğu ve hangi durumların ruhsal açıdan sağlıklı olduğunun tanımlanması gerekir. Tarihsel gelişim içinde normallik kavramını tanımlamak için geliştirilmiş çeşitli görüşler bulunmaktadır.

Bu Görüşler;

• **Klinik Belirtilerde Normallik;** Bu görüş açısından normallik kişinin hasta olmaması anlamına gelir. Buna göre, ruh hastalığı, ruhsal bozukluk semptomlarının tanımlandığı ve organik nedenlerden kaynaklanan biyolojik bir bozukluktur.

• **İstatistik Boyutta Normallik;** Bu görüş açısından istatistiksel olarak çoğunluğa uyan ve çan eğrisinin iki aşırı ucunda kalmayan kişi normaldir. Buna göre normal davranış, toplumun çoğunluğu tarafından kabul edilen ve varolan davranışların toplamıdır. Tutum, tavır, davranış, inanç ve görüş bakımından yüksek frekansı olan durumlar normaldir.

• **Genel Sistemler Kuramı Açısından Normallik;** Bu görüşe göre; normallik bir süreçtir ve normal davranışlar etkileşen durumların sistematik bir sonucudur. Normallik zamana, yere ve ilişkilerin anlamına göre değişir, kültürlere ve yaşam dönemlerine bağlı olarak farklılaşır. Sürdürülen tutum ve yaşantılar toplumun diğer yaşam birimlerini ve/veya bütünü tehdit etmedikçe normallik sınırları içinde değerlendirilir (12, 35, 57).

Günümüzde modern tıbbın temelini oluşturan biyo-psiko-sosyal modele göre, Dünya Sağlık Örgütü sağlığı; ‘Hastalık ve sakatlığın olmaması, bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik hali’ olarak tanımlamaktadır. Bedenen sağlıklı olmak, sağlığın yalnızca bir boyutudur. Ruhsal ve sosyal açıdan sağlıklı olmak ise birbiriyle sıkı sıkıya bağlı ve bedensel sağlığı da etkileyen kavramlardır. Başka bir deyişle ruh sağlığı; ‘bireyin içinde ve dışında bulunan dünya ile barış içinde olması, sürekli denge, düzen ve uyum sağlayabilmek için gerekli çabayı sürdürebilmesi’ olarak tanımlanabilir (12, 21, 23).

Ruh sağlığı; toplumsal yaşamın gereklerine göre, kişinin kendisine ve çevresine doyurucu bir uyum sağlamasıdır. Ginsburg; ruh sağlığının hayatın üç kritik alanıyla çok belirgin bir ilişkisi olduğu belirtmiştir. Söz konusu üç alan eř ilişkileri, iş ilişkileri ve zevk alınan eğlence biçimidir. Bu yaklaşıma göre ruh sağlığı, bir aile kurmak, iş hayatını sürdürebilmek, hayattan zevk alarak ve hoşlanarak yaşamaktır.

Ruhsal açıdan sağlıklı olmanın klinik tanımında değişik ölçütler vardır;

- ◆ çevreye uyum sağlayabilme
- ◆ Bireyde aşır bunalımın (anksiyete) ya da başka psikiyatrik belirtinin olmaması
- ◆ Bireyin id, ego ve superego arasındaki dengeyi kurabilmesidir (12, 57).

Ruhsal hastalık; Dünya Sağlık rgtnn psikiyatri ve ruh hastalıkları sözlüğüne göre; “konjenital veya sonradan gelişen akıl hastalıklarının ayrıntılı olmayan genel tanımlarıdır” şeklinde tanımlanmaktadır. Bireyin duygu, düşünce ve davranışlarında değişik derecelerde, tutarsızlık, aşırılık, uygunsuzluk, yetersizlik olmasıdır. Her kişide tutarsız, uygunsuz, aşır, yetersiz davranışlar görülebilir. Hasta sayılabilecek kişide bu özelliklerin az çok şu nitelikleri taşıması gerekir; sürekli ya da yineleyici olması, bireyin verimli çalışmasını bozması, kişilerarası ilişkilerini bozması (35, 57).

Ruh sağlığını koruma; bireyin kendi kişiliğini korunması ve diğer bireylerin kişiliğine saygı duyması, kendisinin ve diğer bireylerin sınırlarını tanınması, davranışının nedensel sınırlarını tanınması ve davranışların bütün kişiliğin işlevi olduğunu bilmesi, temel gereksinimlerin davranışları yönlendirdiğini anlaması ile sağlanabilir. Fiziksel hastalık, beden yok olmamak amacıyla yabancı maddelere verdiği savaş, ruhsal hastalık ise daha büyük ruhsal dengesizliklere karşı kişiyi koruyan bir savunma mekanizmasıdır. İ güvenliği gerçek ya da potansiyel olarak tehdit eden durumlara karşı gösterilen tepkiler, örneğin içe kapanma, anksiyete, yorgunluk, isteksizlik, çeşitli psikolojik kökenli korkular vb. bir korunma tepkisidir. Ruhsal sorunlar kendilerini

psikolojik bir belirti ile gösterebileceği gibi ülser, astım, migren vb. fiziksel bir hastalık olarak da gösterebilir (27, 46, 62).

Ruhsal hastalıklar kronik sağlık sorunları içerisinde önemli bir yer tutmaktadır. Kişinin ruhsal durumu, psikiyatrik sorunlara yol açtığı ölçüde genel sağlığını da etkileyen sorunların kaynağıdır. Ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesi 2000'li yıllara girerken toplumların yön vermek ve organize etmek istedikleri en temel sağlık sorunlarından birisidir. 1998 Dünya Sağlık Örgütü Raporuna göre; ruhsal bozukluklar, mortaliteye pek az yol açmakla beraber hastalıkların küresel faturasının artmasına ve fiziksel hastalıklara göre daha fazla iş günü kaybına yol açmaktadır. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporuna göre; Türkiye'de ruhsal hastalık görülme oranının %17.2 olduğu, kadınlarda ruhsal rahatsızlık görülme oranının erkeklerin iki katı olduğu, ruhsal hastalık varlığının belirgin olarak iş gücü kaybına yol açtığı ve bu kaybın bedensel hastalığı olanlara göre daha fazla olduğu belirlenmiştir (75, 27, 62).

Bütün bu açılardan değerlendirildiğinde, ruhsal hastalıklar yaşam kalitesini pek çok yönden etkilediği için önemli bir sağlık sorunudur. Dolayısıyla, ruhsal hastalıkların belirlenmesi ve tedavisi, tek tek insanların sorunlarını çözmenin ötesinde, çalışan nüfusun verimini de arttıracaktır. Günümüzde ruhsal hastalıklar konusundaki araştırmaların önemli bir yönünü hastalıkların oluşmasını önleyecek ve gelişmesine engel olacak çalışmalar oluşturmaktadır (10, 12, 27).

4.2.2. RUH SAĞLIĞINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Bireylerin ruh sağlığı üç noktanın etkileşimi sonucu belirlenir; kalıtım, gelişim basamakları, çevre ve insan. Yaşayan her canlı çevresiyle etkileşim halindedir ve çevreye kendini uydurma becerisine sahiptir. Kişinin çevreye uyum çabaları yetersiz kaldığında ruhsal hastalıkların oluşma sürecinin arttığı görülür. Ruhsal hastalıkların oluşmasında etkili faktörler arasında; cinsiyet, evlilik, aile, iş yaşamı, eğitim, kültürel yapı, sosyo-ekonomik sınıf, yaşanan çevre vb. pek çok etken akla gelir (12, 21, 46, 62).

Dış uyaran organizmanın uyum sağlayabileceğinden daha fazla ya da daha düşükse organizmanın ana yapısını ve dengesini bozar. Bu aşırı veya eksik uyaran stres olarak ifade edilir. Stres organizmanın fiziksel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ile ortaya çıkan bir durumdur. Genellikle çok etkenlidir ve organizmanın dengesini değiştirerek fonksiyonel ve/veya yapısal patolojilere öncülük eder (10, 46, 24).

Stres; bireyin iç ve dış ortamlardaki değişiklikleri tehlike olarak algıladığı, uygun kaynaklara sahip olduğunda uyum gösterdiği ve dengesini sürdürdüğü, kaynaklar yeterli olmadığında uyum ve dengesinin bozulduğu dinamik bir süreçtir. Bireylerin stres düzeylerinde farklılıkların görülmesinde; bilişsel değerlendirme, başa çıkma mekanizmaları, uyaranların süresi, şiddeti ve anlamı, yaşanan benzer deneyimler, kişilik özellikleri, durum üzerindeki kontrol algısı, sağlık durumu gibi “kişiye özgü psikolojik faktörler” rol oynamaktadır (63, 38, 24, 31).

Stresör; birey veya organizmanın uyumunu bozan, stres yaşanmasına neden olan, iç/dış ortamdaki kaynaklanan uyaranlardır. Bunlar fiziksel, psikolojik, toplumsal, bilişsel, fizyolojik, çevresel ve iş stresörleri olarak gruplanabilmektedir. Stresörlerin etkisi bazı durumsal faktörler, fiziksel çevre, stresörlerle ilgili önceki deneyim, genel sağlık durumu, ego gücü, benlik saygısı, yaş, yaşam dönemi, dünyaya bakış açısı ve varolan başa çıkma kaynaklarına bağlıdır (63, 38, 24).

Bireyin tehdit olarak algıladığı ya da tehditle karşı karşıya kaldığı durumlarda sempatik sinir sisteminin faaliyeti önemli ölçüde artar. Bir tehlike ile karşılaşan birey,

başa çıkamayacağına inandığı tehlikeden uzaklaşmaya çalışır, başa çıkacağına inandığı tehlike ile savaşı ve böylelikle yeni duruma uyum sağlar. Organizmanın tehdit karşısında olduğu stres durumlarında bireylerde bedensel düzeyde stres tepkisi oluşur. Bu tepki; organizmanın dengesini bozma tehlikesi gösteren dış uyarana otonom sinir sisteminden yöneltilen “kaçma veya savaşıma” tepkisidir. Bir olayın stres verici niteliğinden bahsedebilmek için, yaşamın devamlılığını sağlamaya yönelik bu klasik tepki zincirinin oluşması gerekmektedir (10, 12, 38, 24).

Organizmanın strese tepkisi üç aşamada gerçekleşir; alarm reaksiyonu, direnç dönemi ve tükenme dönemi. Bu açıdan psikosomatik sorunların ortaya çıkmasında önemli olan faktörler; stresin şiddeti, kronikleşmesi ve strese verilen tepkinin hangi aşamada olduğudur (10, 63, 38, 24).

Stresörler her zaman olumsuz yapıda olmazlar, uyumun sürdürülebilmesini sağlayan durumlar “eustres”, patolojik durumlar “distres” olarak ifade edilmiştir. Stresörlerin ortaya çıkmasında ve düzeylerinin belirlenmesinde kişiye özgü psikososyal değişkenler rol oynamaktadır. Fizyolojik olarak organizmada belirli bir uyarana karşı özelleşmemiş bir tepki zinciri faaliyete geçerken, psikolojik olarak durumun stres niteliği kazanması özel faktörlere bağlıdır. Aynı uyarılar, bütün bireyler tarafından aynı biçimde yorumlanmaz ve bazı insanlar için stres kaynağı olan durumlar bazıları için böyle bir anlam taşımaz. Stresli birey-çevre ilişkileri ile stresin orta-uzun süreli sonuçlarında bilişsel değerlendirme önem taşımaktadır (10, 12, 63, 38).

Günümüzde insan yaşamını tehdit eden hastalıkların ortaya çıkmasında stresin önemli bir faktör olduğu belirlenmiştir. İnsana stres tepkisini yaşatan durumlar;

◆ **Fiziksel çevreden kaynaklananlar:** Hava kirliliği, gürültü, kalabalık, radyasyon, sıcaklık, toz, soğukluk vb.

◆ **İş veya meşguliyet konusundan kaynaklananlar:** Ağır iş, gece işi, parça başına dayanan üretim, aşırı yüklenme, çok hafif iş, zaman baskısı altında çalışma, karar verme güçlükleriyle dolu büyük sorumluluk gerektiren işler, hiçbir şekilde katkı yapmaya imkan bırakmayan işler vb.

◆ **Psiko-sosyal özelliklerden kaynaklananlar:** İnsan yaşamında karşılaşılan sosyal streslerdir. Bunlar; günlük stresler, gelişimsel stresler ve hayat krizleri niteliğindeki streslerdir (10).

Çalışma yaşamı bireyin çalışırken geçirdiği saatleri fazlasıyla aşan ve hayatın her cephesine yayılan bir öneme sahiptir. Bireyin sahip olduğu iş; toplumsal statüsünü, hayattan aldığı doyumunu, ailesine sağladığı imkanları belirler. Freud'a göre insanın sağlığını koruyan faktörler işini ve yaşamı sevmesidir. Teknolojinin hızla geliştiği çağımızda çalışma yaşamı, bireyin bedensel ve ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkileyebilecek bir boyut kazanmıştır. Bu nedenle çalışanın beden ve ruh sağlığını, çalışma yaşamının zararlı etkilerinden korumak çağdaş bilimin temel amaçlarından olmuştur (62, 38, 24).

“Dünya Sağlık Örgütü (WHO)’ne göre iş sağlığı ve çalışma şartları şöyle değerlendirilmektedir; “Her türlü işte çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal refahlarını en üst düzeyde yükseltmek, çalışanların sağlıklarında iş şartlarından kaynaklanan bozulmaları önlemek; çalışanları sağlığa aykırı risk faktörlerinden korumak, her çalışmanı kendi iş çevresinde bedensel ve psikolojik şartlarına uygun yere yerleştirmek ve orada muhafaza etmek” (10, 38, 24).

Ayrıca çalışma ortamının ve yapılan işin bireyin sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin belirlenmesi, çalışma yaşamının yasal, sosyal, ekonomik ve sağlıkla ilgili sorunlarının çözümlenmesine yönelik çaba gösterilmesine neden olmuştur. Bu amaçla Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO)’nun çok taraflı sözleşme ve tavsiye kararları, iş sağlığını geliştiren hedefler doğrultusunda uygulanmaya konulmaktadır. Uluslararası Çalışma Örgütü iş sağlığını, tüm mesleklerde çalışanların; bedensel, ruhsal, sosyal yönden iyilik hallerinin en üst düzeye çıkarılması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi çalışmaları olarak tanımlamaktadır (31).

Hangi nedenle olursa olsun stres altındaki bireyde ruhsal bozukluklar görülebilir. Çalışanın uyum gücüne, iş ve işyeri şartlarının ortaya çıkardığı streslere bağlı olarak da ruhsal hastalıklar ortaya çıkabilir. Çalışanların ruhsal bozukluklarında, üç alana uyum güçlüğü belirtilmiştir. Bunlar;

- ◆ İş uyumu
- ◆ Çevre uyumu
- ◆ Çalışma düzeni uyumudur (24).

Çalışanlarda ruhsal çatışma alanları; işyerinde kişiler arası ilişkiler, yapılan işin çalışanın yaşantısını değiştirmesi ve işin fiziksel etkilerinden kaynaklanabileceği belirtilmektedir. Çalışanın ruh sağlığını etkileyen başlıca konular;

◆ **İş sürecinin fiziksel faktörleri;** İş yerinde uygun olmayan hava sıcaklığı, rutubet, havalandırma, gürültü, aydınlatma, iş yerinin hijyen, temizlik ve düzeni üzerinde durulacak konulardır. Uygun olmayan iş yeri koşullarının psikiyatrik bozuklukların gelişimine olan etkilerini inceleyen çalışmalarda bu etmenlerin minör psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkmasına neden olduğu gözlenmiştir. Fiziksel şartlar elverişli değilse, bedensel olduğu kadar ruhsal bozukluklar da fazla ve şiddetlidir.

◆ **Çalışanda, aynı zamanda bedensel bozukluğa sebep olan fiziksel faktörler;** Bireyin bedenine fiziksel olarak zararlı etki yapan gaz ve buharlar, gürültü, vb. etkenler organik olarak bireye zarar vermelerinin yanında ruhsal bozukluk belirtileri de ortaya çıkarmaktadır.

◆ **İşin organizasyonu ve teknolojik problemler;** Vardiya usulü çalışma, çalışma-dinlenme düzeni ve kaza tehlikesi bu bölüm içinde değerlendirilmektedir. Vardiya çalışması bedenin normal çalışma ritmi ile çeliştiği için kronik yorgunluğa ve bireyin aile ve sosyal yaşamının bozulmasına sebep olur. Yapılan araştırmalar gece vardiyası çalışanlarının kendilerini sürekli yorgun, huzursuz, sinirli ve gergin hissettiklerini ve vardiya düzeninde çalışma süresi uzamasıyla sağlık problemlerinin görülme olasılığının arttığını göstermiştir.

◆ **İş faaliyetlerinin psikolojik özellikleri;** İş ritmi ve temposu, monotonluk. Çalışanın yapacağı iş miktarının çokluğu veya işin kişinin gücünü aşacak kadar zor olması durumunda bireyin beden ve ruh sağlığının bozulması kaçınılmazdır.

◆ **İş yerinin ergonomik sisteme uygunluğu;** Çalışma düzeninin ergonomi kurallarına uygunluğu çalışanların ortamdaki risk faktörlerinden etkilenmesini azaltır. Ergonomik açıdan çalışma ortamındaki başlıca riskler; Biyolojik riskler (enfeksiyon), kimyasal riskler (kimyasal ajanlar, antineoplastik ajanlar, anestezi gazları, temizleme ve sterilizasyon solüsyonları, ilaçlar, sabunlar vb.), çevresel riskler (kaygan zemin, kötü dizayn vb.), biyomekanik riskler (tekrarlayıcı hareketler, titreşim, ağır yük kaldırma vb.).

◆ **İş yerinde kişilerarası ilişkilerin etkisi;** Amirlerle çatışma, rol çatışması, rolde belirsizlik, çok fazla sorumluluk yüklenme iş hayatında strese yol açan başlıca durumlardır (10, 24, 63, 38, 42, 78, 9).

İş stresi; bireyi normal fonksiyonlarından saptıran, psikolojik veya fiziksel davranışlarını değiştiren, işle ilgili etkenler sonucunda oluşan psikolojik bir durumdur. İş stresi; bireyin karşılayamayacağı talepler ve gereksinimlerini karşılamadaki yetersiz arzlar nedeniyle bireyde risk oluşturabilir. Çalışan bireyin sağlığı, genel faktörlerden etkilendiği gibi daha fazla oranda çalışma ortamından, koşullarından ve iş yerindeki kişilerarası ilişkilerden kaynaklanan risklerden etkilenmektedir. Günümüzde çalışan birey, hangi statüde olursa olsun önemli ruhsal baskılar altındadır. Bireyin bu baskılara karşı gösterebileceği tepkiler, ruh sağlığı için bir risk oluşturur. Ruh sağlığı araştırmaları, çalışan bireylerde ruhsal bozukluk olaylarına rastlanma oranının yüksek olduğunu göstermektedir. Ruhsal bozukluklar; bireyin hem genel sağlığının bozuk olmasına hem de ciddi ekonomik ve sosyal kayıplara neden olmaktadır. Yapılan araştırmalarda bazı işlerin diğerlerine oranla daha zorlayıcı özelliklere sahip olduğu belirlenmiştir. Özellikle insanla yüz yüze çalışan öğretmenler, polisler, doktorlar, hemşireler bu riskle en çok karşı karşıya bulunan meslek gruplarıdır (75, 10, 17, 52, 63, 38, 24).

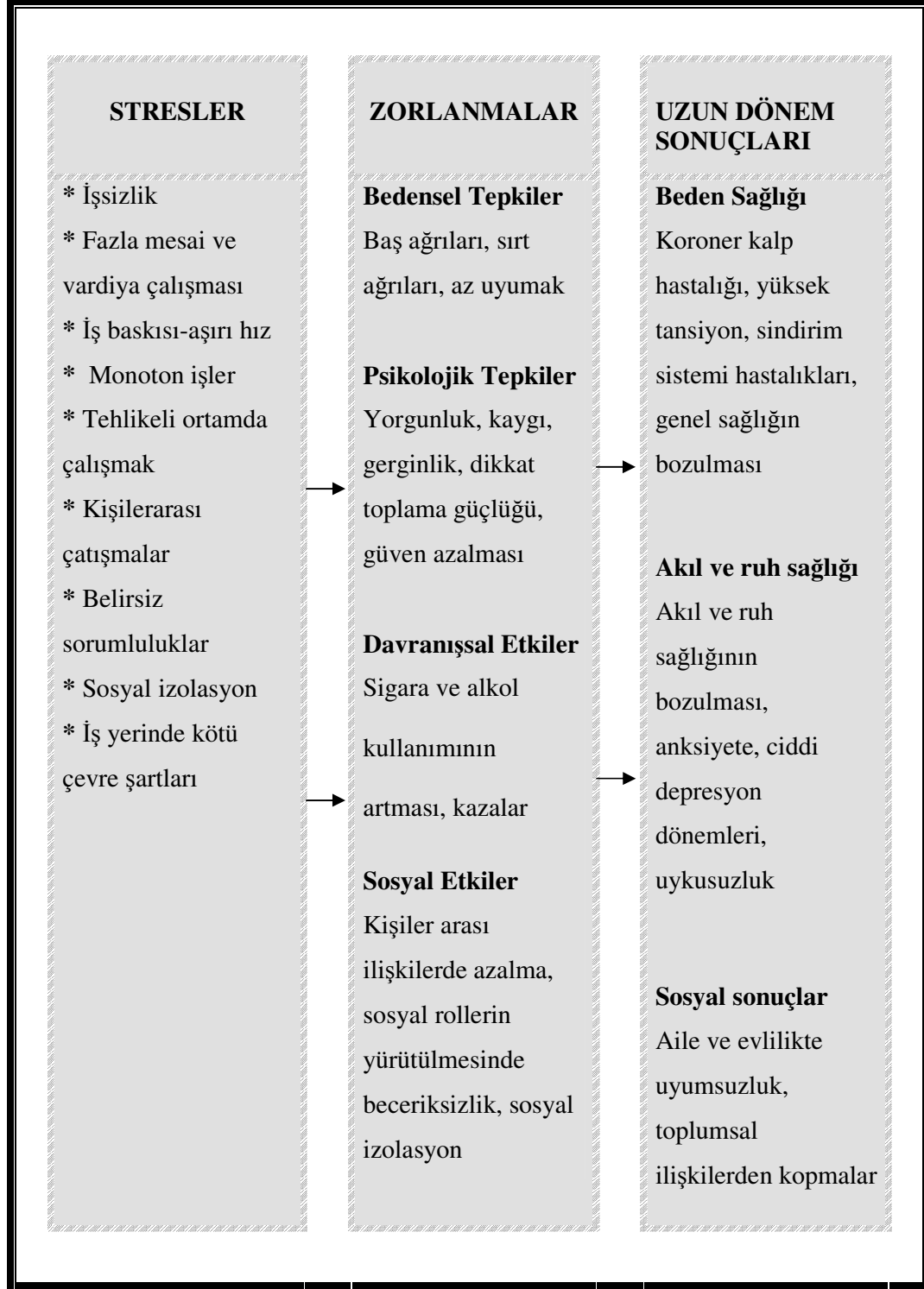
İş hayatı içinde her çalışanın belirli zamanlarda etkilenebileceği son derece çeşitli ve yüksek bir stres potansiyeli vardır. Stresin ruh sağlığı üzerine olan etkisi, günlük yaşama nispeten ılımlı etkileri olan sübjektif belirtilerden işlevselliği bozan önemli psikiyatrik bozukluklara kadar uzanabilir Yapılan çalışmalar yaşam olaylarına göre süregelen zorlanmanın psikolojik bozukluklara neden olma olasılığının daha fazla olduğunu ve kronik, ciddi ve farkına varılan stresin bir çok somatik hastalığın gelişmesine neden oluşturabileceğini düşündürmektedir. Örneğin iş yaşamında zaman sıkışıklığı, yakın denetlenme vb. etmenlerin depresyon, anksiyete ve madde kullanım bozuklukları ile ilişkisi bulunduğu aktarılmaktadır (10, 38, 24, 15).

İş stresleri, yol açtıkları bazı sonuçlarla birlikte özetlenirse;

◆ **Organizasyon ile ilgili semptomların ön belirtileri;** İşten ayrılan çalışan sayısı, işe devamsızlık, üretimdeki kalite sorunları, düşük motivasyon.

◆ **İş yerindeki bireysel iş performansı ile ilgili belirtiler;** Düşük kalitede çalışma, zamanı kötü kullanma, uygunsuz kararlar verme, karar verme zorluğu, sosyal temasın azalması, olağandışı işe gelmeme, yetersiz kişilerarası ilişkiler, davranış değişiklikleri, alkol ve sigara tüketimindeki artmalar.

◆ **Kişisel sağlık sorunları ile ilgili belirtiler;** Baş ağrısı, uykusuzluk, geçmeyen yorgunluk, kendini küçük görme ve güven eksikliği, ağlama, gerginlik (10, 38, 24).



Şekil 1. Stresler, Zorlanmalar ve Bunların Uzun Dönemdeki Sonuçları

Kaynak; Baltaş A., Baltaş Z: Stres ve Başaçıkma Yolları, Remzi Kitabevi, 22. Basım, İstanbul, 2004.

Şekil 1’de görüldüğü gibi bireysel iyi oluşla ilgili yakınmalar, stresin en erken belirtilerini oluştururken uzun dönemde psikolojik sonuçlar, anksiyete ve depresyon olarak kendini gösterebilmektedir. Anksiyete ve depresyon yaşam streslerine karşı verilen normal psikolojik yanıtın parçalarıdır. Temel sağlık hizmetlerinde ruhsal bozukluklarının görülme oranının %20-30 arasında değiştiği ve bunların büyük kısmını depresif bozuklukların ve anksiyete bozukluklarının oluşturduğu bildirilmektedir (10, 24, 19).

Depresyon terimi hafiften şiddetliye ve geçiciden kalıcıya değişen duygudurum bozukluğu spektrumunu tanımlar. Kelime olarak “çöküş” anlamındadır ve belirli bir düzeyden alçalmayı ifade eder. Depresyon; üzüntü duygusuna bireyin etkinliğini ve günlük hayatını etkileyen, duygusal, zihinsel ve davranışsal belirtilerin eşlik ettiği bir durumdur.

Depresyonun iki temel belirtisi;

- ◆ **Çökkün duygu durum;** Kederli, hüznü, elemli ruh halidir. Bu durum sürekli ve doğal üzüntü ve yas duygularından farklıdır. Herhangi bir durum ya da kişiye bağlı olmayan genel bir neşesizlik, umutsuzluk, mutsuzluk duygusu biçimindedir. Birey ara sıra kendini iyi hissetse bile, bu durum kısa süreli olur.
- ◆ **İlgi, istek azalması ve/veya hiçbirşeyden zevk alamama;** Birey daha önce zevk alarak yaptığı etkinliklerden zevk alamamaya başlar. Genel bir isteksizlik vardır (10, 20).

Depresyonun bu iki temel belirtisinin yanı sıra yorgunluk, enerji azalması, bitkinlik, uyku bozuklukları, dikkat toplamada güçlük, iştah bozukluğu, kendine güven azalması, değersizlik ve suçluluk duyguları, ölüm ve intihar düşünceleri, hareket ve konuşmalarda yavaşlama ya da ajitasyon belirtilerinden en az biri görülmektedir. Depresif belirtiler her popülasyonda sürekli dağılım gösterir, ancak klinik anlamlılığı olduğuna karar verilmesi, normal aktiviteler ile etkileştiklerinde ve en az iki hafta boyunca sürdüklerinde koyulan depresif hastalık veya bozukluk tanısı ile gerçekleşir (19, 49).

Depresyonu başlatabilecek psikososyal risk etkenleri; kadın olmak, olumsuz yaşam olayları, sosyal desteğin yetersiz olması, iş yaşamındaki çatışmalar ve doyumsuzluklar, aile sorunları vb. depresyonun ortaya çıkmasında ve süregelen hale gelmesinde büyük rol oynamaktadır. Günümüzde endüstrileşme ve şehirleşmenin getirdiği özel şartların da eklenmesiyle depresyon büyük ölçüde yaygınlaşmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü depresyonun 2020 yılı itibarıyla dünya çapında yeti yitiminin en önemli ikinci nedeni olacağını tahmin etmektedir (10, 49).

Anksiyete; dışarıdan gelen herhangi bir uyarana karşı oluşturulan normal aşan korku duygusu olup, yaygın emosyonel reaksiyonlar ve çaresizlik duyguları ile belirgin olabildiği gibi, fizik ve psişik yakınmalarla maskelenmiş veya birlikte olabilir. Anksiyetenin belirtileri arasında; korku, kaygı, endişe, panik duygusu, aşırı tedirginlik, huzursuzluk, yorgunluk, uykusuzluk, konsantrasyon güçlüğü, nefes almakta güçlük, baş ağrısı, motor gerilim ve huzursuzluk, taşikardi ve aritmiler, göğüste ağrı veya sıkıntı hissi bulunmaktadır (47, 79).

Anksiyetenin nedenleri; gürültü, aşırı yorgunluk, uyumsuz çevre gibi mesleğin getirebileceği olumsuz etkiler ve yaşam koşulları, toplumsal çevrenin değişmesi, kusurlu ebeveyn tutumları, kişiler arası ilişkilerin olumsuz olması vb. yer almaktadır. Belirli gruplar anksiyete bozuklukları için daha duyarlıdır; bunlar kadınlar, gençler, sosyal sorunları olanlar ve geçmişte psikiyatrik sorunları olanlar olarak sıralanabilir. Tedavi edilmediğinde anksiyete; yeti yitiminde artış, sağlık hizmeti kaynaklarında artış ve yaşam kalitesinde bozulmaya yol açabilir. Dünya Sağlık Örgütü'nün Türkiye'yi de kapsayan 15 ülkede yaptığı bir araştırma, anksiyetenin her toplumda belirgin bir işlevsel yeti yitimine yol açtığını; yani anksiyete yaşayan kişilerin işe devam etme, verimli olabilme gibi alanlarda belirgin zorlanma yaşadıklarını göstermiştir (47, 79).

Yoğun bakım hemşireleri mesleklerindeki yüksek stres kaynakları ve kadın cinsinin risk faktörlerini taşımaları nedeni ile potansiyel olarak depresyon ve anksiyeteye yatkın bir gruptur.

İş stresi, kurumda çalışanların sağlığı ve işlerinde yeterliliğini belirlemekte önemli bir veridir. İş stresi ile iş doyumunu kavramları birbiriyle paralellik gösterir. İşin pek çok yönü çalışanlar tarafından olumlu ya da olumsuz olarak iş stresi ve iş doyumunu etkiler. Bireyin gereksinim, istek ve beklentilerinin etkisiyle, işten kaynaklanan olumlu yada olumsuz yönler bireyler tarafından farklı algılanır. İş doyumunu, işe yönelik olumlu bir tutumu ifade etmekle beraber, çalışanların işlerinde karşılaştıkları güçlüklerle mücadele edecek yöntemlere sahip olabilmeleriyle ilgilidir. İş ortamındaki potansiyel stres kaynakları çalışanın dayanma eşiğini aşmamışsa, bireysel ve kurumsal çabalar yeterli ise sorun olmamaktadır. Ancak stresörler sürekli ve yoğun ise bireyin dayanma eşiğini aşıyorsa, bireysel ve kurumsal çabalar yetersiz ise tehlikeli olmaktadır (10, 63, 38, 24, 78).

İş sağlığı denetimleri ile çalışanların iş yerinden kaynaklanan ruh sağlığı sorunları erken dönemde tespit edilerek, iş yaşamında önem taşıyan işe devamsızlık ve ruhsal rahatsızlığın çalışanda ortaya çıkardığı yetersizliği önlemek mümkün olabilir. İş yerlerinde çalışanların ruh sağlığı gereksinimleri, yöneticiler ile çalışanlar arasındaki uyum ve medikal servis çalışması ile etkin bir şekilde düzenlenebilir. Stresi önlemede bireysel ve kurumsal önlemler tek başına yeterli olmadığı için stres yönetimi bireysel ve kurumsal stres yönetimi olarak iki boyutta ele alınmaktadır.

Kurumsal Yaklaşımlar; Bu tür yaklaşımda amaç, organizasyonun kendisinden kaynaklanan stresörleri azaltmaktır. Bu yaklaşımlar organizasyonun yapısına, işbirliği biçimine, karar verme süreçlerine, iş rollerine, işin niteliklerine, çalışanların seçimi ve eğitimine yönlendirilir. Stresi azaltmada organizasyonel girişimler:

- ◆ Çalışanın karar verme fonksiyonunu artırma
- ◆ Organizasyonel iletişimi iyileştirme
- ◆ Çalışana yardım programları ile stresi tanımasını geliştirme
- ◆ İşyerinde çevresel, ergonomik ve güvenlik iyileştirmeleri sağlama (38, 24).

Bireysel Yaklaşımlar; Bu tür yaklaşımlarda amaç, stresin kaçınılmayacak kadar çok olabileceği olaylar üzerinde kontrol kazanmak ve çevreye sağlıklı bir şekilde uyum yapmak için çalışanın beceriler kazanması ve uygulamasıdır. Bireysel yaklaşımlar, çalışanların kendi sağlık davranışlarının sorumluluğunu alması ve stresin istenmeyen sonuçlarını ortadan kaldırmasıdır. Bu yaklaşımlar;

- ◆ Progresif gevşeme,
- ◆ Desensitizasyon ve relaksasyon,
- ◆ Girişkenlik,
- ◆ Otojenik düzenleme,
- ◆ Stres aşılama eğitimi.

Bu konulardaki bilgiler, kendi kendine öğrenme broşürlerinden, yoğun bireysel danışmaya kadar uzanan yöntemlerle verilebilir ya da grup eğitim toplantıları yapılabilir (10, 63, 38, 24).

4.2.3. YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ HEMŞİRELERİNDE RUHSAL DURUMU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Yoğun bakım üniteleri karmaşık örgütsel yapıları ve verdikleri hizmetlerin niteliğinden dolayı işle ilgili stresörler açısından diğer iş ortamlarından farklılık göstermekte ve yoğun bakım hemşireleri diğer meslek çalışanlarına göre daha yüksek düzeyde stres yaşamaktadır. Hemşireler kardiyak arrest, ölüm ve tıbbi felaketleri gözler. Bu da tamamıyla yerini otomatik uyarılmaya ve psikolojik savunmaya bırakır. Buna bağlı olarak yoğun bakım hemşirelerinde yüksek oranda anksiyete, depresyon ve tükenmişlik görülebilir (11, 73, 45, 15, 66).

Yoğun bakım ünitelerinde stres kaynakları;

- ◆ Ünite yönetimi
- ◆ Kişiler arası ilişkiler
- ◆ Hasta bakımı
- ◆ Bilgi ve yetenek
- ◆ Fiziksel çalışma ortamı
- ◆ Yaşam şartları
- ◆ Yönetimsel ödüller (9).

Bir başka çalışmada yoğun bakım çalışanları için stres kaynaklarının; çalışma temposunun hızlı oluşu, işleri çabuk yapma zorunluluğu, üstlendikleri klinik sorumlulukların meslektaşlarına göre fazlalığı, bakım verdikleri hastaların prognozlarının kötülüğü, çalışma ortamındaki uyaranların fazlalığı olduğu belirtilmiştir (74).

Bireyin gereksinimlerine cevap vermeyi amaçlayan hemşirelerin görev alanlarından biri olan yoğun bakım ünitesi çoğunlukla terminal dönemde bulunan, yoğun stres altında olan hasta ve yakınlarına hizmet vermektedir. Yoğun bakım ünitelerinde tedavi gören hastaların fiziksel ve ruhsal durumlarında hızlı değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Bu hastalarla ilgilendiği için yoğun bakım hemşiresinin çalışması karmaşık ve önceden belirlenemez durumdadır. Yoğun bakım hemşiresi hastalardaki ani değişimleri izlemek, doktoru uyarma, doktor olmadığında birkaç dakika içinde hastaya müdahale etme zorunluluğunu taşır. Bu da sürekli dikkat etmek, uyanık olmak, sürekli ritim izlemek demektir. Dolayısıyla yoğun bakım ünitesi her an acil hasta kabulü ve acil tedavi ve bakım girişimlerine hazır olması gereken çalışanlar için oldukça stresli bir ortamdır. Bu sorunlar yoğun bakım birimlerinde çalışan sağlık görevlilerinin baş etmede zorlanmaları ve uyum güçlükleri yaşamalarına neden olabilmektedir (9, 66).

Yoğun bakımda yatan hastaların mortalitesi %25-50 arasında değişmektedir. Hastaların problemleri daha ağır ve ölümcüldür. Bu da yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ölüm olayı ile sık karşılaşmaları ve bu durumla ilgili kaygılarının artmasına neden olmaktadır. Hemşirelik eğitiminde yaşamın uzatılmasının amaçlanması ancak hemşirenin ölümcül hasta karşısında engellenmiş olması ikilem yaşamasına ve başarısızlık ve suçluluk duymasına neden olmaktadır. Ayrıca terminal dönemdeki hasta ve ailesi öfkelerini hemşireye yansıtırlar. Bu yüzden terminal dönemdeki hasta bakımı ve hastanın ölümü yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşireler için oldukça önemli bir stres etkenidir (58, 61, 70).

Yoğun bakım hemşirelerinin sık sık vardiya ve nöbetler nedeniyle uyku düzenlerinin bozulması da stres yaşamalarına sebep olmaktadır. Yapılan araştırmalar vardiyalı çalışma düzeninin çalışanın normal biyolojik, psikolojik ve sosyal yaşamını ciddi biçimde bozduğunu, gece vardiyasında çalışan hemşirelerin zihinsel işlevlerinin etkilendiğini, kronik yorgunluk yaşadıklarını, zaman içinde kişinin kendisini sürekli olarak yorgun, huzursuz, sinirli ve gergin hissettiğini ortaya çıkarılmıştır (10, 11, 77).

Ayrıca yoğun bakım ünitelerinde aşırı iş yükü vardır. İdeal olan her hastaya 24 saat için bir hemşire ayırabilmektir. Kabul edilen orta sınır iki yatağa bir hemşire, alt sınır üç yatağa bir hemşire bulunduraktır. Bu standartlara göre, ülkemizde birçok yoğun bakım ünitesinde hemşire sayısı yeterli değildir. Bu nedenle bir hemşirenin üzerine fazla iş yüklenmesi ve çok fazla iş beklenmesi de iş yükünü artıran bir nedendir. Bu da yoğun bakım hemşiresinde strese yol açan durumlardan biridir (68, 60, 64).

İş yerinin konforu, bedensel sağlıkta olduğu kadar ruh sağlığında da önem taşımaktadır. Aydınlatma, sıcaklık ve havalandırma, mümkünse güneş ve doğal ışık alma, teknolojik donanımın ergonomi koşullarına uygunluğu, çalışma ortamının kalabalık olmaması önemlidir. Uygun olmayan fiziksel koşullarda çalışmak stresli olmaktadır. Fiziksel çalışma koşullarından kaynaklanan stres yapıcılar temel olarak aydınlatma ve gürültüdür. Yoğun bakımda fiziksel ortamda bulunan nahoş kokular,

çeşitli alarm ve ışıklar, hastaların solunum sesleri, çeşitli gürültüler, kapalı bir ortam oluşu da yoğun bakım hemşiresi için önemli stres etkenleridir (24, 42, 37, 64).

İş hayatının doğurduğu en önemli stres kaynaklarından birisi de insanlar arası ilişkilerdir. İş hayatında strese yol açan başlıca durumlar; amirlerle doğrudan çatışma, rol belirsizliği ve rol çatışması, çok fazla sorumluluk taşıma, kesin zaman sınırlamaları, aşırı çalışmak olarak belirlenmiştir. Yoğun bakım ortamı hastanenin diğer servislerine göre daha iyi bir ekip çalışmasını gerektirmektedir. Bu yüzden hemşirelerin meslektaşlarıyla, hekimlerle, yardımcı sağlık elemanları ile hasta ve ailesiyle ve diğer sağlık ekibi üyeleriyle ilişki ve iletişimleri daha fazladır. Dolayısıyla ilişkilerin herhangi birinde yaşayacağı bir uyumsuzluk yoğun bakım hemşiresi için önemli bir stres etkenidir. Özellikle hekim hemşire ilişkileri bozuk, düzensiz ve sınırları belirsiz bir görev ve kişiler arası ilişkiler üzerine kurulmuş ise çatışma yaratmakta ve strese neden olmaktadır. Ayrıca hemşireler bakım vermenin dışında; sekreter, diyetisyen, teknisyen vb. rollerini de yerine getirmektedir. Bu da zaten yüklü olan sorumluluklarını daha da artırmaktadır. Yoğun bakımda ise bu görevlere ek olarak monitör izleme, EKG çekme, ani durum değişikliklerini değerlendirerek müdahale etme gibi görevler de ilave edilmiştir. Bu kadar iş yükü karşısında yoğun bakım hemşiresinin stres yaşamayı kaçınılmaz olacaktır (10, 38, 24, 64).

Bu kadar çok sorumluluğu olmasına karşılık yeterince yetki verilmemesi, servis ya da hasta için alınacak kararlara katılımlarının engellenmesi ya da adil bir performans değerlendirmesinin yapılmaması da birer stres etkenidir (38, 24, 64).

Yoğun bakım üniteleri karmaşık teknoloji ve ağır hastalara bakım verilmesi sebebiyle çok stresli bir ortamdır. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler, sıklıkla emosyonel ve fiziksel risklerle karşı karşıya kalırlar. Yoğun bakım ünitesinde yaşadıkları emosyonel ve fiziksel zorlanmalarla ilgili duygularının paylaşıldığı destek gruplarında hemşireler; içsel ve çevresel kaynaklı stresörleri tanımlamayı, uygun başa çıkma yollarını kullanmayı ve durum üzerinde kontrol sağlamayı öğrenebilirler. Bu da hemşirelerin ruhsal sağlığını korumada etkin olabilir.

Konsültasyon Liyezon psikiyatrisi yaklaşımı, psikiyatrik morbiditenin ve psikososyal sorunların en fazla olduğu, acil psikiyatrik müdahalelerin gerektiği, servis çalışanlarının baş etme güçlüğü çektikleri yoğun bakım ünitelerinde öncelik taşımaktadır. Çalışma alanı birincil korumadan, tedavi ve rehabilitasyona kadar geniş bir yelpazeye sahip olan konsültasyon liyezon psikiyatri hemşiresi, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin; hasta ve aile ile iletişimlerine, klinik problemlerin analizi, yas, anksiyete, kriz gibi konularda hemşirelere bilgilendirilmesinde, hemşirelerin kişisel ve mesleki benlik saygısını geliştirmeye ve ilerletmeye, çözümlenemez konuların kabulü ve bunlarla baş etmeyi öğrenmelerinde yardımcı olabilir (15, 37, 20).

Çalışma ortamından kaynaklanan ve dolaylı etki sonucu gelişen “psiko-sosyal sorunlar”, çözümü için çaba gösterilmesi gereken mesleğe özel sorunlar olarak kabul edilmektedir. Çalışanların ruh sağlığını artırmaya, riskleri azaltmaya ve ortadan kaldırmaya yönelik pozitif yaklaşım için işle ilgili politika ve prosedürleri oluşturmak önemlidir. İş tanımının yapılması, işyerindeki sağlık risklerinin ve işi etkileyen sağlık semptomlarının gözden geçirilmesi yol gösterici olacaktır.

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin, ruhsal durumlarını etkileyen faktörleri belirlemek ve genel ruhsal sağlık durumlarının çalışma ortamından kaynaklanan risk faktörleriyle ilişkilerinin ortaya çıkarılması amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmış, Kasım 2005-Ocak 2006 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

5.2. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, İstanbul'daki bir üniversitenin iki tıp fakültesi hastanesinin kardiyoloji, acil, yenidoğan, cerrahi, nöroşirurji, nöroloji, kalp ve damar cerrahisi, ortopedi ve çocuk yoğun bakım ünitelerinde çalışan 166 hemşire oluşturmuştur.

5.3. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini, evreni oluşturan 166 hemşireden çalışmaya katılmayı kabul eden 158 hemşire oluşturmuş olup, olasılıksız örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

5.4. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından, literatür bilgisine dayalı olarak geliştirilen, demografik özellikleri ve çalışma ortamının özelliklerini içeren "Anket Formu" (Ek:1) ve David Goldberg tarafından 1972 yılında geliştirilen, Cengiz Kılıç tarafından 1996 yılında toplum taramalarında kullanılacak geçerli ve güvenilir testler olduğu gösterilen 'Genel Sağlık Anketi-28' (GSA-28) (Ek:2) kullanılmıştır.

5.4.1. Anket Formu

Araştırmacı tarafından literatür bilgilerine dayalı olarak geliştirilen ve 24 sorudan oluşan anket formu, uzman görüşüne sunulmuş olup, gerekli düzenlemelerden sonra, uygulamaya geçilmiştir. Hemşirelerin yaş, medeni durum, eğitim durumu, çocuk sayısı gibi demografik verileri elde etmek ve çalıştığı kurum, meslekteki çalışma süresi, yoğun bakım ünitesinde çalışma süresi, çalışma şekli ve çalışma şeklinin sosyal yaşamlarını etkilemesi, yoğun bakım ünitesinde çalışmayı seçme nedeni ve ünitenin uygunluk durumu, ünite ile ilgili hizmet içi eğitim alma durumları, çalıştığı kurumun sosyal olanakları, çalıştığı üniteden memnuniyet durumu ve memnuniyetsizlik nedenleri, çalıştığı üniteye karşı karşılaştığı güçlükler karşısında takındığı tavırları öğrenmeye yönelik sorular sorulmuştur.

5.4.2. Genel Sağlık Anketi-28 (GSA-28)

Genel Sağlık Anketi, Goldberg tarafından 1972 yılında geliştirilmiş olup, anketin Türkiye’de geçerlik ve güvenirlik çalışması, Kılıç tarafından 1996 yılında yapılmıştır. Kılıç’ın yaptığı çalışmada GSA-28’in güvenirliği (Cronbach’s alpha) 0.94, kesme noktası “5” için duyarlılığı %73.7 olarak bulunmuştur.

GSA-28 toplumda ve psikiyatri dışı klinik ortamlarda karşılaşılan ruh sağlığı sorunlarını saptamayı amacıyla oluşturulmuş, bireyin kendisinin doldurduğu bir tarama testidir. Kısa ve uygulaması kolay bir test olup ruhsal sorunu olduğu halde, bireyi psikiyatri dışı bir kliniğe başvurmaya yöneltecek türden rahatsızlıkları saptaması amaçlanmıştır. Anket her biri yedi maddeden oluşan dört alt bölümden oluşmaktadır. Bu bölümler; somatik semptomlar, anksiyete ve uyku bozuklukları, sosyal fonksiyonda bozulma ve ağır depresyondur. Yapılan çalışmalar alt ölçeklerin birbirinden bağımsız olmadığını belirlemiştir.

28 maddeden oluşan ölçek, her bireyin son zamanlardaki yakınmasının olup olmadığına dair bir sorudan ve “her zamankinden azdan” “her zamankinden çok daha fazlaya” uzanan dört maddeli cevaptan oluşmaktadır. Dört maddeli cevap skalası,

Goldberg tarafından geliştirilen “GSA tipi puanlama” yöntemi olan ilk iki maddenin negatif, son iki maddenin pozitif olarak puanlandığı iki maddeli bir ölçek olarak kullanılmıştır. Buna göre a,b maddeleri “(0) sıfır”, c,d maddeleri “(1) bir” olarak alınmıştır.

Dört maddeli cevabın uçtaki veya ortadaki cevabı işaretleme eğilimini önleme gibi bir yararı vardır. Uygulama sonrasında en az 0, en çok 28 puan alınabilmekte olup, bu puanın fazla olması ruhsal sağlıktaki rahatsızlık olasılığını artırmaktadır.

5.5. Verilerin Toplanması

Çalışma yapılmadan önce çalışmanın yapıldığı kurumların yetkili makamlarından araştırma için yazılı izin alınmış ve hemşire sayıları elde edilmiştir. Bilgi formu ve Genel Sağlık Anketi –28’den oluşan veri toplama araçları gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra hemşirelere verilerek doldurmaları istenmiştir. Araştırmaya katılma kişilerin isteğine bırakılmıştır. Anket formunun toplanması sırasında varsa eksikler belirlenmiş ve yerinde yeniden değerlendirmeye gidilmiştir. Veri toplama araçlarının cevaplama süresi ortalama 10 dakikadır. Veriler araştırmacı tarafından toplanılmıştır.

5.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular istatistiksel analizler için bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Çalışma verilerinin değerlendirilmesinde yüzdeler hesaplama, student t testi, ki kare testi, Anova varyans analizi, kruskal-wallis varyans analizi kullanılmıştır.

6. BULGULAR

Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ruhsal durumlarının değerlendirilmesi ve ruhsal durumlarını etkileyen risk faktörlerini belirlemek üzere tanımlayıcı olarak planlanan, Kasım 2005–Ocak 2006 tarihleri arasında toplam 158 hemşire ile gerçekleştirilen araştırmamızdan elde edilen bulgular dört bölümde ele alınmıştır;

1. Hemşirelerin bireysel özellikleri
2. Hemşirelerin çalıştıkları bölüm ile ilgili özellikler
3. Hemşirelerin çalıştıkları bölüme ilişkin düşünceleri
4. Hemşirelerin ruh sağlığı durumlarına ilişkin bulgular.

6.1. HEMŞİRELERİN BİREYSEL ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ BULGULAR

Bu bölümde hemşirelerin yaş, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, daha önce önemli bir psikolojik sorun yaşama durumu ve destek alma durumu ile ilgili bulgular verilmiştir.

Tablo 1 incelendiğinde araştırma kapsamına alınan 158 hemşireye ait bireysel özellikler görülmektedir.

Tablo 1: Hemşirelerin Bireysel Özelliklerine Göre Dağılımı

Bireysel Özellikler		N =158	n	%
Yaş	25 ve ↓		26	16.5
	26-30		79	50.0
	31 ve ↑		53	33.5
Medeni Durum	Evli		72	45.6
	Bekar		86	54.4
Çocuk Sayısı	Yok		119	75.3
	1 Çocuk ve ↑		39	24.7
Eğitim Durumu	SML		15	9.5
	Ön Lisans		45	28.5
	Lisans		81	51.2
	Yüksek Lisans/Doktora		17	10.8
Daha Önce Psikolojik Sorun Yaşama Durumu	Yaşayan		13	8.2
	Yaşamayan		145	91.8
Psikolojik Destek Alma Durumu N = 13	Alan		9	69.2
	Almayan		4	30.8

Tablo 1’de görüldüğü gibi, hemşirelerin bireysel özelliklerinin dağılımına bakıldığında; % 50’si (n=79) 26-30 yaş grubunda olup, % 54.4’ü (n=86) bekindir ve %75.3’ü (n=119) çocuk sahibi değildir. Hemşirelerin %51.2’si (n=81) lisans mezunu

olarak çoğunluğu oluşturmaktadırlar. Hemşirelerin % 91.8'i (n=145) psikolojik bir sorun yaşamadığını belirtmiş olup, psikolojik sorun yaşayanlardan % 69.2'si (n=9) destek aldıklarını belirtmişlerdir.

6.2. HEMŞİRELERİN ÇALIŞTIKLARI BÖLÜM İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİ

Bu bölümde, hemşirelerin çalıştıkları bölüm, çalışma nedeni, meslekte ve yoğun bakım ünitesinde çalışma süresi, çalışma şekli, aynı sistemle çalışma süresi, bir ayda tutulan gece nöbeti sayısı, bir nöbette sorumlu olunan hasta sayısı gibi çalıştıkları bölümle ilgili bulgular verilmiştir.

Hemşirelerin çalıştıkları bölüm ile ilgili özellikler Tablo 2'de görülmektedir.

Tablo 2'de görüldüğü gibi, hemşirelerin çalıştıkları bölüm ile ilgili özelliklerinin dağılımına bakıldığında; hemşirelerin %63.9'unun (n=101) tayin atama/atama nedeni ile, %36.1'inin (n=57) kendi isteği ile yoğun bakım ünitesinde çalıştıkları saptanmıştır.

Hemşirelerin çalıştıkları bölümler incelendiğinde; %26.6'sının (n=42) cerrahi yoğun bakım ünitesinde, %14.6'sının (n=23) çocuk yoğun bakım ünitesinde ve aynı oranda yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalıştığı saptanmıştır.

Hemşirelerin meslekte çalışma süreleri incelendiğinde; %32.3'ünün (n=51) 2-5 yıl arasında, %31.6'sının (n=50) 9 yıl ve üzerinde çalıştıkları tespit edilmiştir.

Hemşirelerin Y.B.Ü'de çalışma süreleri incelendiğinde; %37.3'ünün (n=59) 2-5 yıl arasında, %25.9'unun (n=41) 9 yıl ve üzerinde çalıştıkları belirlenmiştir.

Hemşirelerin çalışma şekilleri incelendiğinde; %84.2'si (n=133) vardiya değişimli çalışmakta olup, %40.5'inin (n=64) 2-5 yıldır bu sistemle çalıştıkları görülmektedir.

Hemşirelerin bir ayda tuttıkları gece nöbeti sayısı incelendiğinde; %69.2'sinin (n=90) 6-8 arasında, %18.5'inin (n=24) 9 ve üzerinde nöbet tuttıkları saptanmıştır.

Tablo 2: Hemşirelerin Çalıştıkları Bölüm ile İlgili Özelliklerin Dağılımı

Özellikler N=158		n	%
Çalışılan Bölüm	Acil	17	10.8
	Çocuk	23	14.6
	Cerrahi	42	26.6
	Nöroloji	5	3.2
	Yenidoğan	23	14.6
	Kardiyoloji	18	11.3
	Nöroşirurji	18	11.3
	Kalp Damar Cerrahisi	7	4.4
	Ortopedi ve Travmatoloji	5	3.2
Ünitede Çalışma Nedeni	Kendi isteği	57	36.1
	Tayin/Atama	101	63.9
Meslekte Çalışma Süresi	1 Yıldan az	18	11.4
	2-5 Yıl	51	32.3
	6-8 Yıl	39	24.7
	9 Yıl ve ↑	50	31.6
Y.B.Ü'de Çalışma Süresi	1 Yıldan az	32	20.3
	2-5 Yıl	59	37.3
	6-8 Yıl	26	16.5
	9 Yıl ve ↑	41	25.9
Çalışma Şekli	Sürekli Gündüz	25	15.8
	Vardiya Değişimli	133	84.2
Aynı Sistemle Çalışma Süresi	1 Yıldan az	37	23.4
	2-5 Yıl	64	40.5
	6-8 Yıl	26	16.5
	9 Yıl ve ↑	31	19.6
Gece Nöbeti/Ay N=130 (*)	2-5	16	12.3
	6-8	90	69.2
	9 ve ↑	24	18.5
Sorumlu Olunan Hasta Sayısı	2-4	97	61.4
	5 ve ↑	61	38.6

(*) Sürekli gündüz çalışan 25 hemşire dışında, üç hemşire de soruya cevap vermemiştir.

Hemşirelerin sorumlu oldukları hasta sayısı incelendiğinde; %61.4'ünün (n=97) 2-4 hastadan, %38.6'sının (n=61) 5 ve üzerinde hastadan sorumlu oldukları saptanmıştır.

Hemşirelerin kurumun sağladığı olanaklardan yararlanma durumlarına ilişkin özellikler Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3: Kurumun Sağladığı Olanaklardan Yararlanma Durumlarına Göre Dağılımı

Kurumun Sağladığı Olanaklar		n	%
Sosyal Olanaklar (#)	Yararlanmayan	21	13.3
	Lojman	119	75.3
	Kreş	81	51.3
	Ulaşım	77	48.7
	Diğer	7	4.4
Hizmet İçi Eğitim Alma Durumu	Alan	121	76.6
	Almayan	37	23.4
	Toplam	158	100.0
Eğitimin Yeterliliği	Yeterli	70	57.9
	Yetersiz	51	42.1
	Toplam	121	100.0
İstenen Eğitim Konuları (#)	YBÜ'ye Özgü Bilgi/Beceri	154	97.5
	Stresle Başa Çıkma	127	80.4
	Kayıp/Ölüm	79	50.0
	Kriz	80	50.6
	Diğer	9	5.7

(#) n katlanmıştır

Tablo 3'te görüldüğü gibi, hemşirelerin kurumun sağladığı olanaklardan yararlanma durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında; hemşirelerin %75.3'ünün (n=119) lojmandan, %51.3'ünün (n=81) kreşten, %48.7'sinin (n=77) ulaşımdan yararlandıkları belirlenmiştir. Sosyal olanaklardan yararlanamayan hemşire grubunun sadece %13.3 (n=21) olduğu görülmektedir.

Hemşirelerin hizmet içi eğitim alma durumu incelendiğinde; %76.6'sının (n=121) hizmet içi eğitim aldığı, %57.9'unun (n=70) aldıkları hizmet içi eğitimi yeterli bulduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin %97.5'i (n=154) bölüme özgü bilgi/beceri, %80.4'ü (n=127) stresle başa çıkma konularında hizmet içi eğitim almak istediklerini belirtmektedirler. Hemşireler almak istedikleri diğer hizmet içi eğitim konularının iletişim ve yoğun bakıma özgü hastalıklar olduğunu ifade etmişlerdir.

6.3. HEMŞİRELERİN ÇALIŞTIKLARI BÖLÜME İLİŞKİN DÜŞÜNCELERİ

Bu bölümde; hemşirelerin üniteyi kendine uygun bulma, çalışma şeklinin sosyal yaşantıyı etkilemesi, çalıştığı üniteden memnuniyet durumu, memnun olmama nedenleri ve çalıştıkları bölümde karşılaştıkları güçlükler karşısında takındıkları tutumlara ilişkin bulgular yer almıştır.

Tablo 4 incelendiğinde çalışma kapsamına alınan hemşirelerin çalıştıkları bölüme ilişkin düşüncelerinin dağılımı görülmektedir.

Tablo 4'te görüldüğü gibi, hemşirelerin çalıştıkları bölüme ilişkin düşüncelerinin dağılımına bakıldığında, %65.2'sinin (n=103) üniteyi kendilerine uygun bulduklarını belirtmişlerdir.

Hemşirelerin üniteyi kendine uygun bulma durumları incelendiğinde; %65.2'sinin (n=103) üniteyi kendine uygun bulduğu, %34.8'inin (n=55) uygun bulmadığı belirlenmiştir.

Hemşirelerin sosyal yaşantılarının etkilenme durumları incelendiğinde; hemşirelerin %72.2'sinin (n=114) etkilendiğini, %15.8'inin (n=25) kısmen etkilendiğini ifade ettikleri saptanmıştır.

Hemşirelerin çalıştığı üniteden memnuniyet durumu incelendiğinde; %50.6'sının (n=80) üniteden kısmen memnun, %26.6'sının (n=42) memnun olduğu, %22.8'inin (n=36) memnun olmadığı görülmüştür.

Tablo 4: Hemşirelerin Çalıştıkları Üniteye İlişkin Düşüncelerinin Dağılımı

Özellikler	N=158	n	%
Üniteyi Kendine Uygun Bulma	Uygun	103	65.2
	Uygun değil	55	34.8
Sosyal Yaşantının Etkilenmesi Durumu	Etkiliyor	114	72.2
	Etkilemiyor	19	12.0
	Kısmen etkiliyor	25	15.8
Çalıştığı Üniteden Memnuniyet Durumu	Memnun	42	26.6
	Memnun değil	36	22.8
	Kısmen	80	50.6
Memnun Olmama Nedenleri (#)	Kritik hastaya bakım	57	50.4
	Çalışma ortamının yoğunluğu	88	77.9
	Çalışma Şekli	42	37.2
	İletişim problemleri	31	27.4
	Yönetim	33	29.2
	Fiziksel koşullar	59	52.2
	Malzeme/eleman yetersizliği	67	59.3
	Dikkat gerektiren işler	31	27.4
	Ölümlerle sık karşılaşmak	19	16.8
Güçlükler Karşısında Takınılan Tutum	Güçlüklerle başa çıkmak	110	69.6
	KLP'den destek almak	2	1.3
	Başka bölümde çalışmak	40	25.3
	Diğer	6	3.8

(#) n katlanmıştır

Hemşirelerin çalıştığı üniteden memnun olmama nedenleri incelendiğinde; %77.9 (n=88) oranında çalışma ortamının yoğunluğu, %59.3 (n=67) oranında malzeme/eleman yetersizliği, %52.2 (n=59) oranında olumsuz fiziksel koşulların ilk üç sırayı oluşturduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin güçlükler karşısında takındıkları tutum incelendiğinde; %69.6'sının (n=110) güçlüklerle başa çıkmayı, %25.3'ünün (n=40) başka bölümde çalışmayı istediği saptanmıştır. Hemşirelerin güçlükler karşısında takındıkları diğer tutumların, istifa etmek ve tayin istemek olduğu saptanmıştır.

6.4. HEMŞİRELERİN RUHSAL DURUMU İLE İLGİLİ BULGULAR

Bu bölümde; hemşirelerin ruhsal durumları ile ilgili bulgular yer almaktadır.

Tablo 5 incelendiğinde çalışma kapsamına alınan hemşirelerin Genel Sağlık Anketi-28 puanlarının dağılımı görülmektedir.

Tablo 5. Hemşirelerin GSA-28 Puan Ortalaması

GSA-28 Puan Ortalamaları	ss	Min	Max
6.2	±0.4	0	23

Tablo 5'te görüldüğü gibi; hemşirelerin GSA-28 puan ortalaması 6.2±0.4 olarak bulunmuştur.

Tablo 6 incelendiğinde; hemşirelerin bireysel özelliklerinden yaş, medeni durum, çocuk sayısı ve eğitim durumuna göre GSA-28 puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir.

Tablo 6. Hemşirelerin Bireysel Özellikleri ile GSA-28 Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Bireysel Özellikler N=158	n	GSA-28 Puan Ortalamaları±ss	İstatistiksel Analiz	
Yaş	25 ve ↓	26	6.1 ± 1.2	F=0.90 p=0.40
	26-30	79	6.8 ± 0.6	
	31 ve ↑	53	5.4 ± 0.8	
Medeni Durum	Evli	72	6.6 ± 1.2	t=0.69 p=0.49
	Bekar	86	5.9 ± 0.6	
Çocuk Sayısı	Yok	119	5.9 ± 0.5	t= -1.31 p=0.19
	1 çocuk ve ↑	39	7.3 ± 1	
Eğitim Durumu	SML	15	7.4 ± 1.6	F=0.66 p=0.57
	Önlisans	45	5.4 ± 0.8	
	Lisans	81	6.7 ± 0.6	
	Yüksek Lisans/Doktora	17	5.5 ± 1.8	

Tablo 6’da görüldüğü gibi, hemşirelerin bireysel özellikleri açısından GSA-28 puan ortalamalarının dağılımına bakıldığında; yaş grupları ($p>0.005$), medeni durum ($p>0.005$), çocuk sayısı ($p>0.005$), eğitim durumu açısından ($p>0.005$), GSA-28 puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Tablo 7 incelendiğinde, hemşirelerin çalıştıkları bölümlere ve bölümde çalışma nedenlerine göre GSA-28 puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir.

Tablo 7. Hemşirelerin Çalıştıkları Bölümlere ve Bölümlerde Çalışma Nedenlerine Göre GSA-28 Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Özellikler	N=158	n	GSA-28 Puan Ortalamaları± ss	İstatistiksel Analiz
Çalışılan Bölüm	Acil	17	6.4 ± 1.6	p=0.02* F=6.43
	Çocuk	23	6.2 ± 1.2	
	Cerrahi	42	7.9 ± 0.9	
	Nöroloji	5	4.4 ± 1.4	
	Yenidoğan	23	5.0 ± 0.8	
	Kardiyoloji	18	5.6 ± 1.3	
	Nöroşirurji	18	3.7 ± 1.4	
	Kalp Damar Cerrahisi	7	5.1 ± 1.9	
	Ortopedi ve	5	2.6 ± 1.1	
Bölümde Çalışma Nedeni	Kendi isteği	57	4.9 ± 0.6	p=0.03* t=2.19
	Tayin/atama	101	7.0 ± 0.3	

* $p<0.05$

Tablo 7’de görüldüğü gibi, hemşirelerin çalıştıkları ünitelere göre GSA-28 puan ortalamalarına bakıldığında cerrahi yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin puan ortalamalarının 7.9 ile en yüksek, ortopedi ve travmatoloji yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin 2.6 ile en düşük olduğu görülmektedir. Yapılan istatistiksel analizde gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) Bu farkın cerrahi yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşire grubundan kaynaklandığı saptanmıştır.

Hemşirelerin bölümde çalışma nedenine göre GSA-28 puan ortalamalarının dağılımına bakıldığında; tayin/atama nedeni ile üniteye çalışan hemşire grubunun puan

ortalaması 7, kendi isteği ile ünite de çalışan grubun ortalaması 4.9 olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Hemşirelerin meslekte ve ünite de çalışma süreleri ile GSA-28 puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 8’de hemşirelerin çalışma şekillerine göre sosyal yaşamın etkilenme durumu ve psikolojik sorun yaşama durumu arasındaki ilişki görülmektedir.

Tablo 8. Hemşirelerin Çalışma Şekillerine Göre Sosyal Yaşamın Etkilenme Durumu ve Psikolojik Sorun Yaşama Durumları Arasındaki Farklılık

Çalışma Şekline Göre N=158		Çalışma Şekli				İstatistiksel Analiz
		Gündüz		Vardiya		
		n	%	n	%	
Sosyal Yaşamın Etkilenme Durumu	Evet	12	10.5	102	89.5	$\chi^2=28.8$ $p=0.000^{**}$
	Hayır	11	57.9	8	42.1	
	Kısmen	2	8.0	23	92.0	
Psikolojik Sorun Yaşama Durumu	Yaşayan	5	38.5	8	61.5	$\chi^2=5.45$ $p=0.02^*$
	Yaşamayan	20	13.8	125	82.6	

** $p<0.001$ * $p<0.05$

Tablo 8’de görüldüğü gibi, hemşirelerin çalışma şekillerine göre sosyal yaşamın etkilenme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.001$). Vardiyalı çalışan hemşirelerin gündüz çalışan hemşirelere göre sosyal yaşamlarının daha fazla etkilendiği saptanmıştır.

Hemşirelerin çalışma şekillerine göre psikolojik sorun yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Vardiyalı çalışan hemşirelerin gündüz çalışan hemşirelerden daha az psikolojik sorun yaşadığı saptanmıştır.

Tablo 9’da hemşirelerin üniteye çalışma nedeni ile ünitenin uygunluk durumu ve üniteden memnuniyet durumu arasındaki ilişki görülmektedir.

Tablo 9. Hemşirelerin Üniteye Çalışma Nedenine Göre Ünitenin Uygunluk Durumu ve Üniteden Memnuniyet Durumları Arasındaki Farklılık

Üniteye Çalışma Nedenine Göre N=158		Üniteye Çalışma Nedeni				İstatistiksel Analiz
		Tayin/Atama		Kendi İsteği		
		n	%	n	%	
Ünitenin Uygunluk Durumu	Uygun	55	53.4	48	46.6	$\chi^2=14.2$ $p=0.000^{**}$
	Uygun değil	46	83.6	9	16.4	
Üniteden Memnuniyet Durumu	Memnun	16	38.1	26	61.9	$\chi^2=18.3$ $p=0.000^{**}$
	Memnun değil	30	83.3	6	16.7	
	Kısmen memnun	55	68.8	25	31.2	

** $p<0.001$

Tablo 9’da görüldüğü gibi, hemşirelerin üniteye çalışma nedenlerine göre ünitenin uygunluk durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.001$). Tayin/atama nedeniyle üniteye çalışan hemşire grubunun, kendi isteği ile üniteye çalışan hemşire grubundan daha fazla ünitenin uygun olmadığını düşünmektedirler.

Hemşirelerin üniteye çalışma nedeni ile üniteden memnuniyet durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.001$). Kendi isteği ile üniteye çalışan hemşire grubunun, tayin/atama nedeniyle üniteye çalışan grubundan daha fazla üniteden memnun oldukları görülmektedir.

Tablo 10 incelendiğinde; hemşirelerin çalıştıkları bölüm ile ilgili görüşlerine göre GSA-28 puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular görülmektedir.

Tablo 10. Hemşirelerin Çalıştıkları Bölüm İle İlgili Görüşlerine Göre GSA-28 Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Özellikler	N=158	n	GSA-28 Puan Ortalamaları±ss	İstatistiksel Analiz
Üniteyi Kendine Uygun Bulma	Uygun	103	5.1 ± 0.5	t=4.43 p=0.000**
	Uygun değil	55	9.1 ± 0.6	
Çalışma Şeklinin Sosyal Yaşantıyı Etkilemesi	Etkiliyor	114	7.6 ± 0.5	F=11.8 p=0.000**
	Etkilemiyor	19	1.7 ± 0.6	
	Kısmen etkiliyor	25	3.7 ± 0.4	
Bölümden Memnun Olma	Memnun	42	4.8 ± 0.7	F=14.1 p=0.000**
	Memnun değil	36	10.4 ± 1.1	
	Kısmen memnun	80	5.6 ± 0.5	
Güçlükler Karşısında Takınılan Tutum	Güçlüklerle başa çıkmak	110	4.8 ± 0.5	F=7.63 p=0.000**
	KLP'den destek almak	2	12.5 ± 8.5	
	Başka bölümde çalışmak	40	9.2 ± 0.9	
	Diğer	6	10.3 ± 1.8	

** p<0.001

Tablo 10'da görüldüğü gibi, hemşirelerin üniteyi kendilerine uygun bulma durumlarına göre GSA-28 puan ortalamaları incelendiğinde; üniteyi kendine uygun bulan grubun puan ortalaması 5.1, uygun bulmayan grubun puan ortalaması 9.1 olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0.001).

Hemşirelerin sosyal yaşantılarının etkilenme durumlarına göre GSA-28 puan ortalamaları incelendiğinde; sosyal yaşamının etkilendiğini ifade eden grubun puan

ortalamasının 7.6 ile en yüksek, sosyal yaşamının etkilenmediğini ifade eden grubun puan ortalamasının 1.7 ile en düşük olduğu görülmektedir. Yapılan istatistiksel analizde gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Yapılan ileri istatistiksel analiz sonucunda bu farkın sosyal yaşamının etkilendiğinin ifade eden hemşire grubundan kaynaklandığı saptanmıştır.

Hemşirelerin çalıştıkları bölümden memnun olma durumlarına göre GSA-28 puan ortalamalarının dağılımına bakıldığında; çalıştığı bölümden memnun olmayan grubun puan ortalaması 10.4, kısmen memnun olan grubun puan ortalaması 5.6, memnun olan grubun puan ortalaması ise 4.8 olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Yapılan ileri istatistiksel analiz sonucunda bu farkın bölümden memnun olmayan gruptan kaynaklandığı saptanmıştır.

Hemşirelerin güçlükler karşısında takındıkları tutumları göre GSA-28 puan ortalamalarının dağılımına bakıldığında; başka bölümde çalışmak isteyen grubun puan ortalamasının 9.2, KLP'den destek almak isteyen grubun puan ortalamasının 12.5, güçlüklerle başa çıkabildiklerini ifade eden grubun puan ortalaması puan ortalamasının 4.8 olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Gruplar arasındaki farkın başka bölümde çalışmak isteyen hemşire grubundan kaynaklandığı bulunmuştur.

Tablo 11 incelendiğinde; hemşirelerin kurumun sağladığı sosyal olanaklardan yararlanma durumlarına, hizmet içi eğitim alma durumlarına göre ve hizmet içi eğitimin yeterliliği durumlarına göre GSA-28 puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular görülmektedir.

Tablo 11. Kurumun Sağladığı Olanaklardan Yararlanma Durumlarına Göre GSA-28 Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Kurumun Sağladığı Olanaklar N=158		n	GSA-28 Puan Ortalamaları \pm ss	İstatistiksel Analiz
Sosyal Olanaklar	Yararlanamayan	21	8.1 \pm 1.2	t=1.48 p=0.14
	Yararlanan	137	6.0 \pm 0.5	
Hizmet İçi Eğitim	Alan	121	6.5 \pm 0.5	t=0.61 p=0.53
	Almayan	37	5.6 \pm 1	
Eğitimin Yeterliliği	Yeterli	70	6.0 \pm 0.7	t=0.88 p=0.38
	Yetersiz	51	7.0 \pm 0.9	

Tablo 11’de görüldüğü gibi, hemşirelerin kurumun sağladığı olanaklardan yararlanmalarına göre GSA-28 puan ortalamalarına bakıldığında; sosyal olanaklardan yararlanma ($p>0.05$), hizmet içi eğitim alma ($p>0.05$), alınan eğitimin yeterliliği durumlarına göre ile ($p>0.05$) GSA-28 puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

7. TARTIŞMA VE SONUÇ

Yoğun bakım üniteleri hastaların, ortamın ve işin özelliklerinden dolayı yoğun stres etkenlerinin bulunduğu birimlerdir. İş ortamından kaynaklanan stresörlerle uzun süre, yoğun bir şekilde karşılaşmak çalışanlarda ruhsal rahatsızlıklara yol açabilir. Özellikle hasta ile sürekli ve yakın ilişki içindeki yoğun bakım hemşireleri duygusal ve fiziksel yönden risk altındadırlar. Kritik durumdaki hastaya yeterli bakımı sağlayabilmek için öncelikle hemşirenin iş ortamından kaynaklanan risklerinin tanımlanması ve ruhsal rahatsızlığın ortaya çıkarabileceği yetersizlikten korunması gerekir.

Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ruhsal durumlarının çalışma ortamından kaynaklanan risk faktörleriyle ilişkilerini belirlemek amacıyla 158 hemşire ile gerçekleştirilen bu çalışmadan elde edilen bulgular literatür bilgilerinin ışığı altında ve bulguların bölümleri doğrultusunda tartışılmıştır.

7.1. HEMŞİRELERİN BİREYSEL ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu bölümde hemşirelerin yaş, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu ve daha önce psikolojik sorun yaşama durumlarına ilişkin veriler incelenmiştir.

Araştırmamız kapsamındaki 14 yoğun bakım ünitesinde çalışan toplam 166 hemşireden 158'i araştırma anketini yanıtlamıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerin %50'si (n=79) 26-30 yaş grubundadır (Tablo 1). Barlas (14), Yıldız (80) ve Baltaş ve arkadaşlarının (11) yaptıkları çalışmalarda benzer sonuçların alınması yoğun bakım ünitesi popülasyon ağırlığının genç hemşirelerden oluştuğunu göstermektedir.

Hemşirelerin medeni durumlarını incelendiğimizde; %54.4'ünün (n=86) bekar olduğu, %75.3'ünün (n=119) çocuk sahibi olmadığı görülmektedir (Tablo1). Bu sonuç Barlas (14), Yıldız (80) ve Baltaş ve arkadaşlarının (11) çalışmalarıyla paralellik

göstermektedir. Araştırmamız kapsamındaki bekar hemşirelerin oranının yüksek olmasının nedeni, hemşirelerin büyük çoğunluğunun genç yaş grubunda yer almasına bağlanabilir.

Araştırmamızda hemşirelerin %51.2'si (n=81) lisans mezunu olup, Baltaş ve arkadaşlarının (11) yaptıkları çalışmalarda elde ettikleri sonuçlar ile paralellik göstermektedir. Araştırmamızdaki yüksek lisans/doktora yapan hemşire oranının %10.8 (n=17) olması, son yıllarda ülkemizdeki hemşirelik eğitiminin düzeyi konusunda gelişmeler yaşandığını gösterme açısından dikkate değer bulunmuştur (Tablo 1).

Tablo 1 incelendiğinde, hemşirelerin %91,8 (n=145) oranında daha önce bir psikolojik sorun yaşamadıklarını ifade ettikleri görülmekte olup, Barlas (14)'ın yaptığı çalışmadaki psikolojik sorun yaşamadığını belirten %96'lık hemşire oranıyla paralellik göstermektedir. Bizim çalışmamızdaki psikolojik sorun yaşadığını ifade eden hemşirelerden %69.2'si (n=9) psikolojik destek aldıklarını belirtmişlerdir.

7.2. HEMŞİRELERİN ÇALIŞTIKLARI BÖLÜM İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİN TARTIŞILMASI

Çalışan bireyin bedensel ve ruhsal sağlığı, çalışma ortamından ve çalışma koşullarından kaynaklanan çeşitli risklerden etkilenmektedir. İş baskısının yoğun, çalışma koşullarının ağır olduğu yoğun bakım üniteleri çalışanlarda, yüksek düzeyde stres ve zorlanmaya neden olmaktadır. İşle ilgili yaşanan gerginlik ve stresler sağlık bakımı veren görevlilerin iş verimini olumsuz etkilemekte ve iş doyumunu azaltmaktadır. Sürekli olarak stresli ve gergin olarak çalışan bireylerde çeşitli fiziksel ve emosyonel sorunlar ortaya çıkmaktadır (11, 38).

Bu bölümde, çalışma koşullarının hemşireler üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla toplanan; hemşirelerin çalıştıkları bölüm, bölümde çalışma nedeni, meslekte ve yoğun bakım ünitesinde çalışma süresi, çalışma şekli ve bu şekilde çalışma süresi, aylık gece nöbeti sayısı, bir nöbette sorumlu olunan hasta sayısı gibi veriler incelenmiştir.

Araştırmamızdaki hemşirelerin çalıştıkları **bölmelere göre** dağılımlarına baktığımızda; %26.6'sının (n=42) **cerrahi yoğun bakım** ünitesinde çalıştıkları görülmektedir (Tablo 2). Yıldız (80)'ın yoğun bakım hemşireleriyle yaptığı çalışmada, çalışmaya katılan hemşirelerin %24.1'inin cerrahi yoğun bakım ünitesinde çalıştıkları saptanmıştır. Bunun cerrahi yoğun bakım ünitelerinin yatak sayısının ve hasta kapasitesinin fazla olması nedeniyle daha fazla hemşireye gereksinim duymalarına bağlanabileceği düşünülmektedir.

Hemşirelerin yoğun bakım ünitesinde **çalışma nedenleri** incelendiğinde; çalışmamız kapsamındaki hemşirelerin %63.9'unun (n=101) **tayin/atama** nedeniyle üniteye çalıştıkları, **kendi isteğiyle** yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşire grubunun sadece %36.1 (n=57) olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Hemşirelerin çalıştığı bölümü isteyerek seçmesinin, günlük yaşamın büyük bir kısmını geçirdiği iş yerinde yapmak istediği işi yapabilmesine, bilgi beceri ve yeteneklerini kullanabilmesine, işe ve işyerine uyum sağlayabilmesine yardımcı olur (24). Bu sonuç ülkemizde hemşirelik mesleğinde branşlaşma olmadığı için, hemşirelerin yoğun bakım üniteleri gibi özel ünitelere yönlendirilmesinde kendi isteklerinin dikkate alınmadığını ve hemşirelerin çalışma alanlarının kurumların gereksinimlerine göre belirlendiğini düşündürmektedir.

Bizim çalışmamızda hemşirelerin meslekte ve yoğun bakım ünitesinde çalışma sürelerinin dağılımına bakıldığında, **meslekte çalışma süresinin** %32.3 (n=51) oranında 2-5 yıl, **yoğun bakım ünitesinde çalışma süresinin** %37.3 (n=59) oranında 2-5 yıl olduğu görülmektedir (Tablo 2). Literatürlerde yoğun bakım ünitesinde çalışma süresinin en fazla beş yıl ile sınırlandırılması gerektiği belirtilmektedir (47). Yoğun bakım hemşireliğinin ağır ve stresli iş koşullarında çalışmaları, hemşirelerin yoğun bakım ünitesinden genç yaşta ayrılmakta olduklarını düşündürebilir. Yoğun bakım ünitesinde dokuz yıl ve üzeri çalışan hemşire oranının az olması da bu düşüncüyü destekler niteliktedir. Bu bulgular çalışmamız kapsamındaki hemşirelerin büyük oranda literatürde belirtilen ideal çalışma süresi içinde olduklarını göstermektedir.

Araştırmamızdaki hemşirelerin %84.2'sinin (n=133) **vardiyalı** olarak çalıştıkları belirlenirken, %40.5'inin (n=64) 2-5 yıldır bu şekilde çalışmakta olduğu, %69.2'sinin

(n=90) bir ayda 6-8 **gece nöbeti** tuttıkları belirlenmiştir (Tablo 2). Aldığımız bu sonuçlar Bener (16) ve Bilgili'nin (17) çalışmalarındaki sonuçlarla uygunluk göstermektedir. Literatür bilgisine göre; gece vardiyalarının hemşirelerde strese ve kilo kaybına neden olduğu ve vardiyalı çalışmanın iş stresi ve iş doyumunu etkilediği bildirilmektedir (11). Vardiyalı çalışmanın sağlıklı bir çalışma şekli olmadığı, ülkemizde hemşirelerin çalışma yaşamı boyunca çalışma şeklinde değişikliğin de olmamasının hemşirelerin sosyal yaşamlarının ve ruhsal durumlarının etkilenmesinde önemli rol oynayacağı düşünülmektedir.

Araştırmamıza katılan hemşirelerin %61.4'ünün 2-4 **hastadan sorumlu** oldukları görülmektedir (Tablo 2). Bu bulgu yoğun bakım ünitelerinde hasta hemşire oranının istenen düzeyde olmadığını düşündürmekte, yoğun bakım ünitelerinde hemşire sayısının dikkatle belirlenmesinin gerekliliğini ortaya çıkarmakta ve literatürde önerilen hasta-hemşire oranıyla uygunluk göstermemektedir (2, 58, 68).

Araştırmamızdaki hemşirelerin kurumun sağladığı **olanaklardan yararlanmalarına** göre dağılımlarına bakıldığında, hemşirelerin %75.3 (n=119) oranında **lojman** ve %51.3 (n=81) oranında **kreş** gibi sosyal olanaklara sahip oldukları, sosyal olanaklardan yararlanamayan hemşire grubunun sadece %13.3 (n=21) oranında olduğu görülmektedir (Tablo 3). Literatür bilgisine göre, sosyal olanakların varlığının stresi azaltıcı bir etken olduğu bildirilmektedir (38, 24). Bu bulguların ışığında çalışmamıza katılan hemşire grubunun bu konuda çok fazla zorlanma yaşamadıklarını söyleyebiliriz.

Araştırmamıza katılan hemşirelerin %76.6'sının (n=121) **hizmet içi eğitim almış** olup, hizmet içi eğitim alanların %57.9'unun (n=70) aldıkları hizmet içi eğitimi **yeterli** buldukları görülmektedir. Hemşirelerin hizmet içi eğitim almak istedikleri konuların dağılımına bakıldığında; % 97.5'inin (n=154) **bölüme özgü bilgi-beceri**, %80.4'ünün (n=127) **stresle başa çıkma**, %50.6'sının (n=80) **kriz** hakkında eğitim istedikleri saptanmıştır (Tablo 3).

7.3. HEMŞİRELERİN ÇALIŞTIKLARI BÖLÜME İLİŞKİN DÜŞÜNCELERİNİN TARTIŞILMASI

Çalışanların psikolojik sağlığı, iş çevresine uyumu, işinden aldığı doyum, işyerindeki kişiler arası ilişkiler ve yönetim ilişkileriyle yakından ilgilidir. Bireylerin yaptıkları işle ilgili düşünceleri kendileri ve çalıştıkları kurum açısından önem taşımaktadır. Ayrıca işlerine uyum gösteremeyen çalışanlar yoğun stres yaşamalarının yanı sıra çevreleri için de stres kaynağı olabilmektedirler. İş yaşamındaki çalışma koşulları fiziksel, sosyal, ekonomik faktörler açısından çalışanların beklenti düzeylerinin çok altında ise iş doyumsuzluğu meydana gelecektir. Genel olarak iş doyumsuzluğu, bireyin ruh ve beden sağlığı üzerinde olumsuz etkilere yol açabilmekte olup yapılan çalışmalar mesleki doyumsuzluğun ruh sağlığı durumunu önemli ölçüde etkilediğini göstermektedir (35, 38, 24).

Bu bölümde hemşirelerin üniteyi kendilerine uygun bulma durumlarına, çalışma şeklinin sosyal yaşantılarını etkileme durumlarına, çalıştıkları üniteden memnun olma durumlarına ve memnuniyetsizlik nedenlerine, üniteye karşılaştıkları güçlükler karşısında takındıkları tutumlara ilişkin veriler incelenmiştir.

Hemşirelerin üniteyi kendilerine **uygun bulma durumlarına** bakıldığında; %65.2'sinin (n=103) yoğun bakım ünitesinin kendine uygun bir çalışma ortamı olduğunu, %34.5'inin (n=55) yoğun bakım ünitesinin kendilerine uygun bir çalışma ortamı olmadığını ifade ettikleri görülmektedir (Tablo 4). Çalıştığı üniteyi **uygun bulmama nedenleri** olarak; %37'sinin olumsuz fiziksel koşulları, %18'inin çalışma ortamının yoğunluğunu ve aynı oranda psikolojik olarak yıpratıcı olmasını, %12'sinin sağlık problemlerini belirtmiş oldukları görülmüştür. Literatüre göre, çalışanın görevlendirildiği işe uygun olmaması durumunda; bireyde işle ilgili doyumsuzluk, güvensizlik ve yetersizlik duyguları gelişebilmektedir. Bu durumun çalışanlarda anksiyete ve psikosomatik semptomlar görülmesine neden olabileceği bildirilmektedir (38, 24). Yaptığı işle uyumlu olduğunu düşünen hemşirelerin, çalışma ortamında yeteneklerini kullanabilecekleri, daha mutlu olacakları ve ruhsal durumlarının daha iyi olacağı beklenebilir.

Araştırmamızdaki hemşirelerin %72.2'sinin (n=114) **çalışma şeklinin sosyal yaşantılarını** etkilediğini ifade ettikleri görülmektedir (Tablo 4). Sever'in (63) yaptığı çalışmadaki çalışma şeklinin sosyal yaşamı bazen olumsuz etkileme oranını %39.9, sık sık olumsuz etkileme oranını %33 olarak bulgularımızı destekler niteliktedir. Vardiyalı çalışma ve bunun neden olduğu uzun çalışma saatlerinin sosyal yaşamı olumsuz etkileme olasılığı fazladır. Çalışma saatleri uzun olduğunda, çalışanın ailesi ve arkadaşlarıyla geçireceği iş dışındaki yaşamı için daha az zaman kalmaktadır. Çalışmamız kapsamındaki hemşirelerin büyük oranda vardiyalı çalıştıkları, fazla sayıda gece nöbeti tuttıkları göz önüne alınırsa, hemşirelerin yoğun bakım ünitesinde çalışmanın getirdiği zorlanmanın yanı sıra özel yaşamlarında da stres yaşayacakları ve bunun da ruhsal durumlarını olumsuz etkileyebileceği düşünülmektedir.

Hemşirelerin çalıştığı üniteden **memnuniyet durumlarına** bakıldığında, çalıştığı üniteden **kısmen memnun** olduğunu belirten hemşire oranının %50.6 (n=80) olduğu görülmektedir (Tablo 4). Çalıştığı üniteden **memnun olmama nedenleri** olarak; hemşirelerin %77.9'unun (n=88) **çalışma ortamının yoğunluğunu**, %59.3'ünün (n=67) **malzeme ve eleman yetersizliğini**, %52.2'sinin (n=59) **olumsuz fiziksel koşulları**, %50.4'ünün (n=57) **kritik hastaya bakım vermeyi**, %37.2'sinin (n=42) **çalışma şeklini** belirttikleri görülmüştür (Tablo 4). Barlas'ın (14), Özçelik'in (56), Baltaş ve arkadaşları (11) ve Koç'un (45) yaptıkları çalışmalarda benzer sonuçların bulunması, Hurst ve arkadaşlarının (37) yaptıkları çalışmada yoğun bakım hemşirelerinin yüksek oranda personel problemleriyle ve çevresel stresörlerle karşılaştıklarını ifade etmeleri bizim bulgularımızı destekler niteliktedir. Çalışma ortamından memnun olmama nedenleri olarak bu özelliklerin hemşirelerde stres artırıcı etkenler olabileceği çeşitli literatürlerde yer almaktadır (11, 24). Çalışma ortamından kaynaklanan olumsuz etkenlerin hemşirelerin ruhsal durumlarını olumsuz etkileyebileceği düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin çalıştığı üniteye karşılaştıkları **güçlükler karşısında takındıkları tutum** incelendiğinde; hemşirelerin %69.6'sının (n=110) güçlüklerle **baş çıkarmaya çalıştıkları**, %25.3'ünün (n=40) **başka bölümde** çalışmayı istedikleri görülmektedir. Araştırmamızdaki hemşirelerin sadece %1.3'ünün **KLP'den**

destek almak istemesi dikkat çekici bulunmuştur. Yoğun bakım ekibinin önemli bir üyesi olan hemşireler stresten en çok etkilenen grubu oluşturmaktadır.

7.4. HEMŞİRELERİN RUHSAL DURUMU İLE İLGİLİ BULGULAR

Ruhsal yönden sağlıklı olmak; toplumsal yaşamın gereklerine göre, bireyin kendine ve çevresine doyurucu bir şekilde uyum sağlamasıdır. Freud, insan ile gerçek arasındaki en güçlü bağın iş olduğundan söz eder. İnsanlar kendilerinin toplumsal olarak bir bütün olarak görür ve kimliklerini ancak işlerinde kazanabilirler. Çalışma, bedensel ve zihinsel çalışma olarak iki biçimde ele alınabilmesine karşın, bu iki biçim birbirinin içine geçmiş gibidir. Ayrıca birey ve çevresi arasında karşılıklı etkileşim sonucunda olaya emosyonel faktörler de eklenir. Çalışma yaşamı bireye sağladığı olanakların yanı sıra çeşitli fizyolojik ve psikolojik olumsuzlukları da beraberinde getirebilmektedir. Çalışma hayatındaki psikososyal faktörler, çalışanların fiziksel ve ruhsal sağlığına etki edebilmekte ve bireyin iş performansının azalmasına, obsesif davranışlara, gerilim, anksiyete ve depresyona neden olabilmektedir. Yoğun bakım hemşireleri, yüksek stres kaynakları ve çalışma koşullarından kaynaklanan risk faktörlerini taşımaları nedeni ile potansiyel olarak ruhsal bozukluklara yatkınlık gösterebilirler (17, 35, 38).

Günümüzde gerek dünyada gerek ülkemizde ruhsal hastalıklar ciddi bir toplum sağlığı sorunu olmakla kalmayıp bireyin iş ve sosyal yaşantısında ciddi sorunlar yaşanmasına yol açabilmektedir. Ruh sağlığını korumanın amacı, bireyin daha mutlu, uyumlu yaşamasını ve yaşamda, kendisi ve çevresindekiler için olumlu yönde etkin bir varlık olmasını sağlamaktır. Bundan dolayı, çalışan bireyin ruh sağlığının korunması, çağdaş bilimin temel amacı olmuştur (75, 35).

Yoğun bakım ünitelerinin çalışma ortamı ve özelliklerinin yüksek stres kaynağı olduğu göz önüne alınarak planlanan çalışmamızın bu bölümünde hemşirelerin bireysel özelliklerine, çalıştıkları ünitelere, çalışma şekillerine, ünite de çalışma nedenlerine, çalıştıkları bölüm ile ilgili görüşlerine, kurumun sağladığı olanaklardan yararlanma durumlarına göre ruh sağlığı durumu ile ilgili bulgular incelenmiştir.

Araştırmamıza katılan hemşirelerin **GSA-28 puan ortalamalarına** bakıldığında ortalama puanın **6.2**, minimum puanın 0 (sıfır), maksimum puanın 23 olduğu saptanmıştır (Tablo 5). Bilgili'nin (17) yaptığı çalışmada ortalama puan 5.9, Bener'in (16) yaptığı çalışmada ortalama puan 6 bulunmuştur. Aştı ve arkadaşlarının (6) yaptıkları çalışmada 5 ve üzerinde puan alan bireyler ruhsal sorunlu olarak nitelendirilmişlerdir.

Hemşirelerin **bireysel özellikleriyle, genel sağlık anketi puan ortalamaları karşılaştırıldığında;** yaş ($p>0.05$), medeni durum ($p>0.05$), çocuk sayısı ($p>0.05$), eğitim durumu ($p>0.05$) ve daha önce psikolojik sorun yaşama durumu ile ($p>0.05$) GSA-28 puan ortalamaları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir (Tablo 6). Aştı ve arkadaşları (6) ile Kılıç'ın (43) yaptıkları çalışmalarda bireysel özellikler açısından GSA-28 puan ortalamaları arasında istatistiksel bir farklılık bulunmaması, Özçelik'in (56) yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerle yaptığı çalışmada yaş, medeni durum gibi bireysel özelliklerle hemşirelerin tükenme düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını belirtmesi, Aksaray ve arkadaşlarının (3) yaptıkları çalışmada bireysel özelliklerle ruhsal belirti dağılımları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını saptaması bizim sonuçlarımızla paralellik göstermekte olup, hemşirelerin ruhsal durumlarının bireysel özelliklerden değil, çalışma şartlarından kaynaklanan faktörlerden etkilendiğini düşündürmektedir.

Hemşirelerin **çalıştıkları üniteler ile genel sağlık anketi puan ortalamaları arasında,** istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 7). Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin bölümlere göre GSA-28 puanları incelendiğinde; **cerrahi yoğun bakım ünitesinde** çalışan grubun puan ortalamasının 7.9 ile **en yüksek** olduğu, **ortopedi ve travmatoloji** yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşire grubunun 2.6 ile **en düşük** olduğu görülmektedir (Tablo 7). Bener (16) yaptığı çalışmada hemşirelerin çalıştığı bölümün ruh sağlığı durumunu etkilediğini, Yıldız (80) çalışmasında çalışılan bölümün, hemşirelerin doyum düzeyleri üzerinde etkili olduğunu ve en düşük doyum sağlayan hemşire grubunun cerrahi yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşireler olduğunu belirlemesi, Baltaş ve arkadaşlarının (11), cerrahi yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin stres puan ortalamasının diğer bölümlerde çalışan

hemşirelere göre daha yüksek olduğunu ve yine iş stresörleri ile karşılaşma sıklığının cerrahi yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerde anlamlı derecede yüksek olduğunu belirlemeleri, Koç'un (45) cerrahi yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin iş stresi düzeylerinin yüksek olduğunu saptaması, Landeweerd ve arkadaşları'nın (48) sağlık çalışanlarında stres belirtilerinin çalıştıkları bölüme göre değiştiğini saptaması çalışmamızın sonuçlarını destekler niteliktedir. Çalışmamıza katılan hemşirelerin **çalıştıkları ünitelere göre** GSA-28 puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı farklılığın bulunması, her bir yoğun bakım ünitesinin çalışma ortamı ve koşullarının birbirinden ayrı yapıda olduğunun göstergesi olarak ele alınabilir. Ayrıca ruhsal durumu etkileyen faktörlerden birinin de çalışma ortamı ve koşulları olduğu literatürde vurgulanmaktadır (10, 63, 9).

Hemşirelerin bölümde **çalışma nedenlerine göre genel sağlık anketi puanı ortalamalarının karşılaştırılmasına** bakıldığında; **kendi isteği** ile bölümde çalışan hemşire grubunun puan ortalaması, tayin/atama nedeniyle üniteye çalışan hemşire grubuna göre daha **düşük** bulunmuştur (Tablo 10). Bu bulguya göre hemşirelerin çalıştığı bölümü kendi isteği ile seçip seçmemesinin, ruhsal durumlarını etkilediği söylenebilir. Sever'in (63) hemşirelerin çalıştığı bölümü kendi isteği ile seçip seçmemelerinin iş stresi düzeylerini etkilediğini ve bölümüne isteyerek gelen hemşirelerin iş stresinin daha az olduğunu saptaması, Bener'in (16) mesleğini isteyerek tercih etme durumunun ruh sağlığını etkilediğini tespit etmesi bulgularımızla uygunluk göstermektedir.

Çalışmamızda, hemşirelerin **çalışma şekillerine göre sosyal yaşamın etkilenme durumu** karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç alınmıştır ($p<0.001$) (Tablo 8). Hemşirelerin çalışma şekline göre sosyal yaşamın etkilenme durumuna bakıldığında, **vardiyalı** çalışan hemşirelerin gündüz çalışan hemşirelere göre sosyal yaşamlarının **daha fazla etkilendiği** saptanmıştır (Tablo 8). Sever (63), çalışmasında vardiyalı çalışmanın iş stresi ve iş doyumunu etkilediğini belirlemiştir. Bener (16) ve Bilgili (17) yaptıkları çalışmalarda vardiyalı çalışan hemşirelerin ruh sağlığı durumunun olumsuz etkilendiğini saptamışlardır. Özçelik (56) vardiyalı çalışan hemşirelerin daha yoğun stres yaşadıklarını tespit etmiştir. Cangüler ve arkadaşları (77) yoğun bakım

hemşirelerinde gece vardiyasında çalışanların gündüz vardiyasında çalışanlara oranla endokrin sistem cevabının daha fazla olduğunu saptamışlardır. Baltaş ve arkadaşları (11) 12 saatlik nöbetlerle çalışmanın hemşirelerde strese ve kilo kaybına neden olduğunu tespit etmişlerdir. Bu sonuçlar bizim bulgularımızla paralellik göstermekte ve Hemşirelerde çalışma şekli ve saatlerinin sosyal yaşamı etkilediği, vardiyalı çalışmanın beslenme ve uyku düzensizliğine, fiziksel ve ruhsal hastalıklara zemin hazırladığı literatürlerde belirtilmektedir (38, 24).

Hemşirelerin **çalışma şekillerine göre psikolojik sorun yaşama durumları** karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç alınmıştır ($p<0.001$) (Tablo 8). Hemşirelerin çalışma şekline göre sosyal yaşamın etkilenme durumuna bakıldığında, **gündüz** çalışan hemşirelerin vardiyalı çalışan hemşirelere göre sosyal yaşamlarının **daha fazla etkilendiği** saptanmıştır (Tablo 8). Bu bulgu yoğun bakım ünitelerinde gündüz iş yoğunluğu daha fazla ve ortam daha kalabalık olduğu için sürekli gündüz çalışan hemşirelerin vardiyalı çalışanlara göre daha fazla stresörle karşılaştığını, bu stresörlerden kaynaklanan olumsuz etkenlerin hemşirelerin iş dışındaki yaşamını da etkilediğini düşündürmektedir. İş ortamındaki stresörlerden kaynaklanan olumsuz sonuçların çalışanlarda; oluşturduğu fizyolojik ve psikolojik bozuklukların yanı sıra çalışanların iş dışındaki yaşamını da etkileyebileceği literatürlerde bildirilmektedir (63, 38).

Hemşirelerin **ünitede çalışma nedeni ile çalıştığı üniteyi kendine uygun bulma durumu ve çalıştığı üniteden memnuniyet durumu** karşılaştırıldığında; istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 9). Tayin/atama nedeniyle ünite de çalışan hemşire grubunun kendi isteği ile ünite de çalışan hemşire grubundan daha fazla yoğun bakım ünitesinin kendilerine uygun bir çalışma ortamı olmadığını ifade ettikleri saptanmıştır. Kendi isteği ile ünite de çalışan hemşire grubunun, tayin/atama nedeniyle ünite de çalışan grubundan daha fazla üniteden memnun oldukları görülmektedir. Bu bulguya göre hemşirelerin çalıştığı bölümü kendi isteği ile seçip seçmemesinin, iş yerine uyum sağlamasını ve iş yerinden memnun olmasını etkilediği söylenebilir. Sever'in (63) bölümde kendi isteğiyle çalışan hemşirelerin iş doyumunun

daha fazla ve duygusal tükenmişliğinin daha düşük olduğunu saptaması bizim bulgularımızı destekler niteliktedir.

Çalışmamızda, hemşirelerin üniteyi kendilerine **uygun bulma durumları ile GSA-28 puan ortalamaları** karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç alınmıştır ($p<0.001$). Yoğun bakım ünitesinin kendine **uygun** bir çalışma ortamı olduğunu belirten hemşire grubunun puan ortalaması, uygun olmadığını belirten gruba göre **daha düşük** bulunmuştur (Tablo 10). Bu bulguya göre yoğun bakım hemşireliğini kendilerine uygun bulmayan hemşirelerin ruhsal durumlarının etkilendiği söylenebilir. Sever'in (63) yaptığı çalışmada mesleği kendine uygun bulmayan hemşirelerin genel iş stresi ve duygusal tükenme derecelerinin daha yüksek olduğunu belirlemesi, Aslan ve arkadaşları'nın (5) mesleğinden memnun olmayan hemşirelerde anksiyete, somatizasyon ve depresyon puanlarının yüksek olduğunu belirlemesi, Yıldız'ın (80) yoğun bakım ünitesinde çalışmayı istemeyen hemşirelerin iş doyumlarının düşük olduğunu saptaması bizim bulgularımızı destekler niteliktedir.

Hemşirelerin **sosyal yaşamın etkilenmesi durumları ile genel sağlık anketi puan ortalamaları** karşılaştırıldığında, sosyal yaşamın etkilenmesi durumlarına göre GSA-28 puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.001$). Sosyal yaşantısının **etkilenmediğini** ifade eden grubun puan ortalaması diğer gruplara göre **daha düşük** bulunmuştur (Tablo 10). Sever'in (63) yaptığı çalışmada sosyal yaşamının etkilediğini belirten hemşirelerin, iş stresini ve duygusal tükenmeyi daha fazla yaşadıklarını saptaması, Aksaray ve arkadaşlarının (3) yaptıkları çalışmada meslek nedeniyle evliliklerin etkilenme durumu ile depresyon yaşama durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptaması bulgularımızla uygunluk göstermektedir. Geleneksel olarak kadından beklenen görevler ve ülkemizde hemşireliğin sadece kadın mesleği olduğu göz önüne alınırsa; uzun ve yorucu iş saatlerinin ve sık gece nöbetlerinin hemşirelerin sosyal yaşamını etkilememesi imkansızdır. Dolayısıyla bu durumun, hemşirelerin ruhsal durumlarını olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

Hemşirelerin çalıştıkları bölümden **memnun olma durumları ile genel sağlık anketi puan ortalamaları** karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir

ilişki bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 10). Üniteden **memnun** olan hemşire grubunun puan ortalamaları diğer gruplara göre **daha düşük** bulunmuştur. Barlas'ın (14), yaptığı çalışmada memnuniyet durumu ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptaması, Sever'in (63) çalışmasında memnuniyetin iş doyumu ve duygusal tükenmeyi etkilediğini bulması, Hurst ve arkadaşlarının (37) yaptıkları çalışmada çözümlenmeyen personel problemleri ve çevresel stresörlerin yoğun bakım hemşirelerinde anksiyeteye neden olduğunu tespit etmeleri, Landeweerd ve arkadaşlarının (48) çalışmalarında iş yükü fazlalığının hemşirelerde tükenmeye yol açtığını bildirmeleri bizim sonuçlarımızı destekler niteliktedir. Sevmeden ve istemeden yapılan işlerin kişiler üzerinde yarattığı olumsuz baskılar umutsuzluk, karamsarlık, yorgunluk gibi duygular oluşturabildiği, bu durumun hemşirelerin ruhsal durumlarını etkilediği düşünülmektedir.

Hemşirelerin çalıştıkları bölümde **karşılaştıkları güçlükler karşısında takındıkları tutumlar** ile genel sağlık anketi puan ortalamaları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmuştur ($p<0.001$). Karşılaştıkları güçlüklerle **başa çıkabildiğini** ifade eden hemşire grubunun GSA -28 puan ortalamalarının diğer gruplara göre **daha düşük** olduğu bulunmuştur (Tablo 10). Sever (63) çalışmasında başa çıkma konusunda yeterli olan hemşirelerin iş stresini daha az yaşadıklarını, iş stresi fazla, başa çıkma konusunda yetersiz olan hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin yüksek ve işten ayrılma isteklerinin daha fazla olduğunu tespit etmesi, Barlas'ın (14) çalıştığı bölümden ayrılma düşüncesi ve ekip ile ilgili yaşanan sorunlarla depresyon durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirlemesi, Koç'un (45) yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin iş stresinin orta düzeyde olduğunu ve yeterli başa çıkma yollarını kullanamayan hemşirelerin tükenmişlik yaşadıklarını saptaması, Landeweerd ve arkadaşlarının (48) kurumsal destek sistemi yetersizliğinin yoğun bakım hemşirelerinde tükenmeye yol açtığını bildirmeleri bizim sonuçlarımızı destekler niteliktedir.

Çalışmamızda **bölümden ayrılmayı düşünen** hemşirelerin GSA-28 puan ortalamalarının **yüksek** olması, yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin yaş ortalamasının ve çalışma süresinin düşük olması, iş ortamından kaynaklanan stresle başa çıkmada çalışanlara kurumsal açıdan destek stratejilerinin geliştirilmesi gerektiği düşüncemizi desteklemektedir. Sever'in (63) çalışmasında işten ayrılmayı düşünen

hemşirelerin, stres ve tükenmişlik düzeylerinin yüksek olduğu, iş doyumlarının düşük olduğunu saptaması bulgularımızı destekler niteliktedir. Literatür bilgisine göre yaşam olaylarına göre sürekli zorlanmanın ve kronik, ciddi ve farkına varılan stresin, psikolojik bozukluklara neden olma olasılığının daha fazla olduğu bilinmektedir (46). Bizim çalışmamızda konsültasyon liyezon psikiyatrisinden destek almak isteyen hemşire grubunun GSA-28 puan ortalamalarının, diğer gruplara göre yüksek olması bu grubun daha çok zorlanma yaşadığını göstermektedir.

Hemşirelerin **kurumun sağladığı olanaklar ile genel sağlık anketi puan ortalamaları** incelendiğinde; sosyal olanaklar, hizmet içi eğitim ve hizmet içi eğitimin yeterliliği durumları açısından genel sağlık anketi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo11). Bu bulguya göre sosyal olanakların stresi azaltıcı bir etken olduğu göz önüne alınırsa, bizim çalışmamıza katılan hemşirelerin büyük oranda kurumun sağladığı olanaklardan yararlandıkları ve bu konuda çok fazla zorlanma yaşamadıkları görülmektedir (Tablo3).

Hemşirelerin **hizmet içi eğitim alma durumları ile hemşirelerin GSA-28 puan ortalamaları incelendiğinde;** gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$). Barlas'ın (14) yaptığı çalışmada hemşirelerin oryantasyon programı alma durumu ile depresif durum arasında bir ilişki olmadığını saptaması bizim bulgularımızı destekler niteliktedir.

7.5. SONUÇ

Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin ruhsal durumlarının değerlendirilmesi amacıyla planlanmış bu araştırmada şu sonuçlar bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunluğu genç (%50, 26-30) yaş grubundadır. Hemşirelerin yarıdan fazlası (%54.4) bekar, (%75.3) çocuk sahibi olmayıp %51.2'si yüksek lisans mezunudur. Hemşirelerin büyük çoğunluğu (%91.8) daha önce psikolojik sorun yaşamamış olup, psikolojik sorun yaşayanların çoğunluğu (%69.2) destek almışlardır.

Hemşirelerin çoğunluğu (%63.9) bölümde tayin/atama nedeni ile çalışmakta olup, %26.6'sı cerrahi yoğun bakım ünitesinde çalışmaktadır. Hemşirelerin büyük çoğunluğu (%84.2) vardiya değişimli çalışmakta olup, çoğunluğu (%69.2) bir ayda 6-8 gece nöbeti tutmakta ve yarıdan fazlası (%61.4) bir nöbette 2-4 hastadan sorumlu olmaktadır. Hemşirelerin büyük çoğunluğu (%75.3) lojmandan yararlanmakta olup, (%76.6) hizmet içi eğitim almışlardır. Hizmet içi eğitim alanların çoğunluğu (%57.9) aldıkları hizmet içi eğitimi yeterli bulmaktadır.

Hemşirelerin çoğunluğu (%65.2) yoğun bakım ünitesini kendine uygun bir çalışma ortamı olarak ifade ederken, büyük çoğunluğu (%72.2) çalışma şeklinin sosyal yaşantılarını etkilediğini, yarısı (%50.6) çalıştığı üniteden kısmen memnun olduğunu belirtmektedir. Hemşirelerin memnun olmama nedenlerinin başında çalışma ortamının yoğunluğu (%77.9), malzeme/eleman yetersizliği (%59.3), olumsuz fiziksel koşullar (%52.2) ve kritik hastaya bakım vermek (%50.4) gelmektedir. Hemşirelerin yarıdan fazlası (%69.6) çalıştıkları bölümde karşılaştıkları güçlüklerle başa çıkabildiklerini belirtmişlerdir.

Hemşirelerin **çalıştıkları yoğun bakım üniteleri** ile GSA-28 puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak **anlamlı** bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Cerrahi yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ruhsal durumlarının daha kötü olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin **ünitede çalışma nedenleri** GSA-28 puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak **anlamlı** bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Kendi isteği ile üniteye çalışan hemşirelerin ruhsal durumlarının daha iyi olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin **çalışma şekillerine göre sosyal yaşamın etkilenme durumu** arasında istatistiksel olarak **anlamlı** bir ilişki saptanmıştır ($p<0.001$). Vardiyalı çalışan hemşirelerin gündüz çalışan hemşirelere göre sosyal yaşamlarının daha fazla etkilendiği saptanmıştır.

Hemşirelerin **çalışma şekillerine göre psikolojik sorun yaşama durumu** arasında istatistiksel olarak **anlamlı** bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Vardiyalı çalışan hemşireler gündüz çalışan hemşirelerden daha az psikolojik sorun yaşamaktadırlar.

Hemşirelerin üniteye **çalışma nedeni ile ünitenin uygunluk durumu** arasında istatistiksel olarak **anlamlı** bir ilişki bulunmuştur ($p<0.001$). Kendi isteği ile üniteye çalışan hemşire grubunun tayin/atama nedeni ile üniteye çalışan hemşire grubuna göre üniteyi daha fazla kendilerine uygun buldukları saptanmıştır.

Hemşirelerin üniteye **çalışma nedeni ile üniteden memnuniyet durumu** arasında istatistiksel olarak **anlamlı** bir ilişki bulunmuştur ($p<0.001$). Kendi isteği ile üniteye çalışan hemşire grubunun tayin/atama nedeni ile üniteye çalışan hemşire grubuna göre üniteden daha fazla memnun olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin üniteyi kendine **uygun bulma durumu** ile GSA-28 puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak **anlamlı** bir farklılık saptanmıştır ($p<0.001$). Ünitenin kendine uygun olduğunu ifade eden hemşire grubunun ruhsal durumunun daha iyi olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin **sosyal yaşantının etkilenmesi durumu** ile GSA-28 puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak **anlamlı** bir farklılık saptanmıştır ($p<0.001$).

Sosyal yaşamının etkilenmediğini ifade eden hemşire grubunun ruhsal durumunun daha iyi olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin üniteden **memnuniyet durumu** ile GSA-28 puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak **anlamlı** bir farklılık saptanmıştır ($p<0.001$). Üniteden memnun olduğunu ifade eden hemşire grubunun ruhsal durumunun daha iyi olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin çalıştığı bölümde **karşılaştıkları güçlükler karşısında takındıkları tutum** ile GSA-28 puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak **anlamlı** bir farklılık saptanmıştır ($p<0.001$). Çalıştığı bölümde karşılaştığı güçlüklerle başa çıkabildiğini ifade eden hemşire grubunun ruhsal durumunun daha iyi olduğu saptanmıştır.

Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin, çalıştıkları ortamın getirdiği stresi yoğun bir şekilde yaşadıkları bir gerçektir. Ancak, son derece stresli olan bu ortamda çalışmak zorunda olan hemşireler, yeterli düzeyde desteklenmemektedirler.

Bu açıdan bakıldığında yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler için güçlük ve gereksinimlerinin giderilmesinde aşağıdaki öneriler sunulmuştur;

◆ Yoğun bakım üniteleri stresörlerinin iyi tanımlanması ve hemşireleri iş ortamında etkileyen stresörlerin en aza indirilmesi için önlemlerin alınması sağlanmalıdır.

◆ Hemşirelerin ruh sağlığını koruma ve sürdürme amacıyla kolayca ulaşabilecekleri psikolojik danışma ve rehberlik hizmetlerinin verilmesi sağlanmalıdır.

◆ Hemşirelerin memnuniyetsizlik nedenleri incelenmeli ve çözüm yolları aranmalıdır.

◆ Vardiya saatleri ve nöbet listeleri hemşirelerin istek ve gereksinimleri göz önüne alınarak, hemşirelerin özel yaşantıları etkilenmeyecek şekilde düzenlenmeli, gece nöbetleri makul sayıda tutulmalıdır.

◆ Çalıştığı bölümün kendine uygun olmadığını düşünen hemşirelerin, bölümü uygun bulmama nedenleri araştırılmalı, görevlendirilme sırasında çalışmak istedikleri

bölümü seçebilmelerine olanak tanınması sağlanmalı, yer değişikliği yapılması gereken durumlarda da hemşirelerin fikir ve görüşlerine önem verilmelidir.

◆ Hemşirelerin çalıştıkları bölümün iş yükü açısından değerlendirilmesi, iş yükünün fazla olduğu bölümlerde çalışan hemşireler için ilave olanakların sağlanması ve bu bölümlerde çalışmanın bir angarya değil, ayrıcalık haline getirilmesi sağlanmalıdır.

◆ Hemşirelerin streslerini tanıyabilecekleri, yaşadıkları güçlükleri paylaşabilecekleri, zorlandıkları durumları ifade edebilecekleri ve stresle etkili baş etme yöntemlerini öğrenebilecekleri grup toplantılarının düzenlenmesi sağlanmalıdır.

8. EKLER

EK I : YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİ TANITICI ANKET FORMU

Değerli Meslektaşlarım,

Bu çalışma yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin karşılaştıkları sorunlar ve bunlardan kaynaklanan ruhsal belirtilerin ortaya çıkarılması amacıyla planlanmıştır. Vereceğiniz yanıtların içten olması bunların belirlenmesinde yardımcı olacaktır. İsim belirtmeniz gerekmemektedir. Ayrıca zaman ve katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Emel ÇAVUŞ

Sıra No: ...

1- Çalıştığınız Bölüm:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1- Kardiyoloji Y.B.Ü | <input type="checkbox"/> 2- Kalp Damar Cerrahisi Y.B.Ü |
| <input type="checkbox"/> 3- Acil Y.B.Ü | <input type="checkbox"/> 4- Ortopedi ve Travmatoloji Y.B.Ü |
| <input type="checkbox"/> 5- Yenidoğan Y.B.Ü | <input type="checkbox"/> 6- Nöroloji Y.B.Ü |
| <input type="checkbox"/> 7- Cerrahi Y.B.Ü | <input type="checkbox"/> 8- Nöroşirurji Y.B.Ü |
| <input type="checkbox"/> 9- Çocuk Y.B.Ü | |

2- Yaşınız:

3- Medeni durumunuz:

- 1-) Evli
 2-) Bekar
 3-) Eşinden ayrılmış
 4-) Eşi vefat etmiş

4- Çocuk Sayısı:

- 1-) Çocuğu yok
 2-) Bir çocuk
 3-) İki çocuk
 4-) Üç çocuk ve yukarısı

5- Eğitim durumunuz:

- 1-) Sağlık Meslek Lisesi
 2-) Önlisans
 3-) Lisans
 4-) Yüksek Lisans/Doktora

6- Meslekteki çalışma süreniz:

- 1-) 0 – 1 yıl
 2-) 2 – 5 yıl
 3-) 6 – 8 yıl
 4-) 9 yıl ve üzeri

7- Yoğun bakım ünitesinde çalışma süreniz:

- 1-) 0 – 1 yıl
 2-) 2 – 5 yıl
 3-) 6 – 8 yıl
 4-) 9 yıl ve üzeri

8- Çalışma şekliniz:

- 1-) Sürekli gündüz
 2-) Sürekli gece
 3-) Vardiya değişimli

9- Ne kadar zamandır aynı sistemle çalışıyorsunuz? :

10- Vardiya değişimli çalışıyorsanız ayda kaç kez gece çalışıyorsunuz?

11- Çalışma şekliniz sosyal yaşamınızı etkiliyor mu?

- 1-) Evet
 2-) Hayır
 3-) Bazen

12- Çalıştığınız ünite de hemşire başına düşen ortalama hasta sayısı Kaçtır?

13- Yoğun bakım ünitesinde çalışmayı seçme nedeniniz nedir?

- 1-) Tayin/Atama
 2-) Kendi isteği
 3-) Diğer (Belirtiniz)

14- Yoğun bakım ünitesi size uygun bir çalışma ortamı mı?

- 1-) Evet
 2-) Hayır

15- Yanıtınız hayır ise nedenini açıklar mısınız?

.....

16- Çalıştığınız ünite ile ilgili hizmet içi eğitim aldınız mı?

- 1-) Evet
 2-) Hayır

17- Yanıtınız evet ise sizce bu eğitim yeterli miydi?

- 1-) Evet
 2-) Hayır

18- Sizce yoğun bakım ünitesi ile ilgili verilebilecek eğitimin içeriğinde neler yer almalıdır? (Birden fazla yanıtlayabilirsiniz)

- 1-) Yoğun bakıma özgü bilgi ve beceri eğitimi
- 2-) Stresle başa çıkma
- 3-) Kayıp/Ölüm
- 4-) Kriz
- 5-) Diğer (Belirtiniz)

19- Çalıştığınız kurumdaki sosyal olanaklar nelerdir?

- 1-) Sosyal olanak yok.
- 2-) Lojman.
- 3-) Kreş.
- 4-) Ulaşım.
- 5-) Diğer (Belirtiniz)

20- Çalıştığınız üiteden memnun musunuz?

- 1-) Evet
- 2-) Hayır
- 3-) Kısmen

21- Yanıtınız hayır ise nedenleri (Birden fazla yanıtlayabilirsiniz)

- 1-) Kritik durumdaki hastalara bakım vermek.
- 2-) Çalışma ortamının yoğunluğu.
- 3-) Çalışma şekli.
- 4-) Ekip üyeleri ile yaşanan iletişim güçlükleri.
- 5-) Ünite yönetimi ile ilgili sorunlar.
- 6-) Olumsuz fiziksel koşullar.
- 7-) Malzeme ve eleman yetersizliği.
- 8-) Sürekli dikkat gerektiren işlerle uğraşmak.
- 9-) Ölüm ile çok fazla karşılaşılması.

22- Çalıştığınız üitede yaşadığınız güçlükler karşısında ne yapmayı planlıyorsunuz?

- 1-) Güçlüklerle/sorunlarla başa çıkmaya çalışmak.
- 2-) Konsültasyon Lizeyon Psikiyatrisi biriminden destek almak.
- 3-) Başka bölümde çalışmak.
- 4-) Diğer (Belirtiniz)

23- Daha önce önemli bir psikolojik sorun yaşadınız mı?

- 1-) Evet
- 2-) Hayır

24- Yanıtınız evet ise psikolojik destek aldınız mı? (Belirtiniz)

EK II: GENEL SAĞLIK ANKETİ – 28

Lütfen bu açıklamayı dikkatle okuyunuz:

Son birkaç hafta içinde her hangi bir tıbbi şikayetinizin olup olmadığını, genel olarak sağlığınızın nasıl olduğunu öğrenmek istiyoruz. **Bütün soruları** size en uygun cevabı işaretleyerek cevaplayınız. Geçmişteki değil, **yalnız son dönemdeki ve şu andaki şikayetlerinizi** sordüğümüzü unutmayınız. Soruların hepsini cevaplamanız çok önemlidir.

SON ZAMANLARDA

A1. Kendinizi çok iyi ve sağlıklı hissediyor musunuz?	evet, her zamankinden çok	her zamanki kadar	her zamankinden kötü	çok daha kötü
A2. Sizi dinçleştirecek bir ilaca ihtiyaç duyuyor musunuz?	hayır, hiç duymuyorum	her zamanki kadar	her zamankinden çok	çok fazla
A3. Kendinizi tükenmiş ve dağılık hissediyor musunuz?	hayır, hiç hissetmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden çok	çok fazla
A4. Kendinizi hasta hissediyor musunuz?	hayır, hiç hissetmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden çok	çok fazla
A5. Başınızda ağrı oluyor mu?	hayır, hiç olmuyor	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
A6. Başınızda sıkışma veya basınç hissi oluyor mu?	hayır, hiç olmuyor	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
A7. Sıcak ya da soğuk basması oluyor mu?	hayır, hiç olmuyor	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
B1. Endişeleriniz nedeniyle uykusuzluk çekiyor musunuz?	hayır, hiç çekmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
B2. Uykunuzun bölündüğü oluyor mu?	hayır, hiç olmuyor	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
B3. Kendinizi sürekli gerilim altında hissediyor musunuz?	hayır, hissetmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden çok	çok fazla
B4. Öfkeli ve huysuz oluyor musunuz?	hayır, hiç olmuyorum	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
B5. Nedensiz korkuya veya paniğe kapıldığınız oluyor mu?	hayır, hiç kapılmıyorum	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
B6. Her şeyi üzerinize yüklenmiş gibi hissediyor musunuz?	hayır, hiç hissetmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok fazla
B7. Kendinizi sürekli sinirli ve gergin hissediyor musunuz?	hayır, hiç hissetmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden çok	çok fazla

C1. Bir işle meşgul olabiliyor musunuz?	evet, her zamankinden çok	her zamanki kadar	her zamankinden az	çok az
C2. İşlerinizi bitirmeniz daha uzun zaman alıyor mu?	hayır, hiç almıyor	her zamanki kadar	her zamankinden çok	çok uzun
C3. Genel olarak işleriniz iyi yaptığınızı hissediyor musunuz?	evet, her zamankinden iyi	her zamanki kadar	her zamankinden kötü	çok kötü
C4. Görevlerinizi yeterince yerine getirebiliyor musunuz?	evet, her zamankinden çok	her zamanki kadar	her zamankinden kötü	çok kötü
C5. İşe yaradığınızı düşünüyor musunuz?	evet, her zamankinden çok	her zamanki kadar	her zamankinden az	çok az
C6. Herhangi bir konuda fazla zorlanmadan karar verebiliyor musunuz?	evet, her zamankinden çok	her zamanki kadar	her zamankinden kötü	çok kötü
C7. Günlük faaliyetlerden zevk alabiliyor musunuz?	her zamankinden çok	her zamanki kadar	her zamankinden az	çok az
D1. Kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz?	hayır, hiç görmüyorum	her zamanki kadar	her zamankinden çok	çok fazla
D2. Yaşamdan hiç umudunuzun kalmadığını hissediyor musunuz	hayır, hiç hissetmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
D3. Hayat yaşamaya değmez diye düşünüyor musunuz?	hayır, hiç düşünmüyorum	her zamanki kadar	her zamankinden çok	çok fazla
D4. Kendi canınıza kıyabileceğinizi düşündüğünüz oluyor mu?	kesinlikle hayır	her zamanki kadar	aklımdan geçtiği oldu	çok sık
D5. Sınırlerinizi bozulduğu için hiçbir şey yapamadığınız oluyor mu?	hiç olmuyor	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
D6. Kendi kendinize “ölsem de kurtulsam” dediğiniz oluyor mu?	hiç olmuyor	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
D7. Kendinizi öldürme düşüncesi sürekli aklınıza takılıyor mu?	kesinlikle hayır	düşünmedim	aklımdan geçtiği oldu	çok sık

9. KAYNAKLAR

1. Akay E.: Cerrahpaşa Psikiyatri. s. 15-31, İ.Ü. Yayınları, 2002.
2. Akpir K.: Türkiye’de yoğun bakım biriminin dünü, bugünü ve sorunları. International Hospital Hastanesi Sempozyumu, Modern tıpta yoğun bakımda son gelişmeler, İstanbul, 1992.
3. Aksaray G., Önen R., Önen R: Hekimlerde ruhsal belirti dağılımı üzerine bir çalışma. Düşünen Adam, 6 (1): 3-7, İstanbul, 1993.
4. Androque H.J., Jubin. M.J.: Respiratory Failure, Blackmes Science, ABD., 1997.
5. Aslan H., Aslan O., Alpaslan N.: Hemşirelerde Tükenme, İş Doyumu ve Ruhsal Belirtiler. Nöro Psikiyatri Arşivi, 33 (4): 192-199, 1996.
6. Aştı N., Kelleci M., Küçük L.: Bir Sağlık Ocağına Başvuran Kadınların Genel Sağlık Anketine Göre Ruhsal Durumları. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7 (2): 51-55, 2003.
7. Avrupa Kritik Bakım Hemşireleri Dernekleri Federasyonu Son Tüzük Tasarısı, Yoğun Bakım Dergisi, Cilt:1, Sayı:1, s. 3, 1999.
8. Badır A.: Koroner Yoğun Bakım Ünitesi Hemşirelerinin Oryantasyonu ve Sürekli Eğitimi. Yoğun Bakım Dergisi, 2 (3): 15-17, 1999.
9. Bailey J.T.,Stefen S.M., Grout J.M.: The stress audit; Identifying the stressors of ICU nursing, J Nurs Educ., 1990.

10. Baltaş A., Baltaş Z.,: Stres ve Başaçıkma Yolları. Remzi Kitabevi, 22. basım, İstanbul, 2004.
11. Baltaş Z., Özer Y., Ertegün Y.: Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Stres Düzeyleri ve Stresin Hemşireler Üzerindeki Etkileri. 2. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Sempozyumu, s. 147-165, İstanbul, 1995.
12. Baltaş Z.: Sağlık Psikolojisi. Remzi Kitabevi, İstanbul, 2000.
13. Barash P., Cullen B., Stoelting R.: Klinik Anestezi El Kitabı. Ed.: Elar Z., Legas Yayıncılık, 2.Baskı, İstanbul, 1999.
14. Barlas G.: İstanbul İli Hemodiyaliz Birimlerinde Çalışan Hemşirelerde Görülen Depresyon Belirtileri ve Başa Çıkma Yöntemleri. M.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1998 (Danışman: Yrd. Doç. Dr. : Ö. Işıl).
15. Bayraktar E., Aydemir Ö., Özmen E.: Genel Tıpta Psikiyatrik Sendromlar. Ajans Matbaacılık, Ankara, 1997.
16. Bener S.: Hemşirelerin Mesleki Doyumu ve Genel Ruhsal Sağlığı Araştırılması. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, 1999 (Danışman: Prof. Dr. : H. PEKCAN).
17. Bilgili N.: Ankara Dışkapı SSK Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Genel Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi. 5. Ulusal Hemşirelik Kongresi, DEÜ Rektörlüğü Matbaası, İzmir, 1998.
18. Boratav C., Ögel K., Özmen E.: Depresyonda Tanı ve Tedavi. E-Medya Basım, İstanbul, 2001.
19. Borathan C., Özmen E., Sağduyu A.,: Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Depresyon. Türk Psikiyatri Dergisi. 8(11): 3/16, İstanbul, 2000.

20. Bostancı N., Küçük L.: Konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliği. 9. Ulusal Hemşirelik Kongresi, s. 313-315, Antalya, 2003.
21. Candansayar S. ve ark.: Birinci Basamakta Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Sermet Matbaası, s. 55- 58, Ankara, 1997.
22. Christensen M., Taylor H.: Defining The Expert ICU Nurse, Intensive Care Nursing, 11:3-4, 2006.
23. Çakmak D., Saatçioğlu Ö.: Yüksek Lisans İçin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Dizayn Matbaacılık, s. 78-89, İstanbul, 1997.
24. Çelikkol A.: Çağdaş İş Yaşamında Ruh Sağlığı. Melisa Matbaacılık, İstanbul, 2001.
25. Çelikkol A.: Ruhsal Bozukluklar Önlenebilir mi?. Popüler Psikiyatri, 23:1, 2005.
26. Dolan J.: Critical Care Nursing, FA Davis Company ,Philadelphia, 1996.
27. Dünya Sağlık Raporu, s. 9-10, Cenevre, 1998.
28. Ernle W.D., Young D.: Life and Death in the ICU. Ed: Civetta J.M., Ethical Considerations Critical Care, Third Editions, Philadelphia, 1997.
29. Ertekin Y.: Stres ve Yönetim. TODAİE Yayınları, 1993.
30. Esener Z.: Klinik Anestezi. 19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Yayınları, s. 591-593, İstanbul, 1991.
31. Esin N., Erdoğan S., Nahcivan N.: İş Sağlığı Hemşireliği Standartları. Hemşirelik Bülteni, 7:45, 1999.

32. Frederic S., Darryl S.: Yoğun Bakım Tanı ve Tedavi. Ed.: Güven M., Güneş Kitabevi, 2.Baskı, Ankara, 2004.
33. Frost E.A.: Post Anesthesia Care Unit, Mosby Company, ABD, 1990.
34. Goldman H.: Role Expansion in Intensive Care; survey of nurses views, Intensive and Critical Care Nursing, 10:313, 1999.
35. Gördür H., Kozacıoğlu G.: Bireyden Topluma Ruh Sağlığı. Melisa Matbaacılık, İstanbul, 1995.
36. Hatipoğlu S., Sekmen K.: Yoğun Bakım Ünitesi Teknolojik Ortamının Hasta ve Ailesi Üzerine Etkileri. Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi, 3 (1): 22-26, 2005.
37. Hurst S., Koplin S.: Hardiness in ICU Nurses. Critical Care Nurses, 4:31, 2005.
38. Işıkhani V.: Çalışma Hayatında Stres ve Başa Çıkma Yolları. Sandal Yayınları, Ankara, 2004.
39. İliçin G., Berberoğlu K., Ünal S.: Temel İç Hastalıkları. Melisa Matbaacılık, s. 62-64, İstanbul, 1996.
40. İsmail H.: Metropolitan Bir Kentte Kardiyoloji Yoğun Bakım Ünitelerinin Organizasyonu. İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1992 (Danışman: Doç. Dr. B. Ayhan).
41. Karaböcüoğlu M., Uzel N., Üçsel R.: Acil Pediatri ve Çocuk. Yoğun Bakım Toplantı Kitabı, İstanbul, 2001.

42. Karadağ A.: Yoğun Bakım Ünitelerinin Hemşireler Tarafından Ergonomik Açıdan Değerlendirilmesi. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 1994 (Danışman: Doç. Dr. F. Ulusoy).
43. Kılıç C.: Genel Sağlık Anketi; Faktör Analitik Bir Çalışma. Nöro Psikiyatri Arşivi, 33 (4): 181-186, 1996.
44. Kinney M.R., Pacha D.R., Dunbar S.B.: AACN's Critical Care Reference for Critical Care Nursing, ABD., 1988.
45. Koç H.: Yoğun Bakım Ünitesi Hemşirelerinde Stres Etkenleri ve Tükenmişlik Sendromu. İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1999 (Danışman: Prof. Dr. H. Çatalca).
46. Kum N. ve ark.: Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı. Birlik Ofset, İstanbul, 1996.
47. Küçüktürk E., Gülseven K.: Anksiyete ve Fiziksel Belirtiler. Anksiyete Monografaları Serisi, Ankara, 1999.
48. Landeweerd J.A., Merode G., Tummers E.R.: The Diversity of Work: differences, similarities and relationships concerning characteristics of the organization, the work and psychological work reactions in intensive care and non-intensive care nursing. International Journal of Nursing, 39: 841-855, 2002.
49. Mayou R., Sharpe M.: Psikolojik Tıbbın ABC'si . Çev Ed.: Erkmen H., Ladin Matbaacılık, İstanbul, 2003.
50. Miranda D.R.: Scoring systems in the measurement of performance of ICU's. Intensive Care Med, ABD., 1999.

- 51.** Morgan E., Magged M.: Klinik Anesteziyoloji. Ed.: Lüleci N., Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2002.
- 52.** Nahcivan N.: Bir İşyeri Ortamının Sağlık Riskleri Yönünden İncelenmesi. 5.Ulusal Hemşirelik Kongresi, DEÜ Rektörlüğü Matbaası, s. 89-96, İzmir, 1998.
- 53.** Ocakçı A.: Hemşirelikte ekip çalışması ve liderlik. Türk Hemşireler Dergisi, s. 33-35, 1993.
- 54.** Oktay S.: Yoğun bakım ünitelerinin standartları, organizasyonu, yönetimi. Yoğun Bakım Dergisi, 3(2): 76-79, 1997.
- 55.** Okur H.: Arter kan basıncı ölçümü. Yoğun Bakım Hemşireler Dergisi, 5(3) s. 123-125, 1999.
- 56.** Özçelik H.: Yoğun Bakım Hemşirelerinin Demografik Özellikleri İle İş Stres Düzeyi ve Tükenmişlik Düzeyi Arasındaki İlişki. Ulusal Klinisyen Hemşireler ve Ebeler Kongresi, Antalya 2001.
- 57.** Öztürk O.: Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 2004.
- 58.** Özyurt G.: Yoğun bakım. s.1-9, Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa, 1992.
- 59.** Parker K.P.: Promoting Sleep and Rest in Critically Ill Patients. Ed; Dunbar S.B., Gould K.A., Critical Care Nursing Clinics of North America, 7(2): 337-379, W.B. Saunders , 1995.
- 60.** Pilbeau P.S.: Mekanik Ventilasyonun Fizyolojik ve Klinik Uygulaması. Çev Ed: Beşler M., Helvacı A., s. 9, İstanbul, 1998.
- 61.** Pitorac E.F.: Care at the time of death. American Journal of Nursing, 2003.

- 62.** Sayıl I.: Bireyden Topluma Ruh Sağlığı. s. 11-12 Eler Matbaacılık, İstanbul, 2004.
- 63.** Sever A.: Hemşirelerin İş Stresi ile Başa Çıkma Yolları ve Bunun Sonuçlarının Araştırılması. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 1997 (Danışman: Prof. Dr. Ç. Pektekin) .
- 64.** Soehren P.: Stressors Perceived by Cardiac Surgical Patients in the Intensive Care Unit. American Journal of Critical Care, 3: 287-295, 1995.
- 65.** Stanton D.J.: The Psychological Impact of Technologion Patients and Families. Nurs Clin North Am, 28: 443-515, 1993.
- 66.** Stevens D.R., Katselas S.B.: Nursing the terminally ill; Being with people indifficult times. Home Health Care Nurse, 9: 147-185, 1999.
- 67.** Sung R., Douglas S., Daly J.B.: Survival Experience of Chronically Critically Ill Patients. Nursing Research, 45:2, March-April, 1996.
- 68.** Şahinoğlu A.: Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri. Türkiye Klinikleri Yayın Serisi, Set Ofset, 2. Baskı, Ankara, 2003.
- 69.** Şimşek L.: Ruh Sağlığı ve Sağlık Personeli. 2.Ulusal Klinisyen Hemşire ve Ebeler Kongresi, Kudret Basım A.Ş., İstanbul, 2002.
- 70.** Tatar Ü.; Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Ölüm Olayı Karşısındaki Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1988 (Danışman: Doç. Dr. B. Yürügen).
- 71.** Tekeli E.: Yoğun bakım infeksiyonlarının dünü bugünü, yarını. Yoğun Bakım Dergisi, 3:25-27, 2002.

72. Telci L.: Yoğun Bakım Nasıl Olmalıdır?. Yoğun Bakım Derneği Dergisi, 1: 15-17, 2004.
73. Terakye G.: Hasta Hemşire İlişkileri. Zirve Ofset, Ankara, 1998.
74. Turgay M.: Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerde Stres. Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi, 5(2): 80-82, 2001.
75. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. Ankara, 1998.
76. Velicangil S.: Koruyucu ve Sosyal Tıp. Sermet Matbaası, İstanbul, 1975.
77. Veliöğlu S., Cangüler F., Köksal G.: Yoğun bakım hemşirelerinde gece ve gündüz vardiyasının endokrin stres cevabı üzerine etkisi. 2. Uluslararası, 9. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Antalya, 2003.
78. Yalçın S.: Personel Yönetimi. Küre Ajans Baskı, İstanbul, 1999.
79. Yargıç İ.: Yaygın Anksiyete Bozukluğu. Ed: Kocabaşoğlu N., Cerrahpaşa Psikiyatri, İstanbul, 2001.
80. Yıldız N.: Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerinde İş Doyumunu Etkileyen Faktörler. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2001 (Danışman: Prof. Dr. N. Kanan).

10. ÖZGEÇMİŞ

03.07.1977 yılında Zonguldak'ta doğan Emel ÇAVUŞ, ilk, orta, lise öğrenimini Zonguldak'ta tamamladı. 1993-1997 yılları arasında İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu'nda lisans eğitimini tamamladı.

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Acil Ameliyathane bölümünde 1 yıl ameliyathane hemşiresi ve İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi Acil Cerrahi Servisinde 5 ay servis hemşiresi olarak çalıştı. 1997'de İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Anabilim Dalı Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde çalışmaya başladı ve halen bu bölümde çalışmaktadır.

Bekar olan Emel ÇAVUŞ İngilizce bilmektedir.