



**TC
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ANABİLİM DALI**

**YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE HASTA YAKINLARININ
FARKLI KİŞİLERCE BİLGİLENDİRİLMESİNİN VE
BİLGİLENDİRME SIKLIĞININ AİLE MEMNUNİYETİ
ÜZERİNE ETKİSİ**

Dr. Mustafa YALAMAĞLU

Uzmanlık Tezi

Danışman

Doç. Dr. Nurcan DORUK

MERSİN – 2012



TC
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ANABİLİM DALI

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE HASTA YAKINLARININ
FARKLI KİŞİLERCE BİLGİLENDİRİLMESİNİN VE
BİLGİLENDİRME SIKLIĞININ AİLE MEMNUNİYETİ
ÜZERİNE ETKİSİ

Dr. Mustafa YALAMAOĞLU

Uzmanlık Tezi

Danışman

Doç. Dr. Nurcan DORUK

MERSİN – 2012

TEŞEKKÜR

Asistanlığım süresince, iyi bir anestezi doktoru olabilmemiz için bilgi ve deneyimlerini aktaran, desteğini ve sevgisini bizden esirgemeyen değerli hocalarım; Prof. Dr. Zeliha Özer, Prof. Dr. Ali Aydın Altuncan, Prof. Dr. Őebnem Atıcı, Doç. Dr. Tuğsan Egemen Bilgin, Doç. Dr. Handan Birbiçer, Doç. Dr. Davud Yapıcı'ya ve ayrıca tezimin hazırlanmasının her aşamasında desteğini aldığım hocam Sayın Doç. Dr. Nurcan Doruk'a, istatistik analizde yardımları için Öğr. Üyesi Sayın Doç. Dr. Bahar Taşdelen'e, yoğun bakım hemşireleri ve diğer çalışanlarına, çeviride bana yardımcı olan Yard. Doç. Dr. Őaziye Yaman'a,

Sevgi ve dostluklarıyla bana destek olan tüm asistan arkadaşlarıma, ameliyathane hemşirelerine, anestezi teknikerlerine, beni her zaman destekleyen aileme, özellikle de yaşamımın her aşamasında olduğu gibi asistanlığım süresince de sabrını ve desteğini esirgemeyen anneme teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ÖZET	5
İNGİLİZCE ÖZET	6
GİRİŞ VE AMAÇ	7
GENEL BİLGİLER	9
Yoğun Bakım Servisleri ile ilgili Genel Bilgiler	9
Yoğun Bakım Servislerinde Hasta Yakınlarının gereksinimleri ve yaşadığı sorunlar	11
Ailelerin gereksinimleri ve memnuniyetlerini değerlendirmede kullanılan araçlar	17
Yoğun Bakımda Kaybedilen ve Terminal Dönem Hastaların Yakınlarının ihtiyaçları	18
GEREÇ VE YÖNTEMLER	22
Veri toplama aracının hazırlanması ve uygulanması	23
Verilerin değerlendirilmesi	23
BULGULAR	25
TARTIŞMA	30
SONUÇ	36
KAYNAKLAR	37
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	45
ŞEKİLLER VE RESİMLER DİZİNİ	46
TABLolar DİZİNİ	47
EKLER	48
EK-1. Yoğun Bakım Ünitesindeki Bakımda Ailenin Memnuniyeti Anketi Formu	

ÖZET

Yoğun bakımda yatan hasta yakınları için hastasının durumu hakkında bilgi alma en önemli ihtiyaçtır. Yoğun bakımın fiziki şartları ve hastanın dış ortamdaki izolasyonunun gerekliliği, bilgilendirme ihtiyacını daha da arttırmaktadır.

Bu çalışma, yoğun bakım servisinde yatan hastaların yakınlarının farklı kişilerce bilgilendirilmesinin ve bilgilendirme sıklığının, hasta yakınlarının memnuniyeti üzerinde etkili bir faktör olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma, 01/Şubat/2012 ile 31/Mart/2012 tarihleri arasında, Mersin Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Yoğun Bakım Servisi'nde yapılmıştır. Çalışmaya 83 hasta yakını dahil edilmiş ve literatür araştırması yapılarak seçilmiş olan ölçme aracının İngilizce versiyonu, Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi'nde görevli bir öğretim üyesi tarafından Türkçe'ye çevrilerek üç grup hasta yakınına uygulanmıştır. Grup 1'deki hasta yakınlarına günde bir kez rutin bilgi verilmiş, Grup 2'deki hasta yakınlarına öğleden önce ve öğleden sonra olmak üzere günde iki kez bilgi verilmiş, Grup 3'deki hasta yakınlarına günde bir kez yoğun bakımda çalışan başka bir doktor tarafından bilgi verilmiştir.

Çalışmamızda, karar alma ölçeği puanları bakımından Grup 3'ün ortalaması (83.35 ± 16.96), Grup 1'in ortalamasından (65.18 ± 21.65) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0.003$). Toplam memnuniyet ölçeği puanları bakımından, Grup 3'ün ortalaması (82.56 ± 12.30), Grup 1'in ortalamasından (67.46 ± 21.61) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0.010$). Bakımda memnuniyet ölçeği puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Sonuç olarak hasta yakınları ile iletişimin geliştirilmesinin hasta yakını memnuniyeti üzerine olumlu etkisinin olduğu ve iletişimin geliştirilmesi için nelerin yapılabileceğinin araştırıldığı başka çalışmalara gereksinim olduğu kanısına varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Bilgilendirme, Hasta yakını memnuniyeti, Kritik hasta, Yoğun bakım.

ABSTRACT

Providing Information and the Impact of Family Satisfaction

For relatives of hospitalized in intensive care patients receive information about the status of the most important requirement. Physical conditions and the necessity of the patients isolation, further increases the need of information.

In this study, 'the frequency of information' and 'meeting with other doctors' , we conducted to evaluate is an effective factor on patients family satisfaction admitted to the intensive care unit.

Research has been done between 01.Feb.2012 and 31.Mar.2012 at Mersin University Medical Faculty Education and Research Hospital's ICU. 83 patients relatives were included in the study. measurement tool that was selected by the literature survey, translated from English to Turkish by a lecturer at the Mersin University employee. Study applied to three groups of patients relatives given routine information, given information twice a day and information given by another doctor.

There was no statistically significant difference between the groups for satisfaction with care scores. For decision making and total scores , group of information given by another doctor, had higher scores from group of given routine information and that the difference is statistically significant. (mean±std.dev= 83.35±16.96 vs 65.18±21.65 p=0.003 and 82.56 ±12.30 vs 67.46±21.61 p=0.010)

In conclusion, we found that the improving communication with families have positive impact of satisfaction. We need more research on how to improve communication.

Keywords: Critical illness, Family satisfaction, ICU, information.

GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşamları süresince bireylerin sağlık durumu, zaman zaman bozulabilmekte ve tedavi ve bakımı gerekli kılan hastalık durumu ile karşı karşıya gelebilmektedir. Durumu kritik olan hastaların tedavi ve bakımı yoğun bakım ünitelerinde sağlanmaktadır. Günümüzde sağlık hizmetlerinin, sadece hasta veya hastalığa odaklanmak yerine bütüncül bir yaklaşımla verilmesi önem kazanmaktadır. Sağlık harcamalarının ciddi bir bölümünün yoğun bakım servislerinde verilen hizmetle ilişkilendirilmiş olması nedeni ile yoğun bakım servislerinin kalitesinin sürekli artırılması gündeme gelmiş, bu amaçla kalitenin değerlendirilmesi için bazı parametreler belirlenmiştir. En önemli parametrelerin başında; bakımın klinik sonuçları, etkin kullanım durumu, verilen hizmetin teknik kalitesi, çalışanların memnuniyeti ve hasta yakınlarının ihtiyaçlarının karşılanabilmesi ve memnuniyeti gelmektedir¹. Aile memnuniyetinin, yoğun bakımın kalitesini gösteren bir parametre haline gelmesi ile aile memnuniyeti sorgulamaları önemli hale gelmiştir². Yoğun bakıma kabul edilen hastaların klinik durumları ve bilinç düzeylerinin değişken olduğu göz önüne alındığında tedavinin planlanmasında ve kararların alınmasında hasta yakınlarının rolünün önemi daha iyi anlaşılmaktadır³.

Yoğun bakım ünitesine giriş hem hastalar hem de aileleri için oldukça stresli bir deneyimdir. Özellikle genel durumunun kötü olduğu bilinen, ciddi hayati tehlikesi ilk kabulden itibaren mevcut olan hastaların yakınları için zorlu bir sürecin başlangıcı olarak düşünülebilir. Bu sıkıntılı sürecin hazırlayıcısı olarak düşünülen faktörler arasında; yaşamı tehdit eden durumun bulunuyor olması, aile bireylerinden veya sevdiklerinden ayrılma, günlük aktiviteleri yerine getirememesi, tedavinin sonucunun belli olmaması ve yoğun bakım ünitesinin yabancı bir yer olması sayılabilir. Yoğun bakım üniteleri, hastaların kritik durumu, uygulanan tedavi yöntemleri, servisin farklı, karmaşık cihazlarla donatılmış ve giriş çıkışların kısıtlı olması ile hastanenin diğer servislerinden farklıdır. Bu servisler, bilinci açık olan hastalar için olduğu kadar hasta yakınları için de ürkütücü olabilmektedir⁵.

Hasta yakınları ile yapılan görüşmelerin kalitesi, ihtiyaçlarının belirlenmesi ve karar alma sürecine dahil edilmesinin, hasta yakınlarının memnuniyetini artırarak oluşabilecek bazı psikososyal sorunların önüne geçebileceği düşünülmektedir⁴. Yoğun bakım servisinde yatan hastaların yakınlarının gereksinimlerinin araştırıldığı birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalarda, en önemli gereksinimlerin başında

'dürüst ve yeterli bilgi alma' ve 'yoğun bakım çalışanlarının hastaları ile ilgilendiklerini hissetme' gelmektedir⁹⁻¹² .

Yoğun bakım servisinde yatan hastaların yakınlarının verilen sağlık hizmetinin yeterliliği konusunda tatmin edilmesi, yoğun bakım çalışanları ve doktorlarının hasta yakınları ile iyi iletişim içerisinde olmasını gerektirmektedir. Hasta yakınlarının dürüst, yeterli ve güvenilir biçimde bilgilendirildiklerine ikna olması için etkili olabilecek faktörlerin araştırılması ve neler yapılabileceğinin planlanması gerekmektedir. Biz çalışmamızda, yoğun bakım servisinde yatan hastaların yakınlarının farklı kişilerce bilgilendirilmesinin ve bilgilendirme sıklığının hasta yakınlarının memnuniyeti üzerinde etkili bir faktör olup olmadığını değerlendirmeyi amaçladık.

GENEL BİLGİLER

Yoğun Bakım Servisleri ile ilgili Genel Bilgiler

Yoğun bakım servisleri; hayatı tehdit eden bir hastalığın veya böyle bir riskin mevcut olduğu, özel ekipmanlar içeren, multidisipliner yaklaşımla tanı tedavi uygulanan ünitelerdir^{13,14}. Yoğun bakım çalışanları da bu konuda eğitim almış, acil durumlarda gerekli müdahaleleri yapabilecek, hasta ihtiyaçlarını karşılayabilecek ve konforunu sağlayabilecek elemanlardan oluşmalıdır. Amerikan Yoğun Bakım Derneği yoğun bakım hastalarını, tıbbi anlamda 'Fizyolojik olarak fonksiyonları dalgalanma gösteren, hayatta kalmayı sağlamak için doktor-hemşire arasında kurulan uyumlu yürütülecek bir tedaviye, bu tedavinin dalgalanma göstermeden uygulanmasına, özellikle detaylara yönelik özene ihtiyaç duyan hastalar, fizyolojik dekompansementasyon nedeni ile risk altındaki hastalar ve beklenmeyen yan etkileri önleyebilmek ve yoğun bakım ekibi tarafından anında müdahale imkanı sağlayabilmek için sürekli monitörizasyon gerektiren hastalar yoğun bakım hastalarıdır' şeklinde tanımlamıştır. Avrupa Yoğun Bakım Derneği'nin yoğun bakım hastaları tanımlaması ise 'Akut hastalık, cerrahi girişim veya diğer bir yoğun tedavi nedeni ile bir veya birden fazla vital fonksiyonunun tehdit altında olduğu durumlarda sürekli monitörizasyon gerektiren hastalar ile kardiyovasküler, serebral, solunumsal, renal, metabolik nedenlerle vital fonksiyonlardan herhangi birinin yetersizliği durumuna düştüğü hastalar ve tedavisi mümkün olmadığı bilinen bir hastalığın terminal safhasında bulunan ve normal servise kabulü amaca uygun düşmeyen hastalar yoğun bakım hastalarıdır' şeklindedir¹⁵.

Yoğun bakım üniteleri klinik uygulamalar ve bakım için, hastanelerin diğer birimlerle uyum içerisinde çalışabileceği, belirgin örgütsel ve coğrafik yerleşimine entegre edilmiş, yoğun bakım çalışanlarının tüm medikal uygulamaları yapabileceği, tercihen bağımsız bir ünite veya departman olarak kurulmuş kapalı ortamlardır. Tanımlanan bu coğrafi konum mesleki becerilerin, teknik desteğin ve insan işgücünün kolaylıkla erişilebileceği bir bölgede olmalıdır. Medikal ve hemşirelik hizmetleri ile diğer sağlık çalışanlarının özellikleri ile teknik donanım, mimari ve işleyiş açıkça belirlenmelidir^{20,21}. Disiplinler arası iş akışı hakkındaki yazılı düzenlemeler, medikal standartlar, işbirliği düzenlemeleri, kliniğin işleyişini kolaylaştırmalıdır. Yoğun bakım ünitelerinin en az 6 yataklı olması önerilmektedir^{22,23}. 8 -12 arasında yatak sayısı optimum olarak görülmektedir.

Yoğun bakım servislerinde tercihen anesteziyoloji, dahiliye veya cerrahi uzmanı olan, yoğun bakım eğitimi almış ve yoğun bakım deneyimi mevcut olan bir yoğun bakım sorumlusu bulunmalıdır. Yoğun bakım sorumlusu yoğun bakımda ya tam zamanlı çalışan veya zamanının en az %75'ini yoğun bakım ile ilgilenerek geçirebilecek bir hekim olmalıdır. Yoğun bakımda çalışan diğer hekimlerin sayısı yatak sayısı, mesai durumu, tatil günleri, eğitim-araştırma durumu göz önüne alınarak belirlenir. Yoğun bakım servisinde verilen hizmet kesintisiz 7 gün 24 saat devam eder.

Yoğun bakım servislerinde verilen hemşirelik hizmetleri, bir sorumlu hemşire idaresinde yürütülür. Sorumlu hemşire, verilen hizmetlerin düzenlenmesi, yeterliliği, kalitesi ile ilgilenmenin yanında, çalışan diğer hemşirelerin eğitiminden de sorumludur. Yoğun bakımda çalışan hemşireler, yoğun bakım ve acil eğitimi almış olmalıdır. Hemşire sayısı, 'yoğun bakımın aktivite kriterlerine göre' belirlenir. Buna göre 1. düzey bir yoğun bakımda, hemşire/hasta oranı 1/3, 2. düzey yoğun bakımda 1/2, 3. düzey yoğun bakımda 1/1 olması önerilmektedir. Bunların yanında yardımcı sağlık personeli olarak tekniker, radyoloji teknisyeni, diyetisyen, sekreter, fizyoterapist, eczacı ve temizlik personeli bulunmalıdır. 3. derece olarak nitelenen yoğun bakımlar en az iki vital organ-sistemde hayat kurtarıcı müdahale gerektiren yetersizliğin mevcut olduğu hastaların takip ve tedavi edildiği yoğun bakımlardır. Bu destek medikal tedavi ile birlikte solunum desteği, kardiyovasküler sistem desteği ve renal replasman tedavisini içerebilir. 2. derece yoğun bakımlarda takip edilen hastalar monitörizasyon, medikasyon ve/veya sadece bir organ-sistemde hayati destek ihtiyacı olan hastalardır. 1. derece yoğun bakımlar, bir veya daha fazla vital organ-sistemde yetersizlik ortaya çıkması riski bulunan, sürekli monitörizasyon ve minör medikasyon ile takip edilebilecek hastalara hizmet veren yoğun bakımlardır.

Yoğun bakımdaki yatak sayısı hastanenin işlev tipine, kabul ettiği spesifik hastalıkların kategorisine, hastanenin yerleşim yerine ve kabul edilecek akut hastaların yatak sayısına göre hesaplanır. Buna göre Avrupa'da ortalama yoğun bakım yatak sayısı toplam yatak oranının %5'i, üniversite hastanelerinde toplam yatak sayısının %10'u kadardır. ABD'de bu oranlar daha yüksektir, ancak daha yüksek oranlarda yarar-maliyet oranı tartışmalıdır^{22,37,38,39}.

Servisin genel ve ziyaretçi giriş çıkışı ile çalışanların giriş çıkışları birbirinden ayrılmalıdır. Ameliyathane ve acil servis ile bağlantıları olması ve yoğun bakım hastalarının transportunun öncelik teşkil ettiği, diagnostik ve sevk birimleri ile bağlantı

sağlayacak bir asansör olması önerilmektedir. Toplam yoğun bakım alanının hastalara bakım için ayrılan alanın 2,5-3 katı olduğu tahmin edilmektedir. Hasta bakımı için tek yataklı odalarda oda başına minimum 25 m², genel odalar için en az yatak başına 20 m² alan ayrılmalıdır. Zeminin dikdörtgen planda olması, yatak alanı dışında, hareket için en az 2,5 m² alan olması, kapıların yatak geçişine uygun genişlikte ve pozisyonda konuşlandırılmış olması önerilmektedir. Tek yataklı bölmeler, kontaminasyon riskini ve hasta stresini azaltmak için şiddetle tavsiye edilmektedir. Hastanın gürültü, ilgisiz hastalıklar ve diğer aktivitelerden izole olmasını sağlayarak uzun dönemde daha iyi klinik sonuçlar alınabilmektedir⁴⁰.

Genel odalarda çapraz enfeksiyon kontaminasyonunu engellemek için etkin önlemler alınmalıdır. Bazı tekli odaların izolasyon odası olarak ayrılması ve gerekli donanımın bulundurulması önerilmektedir. İzolasyon odasının sayısı her 10 yatak başına 1 veya 2 adet olarak planlanabilir ancak transplantasyon servisi veya enfeksiyon ünitesi gibi özel ünitelerde her 10 yatak başına 5-6 gibi rakamlara ulaşabilir. Her izolasyon odasının en az 3 m² hole sahip olması, içerisinde el yıkama ve izolasyon materyalinin bulundurulması gerekmektedir.

Yoğun Bakım Servislerinde Hasta Yakınlarının gereksinimleri ve yaşadığı sorunlar:

Hasta yakınlarının hastasının klinik durumu hakkında sağlıklı bilgi alması, çalışanlar ile bu konuda iyi iletişim içerisinde olması ve hasta yakınlarının yüksek öncelikli ihtiyaçlarının karşılanması, yoğun bakım ünitesinde çalışan doktor ve hemşirelerin birincil sorumluluğundadır^{33,44,82}.

Yoğun bakım çalışanları hasta ve hasta yakınlarına yardımcı olabilmek niyetinde olsalar da hasta yakınlarının sorunlarını anlayamayabilmekte, gereksinimlerini göz ardı edebilmekte veya unutabilmektedirler^{28,45,46}. Yoğun bakım çalışanları ve doktorları hastanın kritik durumuna odaklanıp tanı ve tedavi ile ilgili yapılabilecek uygulamalara, hastanın hayati fonksiyonlarının takibine ve bakım hizmetlerine odaklanarak hasta yakınlarının endişe, korku ve merak içerisinde olabileceğini unutup resmi işlemleri yürütmekle sorumlu kişiler olarak görebilmektedirler⁹. Kritik bir hastalık nedeniyle kişinin yoğun bakım ünitesine kabul edilmesi, hastanın kendisi kadar ailesi için de krize neden olan durumlardan biridir. Ailede krize neden olan en önemli etkenlerden biri, aile üyelerinden birini kaybetme olasılığı nedeniyle yaşanan korku ve anksiyetedir^{5,24-27}.

Krizi Etkileyen Faktörler;

1-Kültürel Bakış: Hasta ve ailesi hastalığa karşı kültürel nedenlerle farklı bakış açılarına sahip olabilir. Kültürel özellikler örneğin değerler, davranışsal normlar, hastalığı önlemeye yönelik tutumlar, hastalığı tedavi etmeye yönelik işlemler, ölüme karşı gösterilen tepkiler kültürden kültüre farklılık gösterir. Bazı kültürlerde hastalığın nedeni lanet, işlenen bir suçun cezası veya nazar iken, bazı kültürlerde evrendeki uyumsuzluklar ya da tanrıya kavuşma olarak görülebilmektedir²⁸.

2-Yoğun Bakım Ortamı: Aile üyelerinden birinin yoğun bakım ünitesine yatışı, ortamın farklı olması nedeniyle aile üyelerini olumsuz etkilemektedir. Yoğun bakım ünitesinde bu olumsuz etkiyi yaratabilecek unsurlar; çevresel uyaranlar (EKG aleti, monitörler, ventilator), invaziv işlemler (cerrahi tedavi, intravenöz tedavi, diyaliz), bilgi eksikliği, iletişimde yetersizlik, fizyolojik belirtiler (ağrı, hipoksi, dolaşım bozukluğu) ve ölüm korkusu şeklinde sıralanabilir²⁹.

3-İç Dengeyi Tehdit: Aile normal koşullarda sabit iç dengesini sürdürür. Ancak yaşamsal süreçteki hastalık, ölüm gibi durumlarda bu denge bozulur. Dengenin bozulmasıyla ortaya çıkan kriz durumu bütün aile sistemlerini olumsuz etkiler. Her aile için değişikliklerin ya da gereksinimlerin sıklığı benzer olsa da bazı aileler diğerlerine göre krizden daha fazla etkilenir. Burada bilişsel faktörler önemlidir. Bazı aileler olaylara yıkıcı anlamlar yüklerken bazıları yüklemeyebilir. Yoğun bakım ünitesine aileden birinin yatması durumunda aile üyelerinin bu olaya yükledikleri anlam; kriz durumunda yaşanan duygular, yaşanan stresin düzeyi, krize eşlik eden anksiyete ve başatma becerileriyle ilişkili olarak değişiklik gösterir^{25,29}.

4-Olayların Ortaya Çıkışı: Hastalığın ortaya çıkış şekli, ailenin reaksiyonunu etkileyerek kriz durumunun ortaya çıkmasını hızlandırabilir. Hastaneye planlı yatış, ameliyat sonrası yoğun bakım ünitesinde planlı takip durumlarında aile olaya hazırlıklıdır ve beklenen bir durum olduğu için olayı kolay kabullenir. Ancak kalp krizi, trafik kazası, zehirlenme gibi ani ya da beklenmedik bir durumda aile üyeleri ne yapacaklarını karar veremeyebilirler. Böyle bir olayla ilk defa karşılaşan aile bireyleri, hastaneye vardıkları zaman ne yapacaklarını, yoğun bakım ünitesindeki kuralları, kritik durumdaki hastanın nasıl etkileneceğini bilemeyebilirler^{5,7,26,27,29,30}.

5-Rol Çatışması: Hastanın hastaneye yatışı ile sosyal rolde kayıp yaşanır. Eğer hasta birey anne ise, çocukları tarafından sevgi veren, koruyucu rolü, baba ise evin düzeni ile ilgili işleri yerine getiren, destek veren eş rolü kaybedilmiştir. Anne ya da babanın hasta olarak hastaneye yatması durumunda diğer eş her iki rolü de

üstlenmek durumunda kalır. Hasta baba ise, anne çocuklarına baba rolünü de oynamak zorundadır. Hasta birey anne ise, baba çocuklarına annenin yokluğunu hissettirmemek için şefkatli, sevgi veren rolünü üstlenir. Hasta olan bireyin rolünü üstlenen aile üyesi bu durumla baş etmede zorlanabilir^{5,26,27}.

6-Sorumlulukların Değişimi: Aile üyelerinden birinin yoğun bakım ünitesine kabulü sonucu, hasta bireyin ailedeki desteği kaybedilir. Hasta bireyin sorumlulukları diğer aile bireylerinin üzerine yüklenir. Aile üyelerinde çeşitli derecelerde rahatsızlığa ve sıkıntıya neden olan bu sorumluluk artışı hasta birey hastaneden ayrılana kadar ya da bu sorumluluklar başkasına devir edilene kadar sürer. Mali sorunların yanı sıra önemli görülmeyen günlük rutin işler önemli ve sıklıkla yönetmekte zorlanılan bir duruma dönüşebilir.

7-Hastanın Terminal Evrede Olması: Yoğun bakım ünitesinde en ağır kriz durumları hastanın terminal evreye girdiği dönemleri içermektedir. Bu dönemde aile üyeleri uzun süre kaçındıkları ölüm gerçeğiyle karşı karşıya kalırlar. Bazen hasta yakınları ölüm deneyimiyle ilk defa karşılaşılıyor olabilir. Bu durumda olayın bireyler üzerindeki etkisi daha ağır olabilmektedir³¹.

Bireyin hastanede yatıyor olması nedeniyle, özellikle uzun süren tedavi süreçlerinde hasta yakınları kendi ihtiyaçlarını dahi ihmal edebilmekte, duygusal ve ekonomik sorunlarla karşı karşıya kalabilmektedir. Böyle durumlarda hasta yakınlarının yaşam düzeni bozulmakta, diğer aile üyelerine ve kendi yaşamlarındaki diğer faaliyetlerine ilgileri azalmaktadır ve sonuç olarak kişi tüm zamanını ve dikkatini hastayla ilgilenmek için harcayabilmektedir^{6,7}.

Hastanın kritik bir hastalık nedeni ile yoğun bakım servisine yatırılması ailede sarsıcı ve aile sistemini tehdit edici durumların ortaya çıkmasına sebebiyet verebilir. Sorunlarla baş edebilmede yetersizlik yaşayan aile bireylerinde sorunu inkar, günlük aktiviteleri yerine getirememeye gibi reaksiyonlar gözlenebilir. Hastalığın olduğuna inanmama, hastalardan çok hasta yakınlarının verdiği tepkilerdendir^{7,8,50,51}. Hastanın genel durumunun yakınları tarafından doğru anlaşılabilmesi, hasta yakınları ile iletişimin temel hedeflerindedir. Buna rağmen özellikle bilinci kapalı ve sedatize edilen hastaların yakınları ile iletişimde her zaman mümkün olamamaktadır⁵⁷.

Pouchart ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada , yoğun bakımda 72 saatten fazla kalan hastanın yakınlarında aile üyelerinin % 72' sinde ve eşlerin % 84' ünde anksiyete ve depresyon semptomlarının bulunduğu tespit edilmiştir⁸. Hasta yakınlarının sürekli hastane ortamında bulunması, ölümcül olabilecek bir hastalıkla

baş etmenin güçlüğü, yoğun üzüntü içinde olan diğer hasta yakınlarını görmek, ölüm haberlerine şahit olmak, tedavi süresinin uzaması ile umutsuzluk gelişmesi de kişilerde anksiyete ve depresyon gelişmesine neden olabilecek etkenlerdir^{16,17,18}. Pouchard ve arkadaşları, yoğun bakım ünitesini kapsayan çok merkezli bir çalışmada⁷⁸, yoğun bakımda yatan hasta yakınlarının anksiyete ve depresyon düzeylerini yoğun bakım tedavisinin başladığı ilk günlerden itibaren değerlendirmişler ve yoğun bakım süreci sona erdiğinde hasta iyileşse veya bakım hastası olarak kalsa da, tüm hasta yakınlarının anksiyete ve depresyon skorlarının yüksek olduğunu bildirmişlerdir¹⁹.

Yoğun bakım ünitesinde yakını bulunan ailelerin gereksinimleri temelde üç grupta toplanmaktadır^{7,9,10,12,32}.

- 1- Bilgi Gereksinimi,
- 2- Duygusal/ Psikolojik Destek Gereksinimi,
- 3- Kişisel Gereksinimler.

1-Bilgi Gereksinimi: Literatürde yoğun bakımda yatan hastaların yakınlarının önemli gereksinimlerin başında bilgi gereksiniminin geldiği vurgulanmıştır. Hasta yakınları hastalarına en iyi bakımın verildiğinden emin olmak isterler. Hastanın prognozunu, uygulanan tedavinin nedenini, hastada meydana gelen önemli değişiklikleri bilmek aile üyelerinin endişelerinin giderilmesi için önemlidir. Bijttebier ve arkadaşlarının araştırmasında, bilgilendirmenin hasta yakınlarının evlerinden aranmayı isteme konusundaki taleplerini azalttığı ve hastane personelinin kendileriyle ilgilendiğini hissetmelerini sağladığı ortaya çıkmıştır. Çalışmada aileler için en önemli gereksinimin bilgi gereksinimi olduğu belirlenmiştir³³.

2-Duygusal/Psikolojik Destek Gereksinimi: Hasta yakınları hastaya yardım edebilme ve yakın olma gereksinimi duyarlar. Hastaya yakın olma gereksiniminin temelinde hasta ailelerinin hastalarını görememe ya da istedikleri zaman ziyaret edememeleri sonucu oluşan kaygı bulunmaktadır. Hastanın durumu çok kritikse aileler daha sık ziyaret etmek, hastanın yanında bulunup ona yardımcı olmak isterler. Aile üyelerinin hastaya yardımcı olma isteklerinin temelinde hastaya emosyonel desteği artırmak, yaşadıkları çaresizlik ve kontrol kaybı hissini azaltmak bulunmaktadır^{34,35}.

3-Kişisel Gereksinimler: Yakınlarını kaybetme korkusu içinde olan aileler için günlük problemler önemini yitirmekte, yalnızca hastaya odaklanılmaktadır. Özellikle Molter' in çalışmasında aile bireylerinin önemli gereksinimleri arasında kişisel

gereksinimler bulunmamaktadır⁹. Sosyal güvencesi olan, mali açıdan sıkıntısı bulunmayan hasta yakınları için kişisel gereksinimler önemli görülmeyebilmektedir. Ancak aileye fiziksel konfor ve diğer kişisel gereksinimler konusunda (mali, barınma, ulaşım, diğer) yardımcı olmak hasta yakınlarının yaşadıkları stresi azaltacaktır³⁶.

Molter tarafından yapılan çalışmada hastasının yakınında bulunma bir gereksinim olarak saptanmıştır¹². Hastayı ve ailesini bir bütün olarak kabul eden görüş doğrultusunda; bireyin iyileşme sürecinde aile de yakından incelenmelidir. Çünkü hastaneye yatan birey fiziksel ve duygusal kriz yaşarken aile de duygusal bir kriz yaşayabilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri Halk Sağlığı Servisi 1962 yılında yoğun bakım ünitelerinin ziyaretine yönelik rehber yayınlamıştır. Yayımlanan rehberde, üniteye yakın bir bekleme alanı bulunması ve her saat beş dakika süreyle ziyaret uygulaması önerilmiştir. 1965 yılında bu önerilerde değişiklik yapılmış; ziyaretçilerin üniteye girişine, hastanın durumuna ve personel yeterliliğine göre sınırlamalar getirilmiştir. Bu sınırlamalara ilişkin politikalarda ziyaret süresine, ziyaret edecek kişi ve sayısına, ziyaretçinin yaşına ilişkin uygulamalara yer verilmiştir^{70,71}. Bu uygulamanın nedeni fiziksel ve psikolojik olarak hastanın korunmasıdır⁷². Fakat zaman içerisinde hastanelerin yoğun bakım ünitelerinde ziyarete yönelik politikalar daha serbest hale gelmiştir. 1970'li yıllardan itibaren yoğun bakım ünitesine açık ziyaretin hasta, hasta yakınları ve hemşireler üzerine etkilerine yönelik çalışmalar yapılmakla birlikte, halen ziyaret saatleri konusunda farklı uygulamalar görülmektedir⁷³.

Literatür incelendiğinde, ziyarete ilişkin uygulamaların halen tartışmalı olduğu açıkça görülmektedir^{73,74, 75}. Ziyaret, önceden belirlenmiş bir zaman dilimi içerisinde (kısıtlı) olabileceği gibi 24 saat boyunca da (esnek) olabilir.

Fumagalli ve arkadaşları ise yoğun bakım ünitesinde kısıtlanmayan ziyaretin hastalar üzerine etkilerini değerlendirmiş; ziyaret uygulaması ile çevresel mikrobiyal kontaminasyonun arttığı, fakat bunun septik komplikasyonlara neden olmadığını saptamıştır. Aynı çalışmada esnek ziyaret saatleri ile hastalarda kan dolaşımının ve stresin azalmasına bağlı olarak da hormon dengesinin istenen düzeyde olduğu saptanmıştır⁷⁶. Ayrıca ziyaret sırasında hasta yakınlarının çalışanlar ile iletişim kurmaları güven ilişkisini oluşturduğu ve sağlık ekibinin de ailesinden dinleyerek hastayı daha iyi tanıdığı ifade edilmektedir⁸⁰. Buna karşın negatif görüş bildirenler, ziyareti kurum ve hasta için bir engel olarak görmektedirler. Ziyaretin hastayı yorabileceğini, heyecan yaratarak nabız ve kan basıncı değerlerini yükseltebileceğini,

ziyaretçinin varlığının çalışanın zaman ve enerjisini tüketeceğini, karmaşaya yol açarak bakımı ve tıbbi tedaviyi engelleyebileceğini, diğer hastaların mahremiyetinin engelleneceği, şiddet ve güvenlik ile ilgili sorunlar yaşanabileceğini ileri sürmektedirler^{73,80,81}.

Yapılan çalışmalarda yoğun bakım ünitesinde yapılan hasta ziyaretinin, hem hasta hem de hasta yakını için yararlı etkileri olduğu saptanmış; bununla beraber ziyaretlerin sınırlı olması gerektiği belirtilmiştir^{47,71}. Ziyaret uygulaması ile ailenin hastanın durumunu anlamasının kolaylaşacağı ve anksiyete düzeylerinin azalacağı belirtilmiştir⁷⁷. Hasta yakınlarının hastalarını görememesi veya ziyaretlerinin kısıtlanması kişilerde olumsuz duygulara neden olabilmektedir⁴³. Bunun sonucunda hastane çalışanlarına karşı güvensizlik, kurallara uymada yetersizlik, öfke ve nefret hissi oluşabilmektedir. Çoğunlukla hasta yakınları için bir bekleme odası bulunmamakta, hasta yakınlarının konaklama ve beslenme ihtiyaçları ciddi sorun oluşturmaktadır. Hasta yakınlarının hastalarını uygun zamanlarda ziyaret edebilmesi hasta yakınlarının korku ve endişelerini azaltabilecek bir uygulamadır. Yıllar öncesinde sıklıkla yoğun bakım servislerinde sadece hastaların ebeveynlerinin, haftada 1 kez ziyaretine izin verilirken sonrasında hastanın ailesinden olmak koşulu ile günde 1 kez 10 dakikalık ziyaretlere izin verilmeye başlanmış ve bu ziyaretçilerin sayısı 2 ile kısıtlanmıştır. Günümüzde ise ziyaret saatlerinin ve sürelerinin esnek tutulması ve ziyaretçilerin sadece aile bireyleri ile sınırlı tutulmaması gerektiği düşünülmektedir².

Çok merkezli yapılan bir çalışmada çok değişkenli, çok düzeyli lineer regresyon analizi kullanılarak hastanın hastalığının şiddeti ile hasta yakınlarının verilen bakım hizmeti açısından memnuniyetinin korele olduğu, yazılı şekilde kabul-taburcu kriterlerinin mevcut olması ve yüksek hasta: hemşire oranının mevcudiyetinin düşük hasta yakını memnuniyeti ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.⁴⁹

Çalışmalar, yakını yoğun bakım servisinde kaybedilen hasta yakınlarında posttravmatik stres bozukluğu ve anksiyete görülme sıklığının 2-3 kat arttığını göstermektedir^{41,42}.

Yoğun bakımda kalış süresi ile aile memnuniyeti arasındaki ilişkinin değerlendirildiği bir çalışmada, hastaların yoğun bakımda yatış süreleri uzadıkça hasta yakınlarına verilen desteğin daha yüksek olabileceği gösterilmiştir⁶⁶

Hastanın hastalığının şiddeti ile korele olarak hasta yakınlarının da stres düzeyi artmaktadır. Ancak bu etkinin ölçülebilmesi oldukça zordur^{85,86}.

Yoğun bakım personelinden beklenen ilgi ve kalitenin göstergesi on ölçütte toparlanabilir⁶⁵:

- 1-Hasta yakınlarına hastalarının iyileşeceği umudunun verilmesi,
- 2-Sorularının dürüstçe cevaplandırılması ,
- 3-Hastalarına olabilecek en iyi bakımın verildiğini bilmeleri,
- 4-Hastanın durumunda bir değişiklik olursa evden aranacakları konusunda güven duymaları,
- 5-Sorularına ve endişelerine anlayabilecekleri düzeyde açıklamaların zamanında yapılması,
- 6-Hastalarına fiziksel olarak yaklaşabilmeleri,
- 7-Hastanın durumu hakkında en az günde bir kere bilgi verilmesi,
- 8-Hastanın prognozu hakkındaki gerçekleri bilmesi,
- 9-Hastane ortamının konforlu olması ve kendini rahat hissedebilmesi,
- 10-Personelin sıcak, arkadaşça ve aynı zamanda profesyonel olmasıdır.

Ailelerin gereksinimleri ve memnuniyetlerini değerlendirmede kullanılan araçlar

Yoğun bakım hastaları kendileri için karar veremeyebileceği zaman, aileler vekil karar verici olarak yer alırlar^{59,60}. 2000'li yıllardan beri yapılan bazı çalışmalar, yaşamının son dönemindeki hastaların bakımının kalitesi için de karar alma sürecinde hastanın yakınları ile iletişimin geliştirilmesini önermektedir^{67,68}. Bu nedenle aile ve diğer vekil karar vericiler açısından kritik olan yoğun bakım özellikle önemlidir ve aile memnuniyetinin ölçme ve değerlendirilmesi önemli hale gelmiştir. Bakım kalitesinin iyileştirilmesi bu nitelikleri doğru ölçme araçları gerektirir.Yoğun bakım ünitesinde hedef sadece hasta merkezli bakımı değil, aile merkezli bakımı da içermelidir⁵⁸.

Hasta yakınlarının gereksinimlerinin bilinmesinin ve karşılanmasının hastanın iyileşme sürecine olumlu etki yaptığı birçok çalışmada görülmüştür. Hasta yakınlarının ihtiyaçlarının belirlenmesi için bir araç geliştirme fikri ilk defa Molter tarafından 1979 yılında uygulanmış, sonrasında 1986 yılında Leske ve diğer araştırmacılar tarafından çalışmalar yapılmıştır^{2,9,52}.

Molter ve Leske' nin çalışmalarında^{9,10} belirlenen önemli gereksinimlerin başında "umut olduğunu hissetme", "yeterli ve dürüst bilgi alma" ve "hastane personelinin hastayla ilgilendiklerini hissetme" gelmektedir. Yoğun bakımda çalışan hekimlerin, hasta yakınlarına, hastanın durumu, tanısı, prognozu ve tedavisi ile ilgili

bilgileri doğru, güvenilir ve anlaşılması kolay bir dille aktarması gerekmektedir^{55,56}. Molter tarafından 1976 yılında hasta yakınlarının ihtiyaçlarının neler olabileceği tanımlanarak 5 temel kategoride sınıflandı; bilgi, güvence, yakınlık, destek ve konfor. Bu araştırmalar sırasında yoğun bakımda hasta yakınlarının ihtiyaçları anketi oluşturuldu (Critical Care Family Needs Inventory CCFNI)^{53,54,66}. Bu anket geniş örnekleme ile birçok kültürden aile üyelerinin değerlendirildiği çalışmalarda kullanılmıştır^{88,89,90}. Bu çalışmalarda hasta yakını memnuniyeti göstergesi olarak hemşire başına düşen hasta sayısı, klinisyenin bilgilendirmesi, hizmet veren personelin rolünün bilinmesi, doktorların genel tutumu, talep edilen ve izin verilen görüşme süreleri değerlendirilmiştir⁸⁸.

Yoğun bakımda hasta yakınlarının memnuniyetinin artan önemi neticesinde, Wasser ve ark tarafından verilen bakım hizmetinde ailenin memnuniyetini değerlendirmek amacıyla Yoğun Bakımda Hasta Yakını Memnuniyeti (Critical Care Family Satisfaction Survey CCFSS) anketi geliştirilmiştir. Bu anket, 5 temel konuda hasta yakını memnuniyetini ölçmeyi amaçlıyordu; güvence, bilgi, yakınlık, destek ve konfor. Anket; cevaplardaki memnuniyeti 1'den 5'e kadar derecelendiren toplam 20 sorudan oluşmaktadır⁶⁵. 3 yıl süren ve 2494 hasta yakını ile yapılan çalışma ile testin yüksek geçerlilik-güvenilirliğe sahip olduğu gösterilmiştir⁹².

Heyland ve arkadaşlarının geliştirdiği yoğun bakımda hasta yakını memnuniyeti (Family Satisfaction in Intensive Care Unit FS-ICU 24) anketinin, hem bilgi edinme hem karar alma sürecinde hem de toplamda aile memnuniyetini iyi derecede değerlendirebilen bir araç olduğu, 7 ayrı tıp merkezinde değerlendirilen 1038 hasta yakını ile yapılan araştırma ile gösterilmiştir⁸⁷.

FS- ICU 24 anketi bakım ile ilişkili aile memnuniyetini değerlendirmek için geliştirilmiş ve yapılan çalışmalarla etkinliği doğrulanmıştır. Aracın başarılı bir şekilde yaygın kullanımı için Kanada genelinde çok merkezli bir çalışmada uygulanmıştır⁶¹⁻⁶⁴.

Yoğun Bakımda Kaybedilen ve Terminal Dönem Hastaların Yakınlarının ihtiyaçları

İnsanların çoğu sevdikleri kişinin ağrı çekmesinden çok etkilenir ve düşünce olarak buna yoğunlaşırlar. Bu nedenle hastaya verilen ağrı kesici ilaçlar konusunda aileye bilgi verilmelidir. Hastanın ölümü aile için bir yıkım olabilir. Sevilen kişinin aniden kaybedilmesi ile aile keder yaşamaya başlar. Bu süreç kaybedilen kişinin sağlığında ve ölümcül hastalığın tanısı konulduktan sonraki dönemde farklı boyutlarda yaşanır. Tanıdan sonraki kederde aile üyeleri sevdikleri bu insanı bir gün

kaybedeceklerinin farkındadırlar⁷⁸. Örneğin bir kişiye eşinin ağır bir kaza geçirdiği ya da terminal dönemde olup fazla yaşama şansı olmadığı söylendiğinde eşin ve aile üyelerinin yaşadıkları duygular kederdir.

Sevilen kişinin ardından ailenin her bir üyesi yaşadığı keder de farklı duygu ve tepkiler sergileyebilir. Ayrıca bireylerin bu tepkileri; onların dini inanç, baş etme becerileri, destek sistemleri, kendi yaşamlarında ki kayıp ve değişimi nasıl algıladıkları gibi çeşitli etmenlere bağlı olup, farklı şiddet ve yoğunlukta yaşanabilir. Böylece birey ölümle ortaya çıkan yoksunluğu Wheeler'in tanımladığı gibi dört aşamada yaşar. Bu aşamalar bir düzen izleyebilir ya da aşamaların tamamı aynı zamanda yaşanabilir, deneyimlerden biri diğerine göre daha baskın olabilir⁷⁹.

I. Şok ve Duygusalık Dönemi: Sevilen kişinin ölümü ani ve beklenmedik olduğundan kayıp ve olaya inanma güçlüğü yaşanır. Bu durum ölümden sonra yaklaşık iki hafta kadar sürer. Kimi bireyler hıçkırarak ağlama, haykırma, duvarları ve bağırını yumruklama gibi tepkiler gösterebilir. Bu tepkilerin kontrolünün zor olacağı düşünülse de, en çok 15 dakika kadar sürdüğü bir gerçektir. Yine bireyde engellenemeyen, kontrol edilemeyen titreme ya da "donup kalma" görülebilir ya da birey karnına bıçak saplanıyormuş gibi ya da kafasının "patlayacakmış" gibi olduğundan söz edebilir. Bu duygular fizyolojik olarak ölüm ilk öğrenildiğinde katekolaminlerin ani ve fazla salgılanmasına bağlı olarak ortaya çıkar ve bireyin normal bilişsel tepkilerinin değişmesine ve karar vermesinin güçleşmesine neden olur⁷⁸. Bu nedenle bu aşamada bireye yapılan herhangi bir açıklamanın birden fazla kez tekrarlanması gerekebilir.

II. Araştırıcı Olma ve Özlem Duyma Dönemi: Bu dönem kaybın yaşanmasından sonraki iki hafta ile dört aylık süreyi kapsar. Ayrılık anksiyetesi yaşayan birey, ölen yakınıni özler, yakınınin ölmüş olduğunu bildiği halde sanki yaşıyormuş gibi düşünce ve duygular sergiler. Bu durum bireyin gerçeği kabullenmesine bir engeldir. Örneğin çocuğunu kaybeden bir anne çocuğunun ağladığını duyduğunu sanarak geceleri uyanabilir. Yine bu dönemde kişi, yitirilen birey ile ortak yaşanılanları özler ve onun niçin öldüğü sorusuna yanıtlar arar. Kaybı yaşayan kişi yalnızlık hisseder, uyku, yeme içme ve sosyal etkinlikler gibi günlük rutinelere dönmesi zor olur.

III. Düzenin Bozulma Dönemi: Bu dönem, sevilen kişinin ölümünden sonraki aylara rastlayan klinik depresyona benzeyen bir dönemdir. Birey çökkünlük ve yetersizlik duyguları yaşar ve kendini fiziksel ve duygusal olarak iyi hissetmeyebilir.

Ayrıca yoksunluk yaşadığı için de sosyal destekleri kabul etmede zorlanabilir. Bu dönemin sonuna doğru birey, kaybın neden olduğu değişiklikleri kabullenmeye başlar ve yaşamını yeniden düzenlemeye ve yaşamdan bir anlam bulmaya gereksinim duyar, kendisini yorgun ve bitkin hissetmesine karşın günlük etkinliklerini yerine getirmeye çabalar. Doğal olarak bu süreç belli bir zaman alır.

IV. Yeni Bir Düzen Kurma Dönemi: Bir yakının kaybedilmesinden yaklaşık bir yıl sonra keder duygusu azalır, kişinin kendisine olan saygı ve güvenin artması ile evde, işte daha işlevsel olmaya başlama eğilimi görülür. Böylece kaybı yaşayan kişi yeni durumlarla baş edebilir, yeni bir yaşama ve çevredeki olaylarla ilgilenmeye başlayabilir. Hoşlandığı olaylarda gülebilir. Bu dönemi hayata yeniden dönüş olarak tanımlayabiliriz.

Hasta ölürken aile eğer yanında bulunamadıysa kurum politikasına göre bütün tedavi tüpleri çıkarılır, kötü kokulu akıntı varsa temizlenir ve ailenin hastasını görmesi sağlanır. Temiz bir gömlek giydirilir, saçları taranır, başı hafif yükseltilerek doğal bir pozisyonda yatırılır. Ailenin hastaları için yapılabilecek her şeyin sağlık personeline yapıldığını bilmeleri onları rahatlatır. Eğer hasta bir kazada ölmüşse ya da görünüşü çok bozulmuşsa, ailenin yakınlarının o bölgesini görmeleri önlenebilir. Bu koşulda ailenin sevdikleri kişiyle birlikte olmalarına izin verilmelidir. Eğer aile hastasını görmekte ısrarcı olursa gösterilmeden önce ölünün durumu ile ilgili olarak aile hazırlanmalıdır. Ancak yinede aile odaya girdiğinde travmaya uğrayan bölge kapalı, sağlam olan bölge açık tutulmalıdır. Aile, açık olan bölgeyi gördükten sonra, daha fazlasını görmek isteyip istemedikleri sorulabilir.

Keder sürecinde kişilerle doyurucu ve güvenli bir ilişki kurabilmek ve sürdürebilmek için etkin dinleme temel öğedir. Etkin dinleme kişiye kendisiyle ilgilenildiği ve güvende olduğu hissini verir ve kişinin gerçek duygu ve düşüncelerini daha açık ifade etmesine olanak tanır. Hastanın ölümünden sonra alınması gereken kararları kolaylaştırmak ve kaygıyı en aza indirmek için, bazı hastanelerde hasta kliniğe kabul edilirken, otopsi, organ bağıışı, vasiyet ve dini uygulamalar gibi konularda eğilim belirlemek amacıyla gerekli verilerin toplanması için geliştirilmiş formlar bulunmaktadır. Her hastane kendine özgü geliştirdiği formu veri toplayabilir. Bu konuların hasta ile tartışılmasında uygun zaman ve biçim doktorlarla birlikte kararlaştırılabilir.

Ölüm sürecindeki hastaların yakınları için bilgi alışverişi ve hasta yakınlarının ihtiyaçları açısından standartlar oldukça yüksek tutulmalıdır. Bir yakınının ölümü,

yakınlarının ihtiyaçlarının karşılanması açısından karşılaşılabilecek en büyük ayrıcalıklardandır. Hastanın lm durumunda aileye hemen uygun koşullarda haber verilmeli, duygularını ifade etmeleri sağlanmalı, eğer istiyorlarsa ölen bireyi görmelerine izin verilmelidir. Ölüm durumunda bürokratik işlemlerin aile için ek bir stres kaynağı olabileceği unutulmamalı, bu konuda onlara yardımcı olunmalıdır.

2,26,31,50

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamız, Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alındıktan sonra 01/02/2012 ile 31/03/2012 tarihleri arasında, Mersin Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Yoğun Bakım Servisi'nde yapılmıştır. Çalışmaya en az 3 gün yoğun bakım servisinde yatarak takip ve tedavi uygulanmakta olan hastaların okuma-yazma bilen ve 18 yaş üzeri yakınları dahil edilmiştir. Anketin, gönüllü hasta yakınları tarafından hastaları sağ iken doldurulması sağlanmış, hastasını kaybetmiş hasta yakınlarına çalışma uygulanmamıştır.

Yoğun Bakım Servisi, toplam 11 yataklı olup 16 hemşire, 2 sağlık memuru, 7 hastabakıcı, 08:00 – 16:00 ve 16:00 – 08:00 vardiya usulü görev yapmaktadır. Resmi işlemler için yardımcı olması amacıyla, 3 sekreter bulunmaktadır. Yoğun bakım için görevlendirilmiş ayrı bir sosyal hizmet uzmanı, eczacı ve diyetisyen bulunmamakta, bu hizmetler hastanenin tümüne hizmet veren yetkili görevliler tarafından karşılanmaktadır. Hasta yakınlarına her gün saat 10:30 -11:30 saatleri arasında hastalarının klinik durumu ile ilgili bilgi verilmektedir. Rutin bilgi verme sırasında, video kamera sistemi kullanılmaktadır. Bunun dışında gün içerisinde hasta yakınlarına eğer talepleri olursa ek bilgi verilmektedir. Personel ve fiziki şartların kısıtlı olması nedeni ile hasta yakınlarının, rutin ziyaret ile hastasını ziyaret etmesi mümkün olmamakta, talepleri doğrultusunda uygun görülen hasta yakınlarının, görevli doktor eşliğinde temas izolasyonu uygulanarak hastasını görmesi sağlanmaktadır. Bunun yanı sıra hasta yakınlarına 24 saat telefon ile bilgi verilebilmektedir.

Hastanemizde Genel Yoğun Bakım Servisi için hasta yakınlarının bekleyeceği özel bir bekleme salonu bulunmamakta, hasta yakınları görüşme öncesinde ve diğer zamanlarda, herkesin kullanabileceği 30 kişilik bekleme salonunda beklemektedir.

Çalışmada veri toplama süresi kısıtlı olduğundan herhangi bir örnekleme yöntemi kullanılmadan, çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hasta yakınları ile görüşülmesi planlanmıştır. Bu nedenle çalışmaya katılacak hasta sayısı power analiz ile belirlenmemiş olup, anket sonuçlarının geçerliliği için en az 90 hasta yakını ile çalışılması hedeflenmiştir. Bu konuda Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim AD.' dan görüş alınmıştır.

Veri toplama aracının hazırlanması ve uygulanması:

Anket formu literatür araştırması yapılarak seçilmiştir. Anket formunun İngilizce versiyonu, Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi' nde görevli bir öğretim üyesi tarafından Türkçe'ye çevrilmiş, yapılan çeviri anabilim dalında görevli 3 doktor tarafından incelenerek en uygun kelimeler seçilmiş ve uygulanmıştır. Anket demografik bilgileri içeren 6 soru, bakım ile ilgili memnuniyeti ifade eden 14 soruluk 1. bölüm ve karar alma sürecinde memnuniyeti ifade eden 10 soruluk 2. bölümden oluşmaktadır (Bkz. Ek-1). Her soruya verilen cevaplar 0 ile 100 arasında puanlanarak 1. bölüm, 2. bölüm ve toplam memnuniyet ortalamaları alınarak memnuniyet skorlaması oluşturulmuştur.

Veri toplama işlemi, 1 şubat - 31 mart 2012 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Anket formu, birebir görüşme yöntemi ile gönüllü hasta yakınlarına formu nasıl dolduracakları açıklanarak bekleme odasında doldurulmak üzere verilmiş, hasta yakınlarının kendilerini baskı altında hissetmemeleri ve sorulara rahatlıkla düşüncelerini yansıtma amacıyla kendisinin veya hastasının isimlerini yazmaması önerilmiştir.

Çalışmada Grup 1 serviste hastayı takip eden doktoru tarafından her zamanki saatte rutin bilgi verilen, Grup 2 hastayı takip eden doktoru tarafından öğleden önce ve sonra olmak üzere iki kez bilgi verilen ve Grup 3 yoğun bakımda görevli başka bir doktor tarafından günde bir kez bilgi verilen hasta yakınları olmak üzere üç grup oluşturulması planlandı.

Verilerin değerlendirilmesi:

Verilerin değerlendirilmesi, SPSS for Windows 16.0 programı kullanılarak yapılmıştır. Demografik değişkenlerden sürekli yapıda olanlar gruplara göre ve genel olarak normal dağılım varsayımı altında ortalama \pm standart sapma şeklinde, kategorik değişkenler gruplara göre ve genel olarak sayı ve yüzde şeklinde özetlenmiştir. Bakım ölçeği, bilgi ölçeği ve toplam puan değerleri bakımından gruplar arasında fark olup olmadığı Kruskal Wallis testinden yararlanılarak karşılaştırılmıştır. Ölçek puanları gruplara göre medyan [çeyreklikler] cinsinden özetlenmiştir. Ankette sorulara ait puanlar bakımından gruplar arasında farklılık olup olmadığına Kruskal Wallis testinden yararlanarak karar verilmiş, gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunan puanlar için gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek amacıyla çoklu karşılaştırma testlerinden Scheffe testi

uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir. Açık uçlu sorulara verilen yanıtlardan birbirine yakın olanlar birleştirilmiştir.

BULGULAR

Çalışmamızda toplam 100 gönüllü hasta yakınına dolduracakları formlar verilmiş, 83 hasta yakını, verilen anketleri doldurarak yoğun bakım çalışanlarına teslim etmiştir. Demografik veriler Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Demografik veriler

	<u>Grup 1 (n=43)</u>	<u>Grup 2 (n=20)</u>	<u>Grup 3 (n=20)</u>
Yaş ortalama (std. sap.)	43,63 (12,52)	38,20 (12,88)	38,90 (9,63)
Cinsiyet sayı (%)			
Kadın	17 (39,5)	10 (50)	9 (45)
Erkek	26 (60,5)	10 (50)	11 (55)
Yakınlık sayı (%)			
Eşi	5 (11,6)	-	6 (30)
Annesi	1 (2,3)	2 (10)	-
Babası	6 (14)	2 (10)	-
Kız kardeşi	6 (14)	-	3 (15)
Erkek kardeşi	7 (16,3)	1 (5)	2 (10)
Kızı/oğlu	16 (37,2)	14 (70)	7 (35)
Diğer	2 (4,7)	1 (5)	2 (10)
Refakatçi deneyimi sayı (%)			
Var	16 (37,2)	4 (20)	4 (20)
Yok	27 (62,8)	16 (80)	16 (80)
Hastayla birlikte mi yaşıyor ? sayı (%)			
Evet	28 (65,1)	11 (55)	11 (55)
Hayır	15 (34,9)	9 (45)	9 (45)
Görüşme sıklığı* sayı (%)			
Haftada birden fazla	5 (11,6)	4 (20)	5 (50)
Haftada bir	4 (9,3)	4 (20)	4 (40)
Ayda bir	4 (9,3)	2 (10)	1 (10)
Yılda bir	3 (7)	-	-
Yılda birden daha az	2 (4,7)	-	-
Belirtmeyen	2 (4,7)	-	-
Nerede yaşıyor ? sayı (%)			
Hastanenin bulunduğu şehirde	26 (60,5)	12 (60)	14 (70)
Şehir dışında	15 (34,9)	8 (40)	5 (25)

* Görüşme sıklığı aynı evde yaşamayan hasta yakınlarına sorgulanmıştır.

Bakımda memnuniyet ölçeği puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Karar alma ölçeği puanları bakımından Grup 3, Grup 1'den istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p=0.003$). Toplam memnuniyet ölçeği puanları bakımından gruplar kıyaslandığında Grup 3, Grup 1'den istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p= 0.010$).

Tablo 2. Gruplara göre skorların ortalaması ve standart sapması

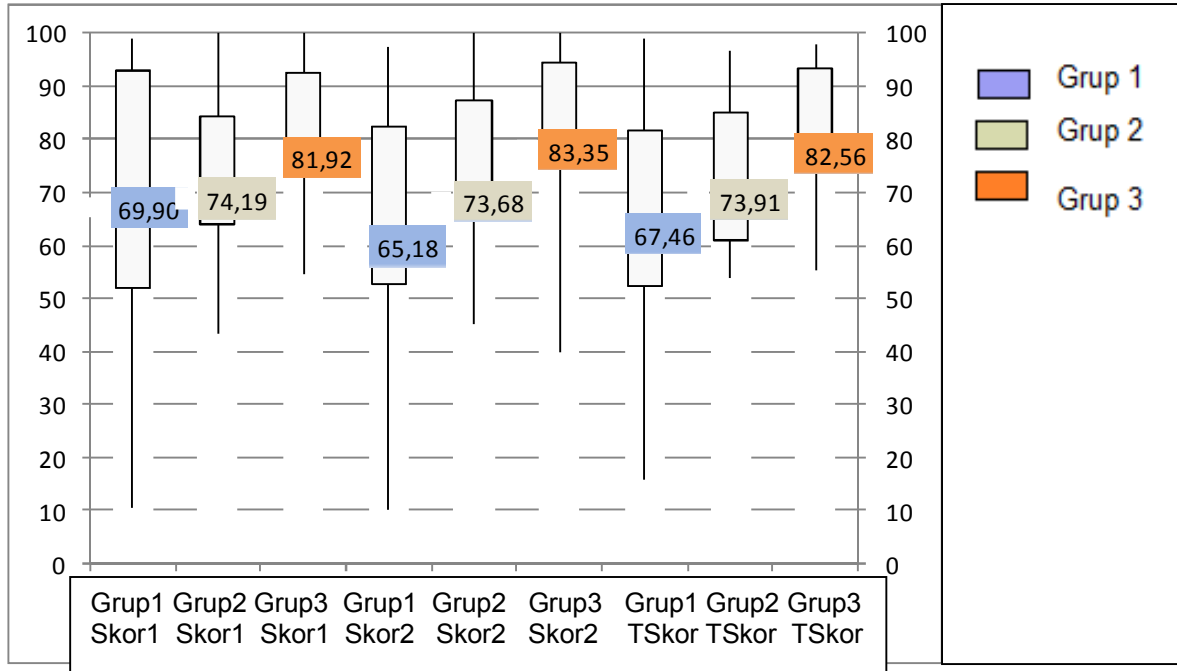
	Grup 1	Grup 2	Grup 3
	Ort.±std. sap.	Ort.± std. sap.	Ort.± std. sap.
Skor1	69.90±23.71	74.19±14.45	81.92±13.03
Skor2	65.18±21.65 #	73.68±14.97	83.35 ±16.96
TSkor	67.46±21.61 *	73.91±13.04	82.56 ±12.30

#: Grup 1 ile Grup 3 arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. ($p=0.003$)

*: Grup 1 ile Grup 3 arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. ($p=0.010$)

Grupların soru alt grupları ve toplam skorlar açısından ortalama, en düşük ve en yüksek değerleri Şekil 1' de, sorulara göre medyan ve çeyreklik değerler Tablo 4'de görülmektedir.

Bir veri grubu küçükten büyüğe doğru sıralandığında ortadaki değer medyan olarak tanımlanır. Eğer veri grubu çift sayıda ise ortadaki iki sayının ortalaması medyan değeri verir. Simetrik dağılım göstermeyen verilerin değerlendirilmesinde aritmetik ortalamadan daha değerli bir gösterge olarak kabul edilmektedir. Medyan değer ile en alt değer arasındaki değer alt çeyreklik (25. çeyreklik), en üst değer arasındaki değer üst çeyreklik (75. çeyreklik) olarak isimlendirilir.



Şekil 1. Grupların skorlarının soru alt gruplarına göre ortalama, çeyreklik, minimum ve maksimum değerler

Ankette yer alan sorulara verilen cevaplar, gruplar açısından tek tek değerlendirildiğinde ;

‘Yoğun bakım ünitesi çalışanları tarafından hastanıza gösterilen nezaket, saygı ve şefkat nasıldı?’ sorusunu toplam 78 kişi yanıtlamış, verilen cevapların skorları bakımından, hastanın takip ve tedavisinden sorumlu doktordan başka bir doktor tarafından bilgi verilmiş olan Grup 3’ün ortalama değeri, rutin bilgi verilen hasta yakınlarının oluşturduğu Grup 1’deki ortalama değerinden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0.046$) .

‘Yoğun bakım ünitesi çalışanlarının hastanızın bazı şikayetlerini tanı ve tedavisi nasıldı ?’ sorusuna ağrı tedavisi için 73, solunum sıkıntısı için 77 , ajitasyon için 65 kişi yanıt vermiş, ajitasyonun tedavisi açısından verilen cevapların skorları incelendiğinde, hastanın takip ve tedavisinden sorumlu doktordan başka bir doktor tarafından bilgi verilmiş olan Grup 3’ün ortalama değeri, rutin bilgi verilen hasta yakınlarının oluşturduğu Grup 1’in ortalama değerinden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0.026$).

‘Sizin aile üyenizin durumuyla ilgili size sunulan bilgilerin tutarlılığı ne düzeydedir ?’ sorusuna 76 kişi yanıt vermiştir. Verilen cevapların skorları

incelendiğinde, hastanın takip ve tedavisinden sorumlu olan doktordan başka bir doktor tarafından bilgi verilmiş olan Grup 3'ün ortalama değeri, rutin bilgi verilen hasta yakınlarının oluşturduğu Grup 1'in ortalama değerinden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p=0.03).

'Karar alma süreci esnasında desteklendiğinizi hissettiniz mi ?' sorusuna 80 kişi yanıt vermiştir. Verilen cevapların skorları incelendiğinde, hastanın takip ve tedavisinden sorumlu olan doktordan başka bir doktor tarafından bilgi verilmiş olan Grup 3'ün ortalama değeri, rutin bilgi verilen hasta yakınlarının oluşturduğu Grup 1'in ortalama değerinden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p=0.007).

Tablo 3. Gruplara göre skorlamalarda istatistiksel fark oluşan soruların ortalama ve standart sapmaları

	Grup 1	Grup 2	Grup 3
Soru 1_1	78.75±25.66 *	80.26±13.38	93.42±14.04
Soru 1_4	68.33±30.03 #	85.94±20.34	88.16±15.29
Soru 2_6	55.13±37.68 °	71.05±23.95	81.94±29.46
Soru 2_8	62.50±24.22 ʏ	71.05±17.20	81.58±16.33

* : Grup 1 ile Grup 3 arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. (p=0.046)

: Grup 1 ile Grup 3 arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. (p=0.026)

° : Grup 1 ile Grup 3 arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. (p=0.021)

ʏ : Grup 1 ile Grup 3 arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. (p=0.007)

Tablo 4. Sorulara göre medyan ve çeyreklikler

	Sayı	Çeyreklikler		
		25.	50. (Medyan)	75.
S1_1	78	75.00	87.50	100.00
S1_2	73	50.00	75.00	100.00
S1_3	77	75.00	100.00	100.00
S1_4	65	75.00	75.00	100.00
S1_5	83	50.00	75.00	100.00
S1_6	81	50.00	75.00	100.00
S1_7	76	75.00	75.00	100.00
S1_8	82	75.00	75.00	100.00
S1_9	69	75.00	75.00	100.00
S1_10	62	25.00	50.00	100.00
S1_11	81	75.00	100.00	100.00
S1_12	72	50.00	75.00	100.00
S1_13	69	25.00	50.00	75.00
S1_14	83	50.00	75.00	75.00
S2_1	82	50.00	75.00	100.00
S2_2	83	50.00	75.00	100.00
S2_3	83	50.00	75.00	100.00
S2_4	81	50.00	75.00	100.00
S2_5	82	50.00	75.00	100.00
S2_6	76	50.00	75.00	100.00
S2_7	80	50.00	75.00	100.00
S2_8	80	50.00	75.00	75.00
S2_9	81	50.00	75.00	100.00
S2_10	74	100.00	100.00	100.00

Ankette yer alan sorular birinci rakam sorunun mevcut olduğu kısmı, ikinci rakam soru sırasını belirtecek şekilde kısaltılmıştır.

TARTIŞMA

Aile üyeleri ile iletişim, kişiden kişiye farklı varyasyonlar şeklinde olmakla birlikte sıklıkla gri bir alanda kalır. Yeterli ve etkili iletişim, hastanın yerine karar verilmesi ve bunun yanında hastanın özerkliğinin de korunması anahtar role sahiptir^{83,84}. Yapılan araştırmalara bakıldığında sağlık personelinin ailelerin gereksinimlerinden yeterli derecede haberdar olmadığı görülmektedir^{32,33,47,48}. Hasta yakınlarının en önemli gereksinimlerinden birisi de iletişim ihtiyacıdır. Azoulay ve arkadaşlarının⁴ yaptığı bir çalışmada, iletişim ile ilgili yetersizliğin nedenleri; hasta ile ilişkili faktörler, hasta yakını ile ilişkili faktörler ve hekim ile ilişkili faktörler olarak sınıflanmıştır. Hasta ile ilişkili faktörler: işsizlik, yaş (50 yaş altı), hematoloji-onkoloji hastası olması, hastanın kabulü esnasında solunum yetmezliğinde veya koma halinde olması, nispeten iyi prognoz beklentisi; hasta yakınları ile ilişkili faktörler: başka bir ülke vatandaşı olma, dil bilmeme, eşin temsilciler arasında olmaması, ailede sağlık çalışanının olmaması, hekim ile ilişkili faktörler: ilk görüşmenin 10 dk'dan kısa olması, bilgilendirme ve tanıtım için broşür verilmemesi, ilk görüşmede yeterli bilgi verilmemesi olarak tanımlanmıştır. 2007 yılında yapılan bir çalışmada, yoğun bakımda kaybedilen hastaların aile üyeleri ile yapılan toplantılar ve verilen broşürler ile aile üyelerinde görülen anksiyete, depresyon ve posttravmatik stres bozukluğunun görülme sıklığının dramatik bir şekilde azaltıldığı, hastanın kaybedilmesinden 3 ay sonra yapılan değerlendirmeler ile gösterilmiştir⁶⁹.

Çalışmamızda, bakımda memnuniyet ölçeği puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Karar alma ölçeği puanları bakımından başka bir doktor tarafından bilgi verilen 3. Grubun ortalaması, rutin bilgi verilen 1. Grubun ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. Toplam memnuniyet ölçeği puanları bakımından gruplar kıyaslandığında, başka bir doktor tarafından bilgi verilen 3. Grup, rutin bilgi verilen 1. Gruptan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.

Genel memnuniyet ölçeği puanlarının, başka bir doktor tarafından bilgi verilen 3. Grupta, rutin bilgi verilen 1. Gruptan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olması, başka bir yoğun bakım doktoru tarafında bilgi verilmesinin hasta yakını memnuniyetine olumlu katkısı olduğunu göstermektedir. İletişimin geliştirilmesinin, özellikle hastaya neler yapıldığının anlatılmasının ve prognoz açısından hasta yakınlarının bilgilendirilmesinin, hastaya yapılabilecek müdahalelerin gerektiğinde ve

tam olarak yapılıyor olduğunun başka bir doktor tarafından anlatılmasının, hasta yakınlarının yoğun bakım ekibine olan güvenini arttırarak hasta yakını memnuniyetini arttırmış olabileceğini düşündük. Farklı kişilerden de hastanın durumu için aynı bilgileri almak, hasta yakınlarının bilgilenme ihtiyacı açısından daha fazla tatmin olmasını sağlamış olabilir. Günde iki sefer rutin bilgi verilmesi ve başka bir doktor tarafından bilgi verilmesinin, hasta yakınlarında hastasına ve kendilerine karşı özen gösterildiği hissini uyandırmış olabileceği kanaatindeyiz. Yoğun bakım ünitesi çalışanları tarafından hastanıza gösterilen nezaket, saygı ve şefkat nasıldı?' sorusuna verilen cevapların skor ortalamalarının, Grup 3'ün Grup 1'den istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuş olması da bu düşüncemizi desteklemektedir.

Bununla birlikte her iki grup arasında bakımda memnuniyet ölçeği puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış olması, ancak bilgi alma ihtiyacı ve karar alma ölçeği puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farkın bulunması, hasta yakını memnuniyeti açısından iletişimin önemini vurgular niteliktedir. Kanada'da yapılan çok merkezli bir çalışmada, karar alma sürecinde hasta yakını memnuniyetinin 'tamamen memnun' veya 'çok memnun' olarak sonuçlanmış olması doktorlar ve hemşirelerle iletişimde yüksek memnuniyet ile ilişkilendirilmiştir⁶². Çalışmamızda bakımda memnuniyet skorlarının gruplar arasında anlamlı derecede yüksek olmadığı halde iletişim ve karar alma sürecinde memnuniyet ve toplam skor ortalamasının 2. ve 3. grupta belirgin derecede yüksek bulunması, iletişimin geliştirilmesi ile hasta yakınlarının verilen bakım hizmetinin kalitesi açısından memnuniyetlerini geliştirmekten çok psikolojik olarak desteklenmiş hissetmelerini sağladığı düşünülebilir.

Hasta yakınlarının memnuniyetinin geliştirilmesinde iletişimin rolü açısından literatür incelendiğinde, iletişimin olumlu katkısının olduğu yönünde çalışmalar çoğunluktadır. 187 yaşayan ve 40 kaybedilen hastadan oluşan toplam 227 hastanın yakınları ile yapılan çalışma sonucunda hasta yakınlarının doktor ile iletişim sıklığının yüksek hasta yakını memnuniyeti ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada görüşmelerden önce ve sonra hasta yakınlarının memnuniyeti ölçülmüş ve ölçüm aracı olarak bizim kullandığımız anketin uzun versiyonu (FS-ICU 36) kullanılmıştır. Görüşme sıklığı arttırıldıktan sonra tekrarlanan ankette 'doktor ile iletişimin sıklığı, memnuniyeti ve karar alma sürecinde kendisini desteklenmiş hissetme oranları, istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Buna karşılık, bakımda

memnuniyet, karar alma sürecinde memnuniyet ve toplam memnuniyet oranlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır⁹⁴.

Bilgi verilme sıklığının etkisinin araştırıldığı başka bir çalışmada da hasta yakınlarının doktor ile iletişim sıklığının, yüksek hasta yakını memnuniyeti ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir⁹⁵.

Bailey ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada hasta yakınlarının bilgi açısından desteklenmesinin hasta yakını memnuniyetini arttırdığı, ancak bu desteklenmenin veya hasta yakını memnuniyetinin hasta yakınlarında görülen anksiyete ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi olmadığı gösterilmiştir.⁹⁹

539 hasta yakını ile yapılan bir çalışmada, yoğun bakımda ölen hasta yakınlarının memnuniyeti, hastası yaşayanlarıkinden daha yüksek bulunmuş, bu sonuç da verilen bakım hizmetinin farklı olmasından değil, hayatını kaybeden hastanın yakınları ile doktorların daha fazla iletişim kurmuş olabileceği ve daha açıklayıcı bilgi vermiş olabileceği şeklinde yorumlanmıştır⁹¹.

Renata ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise hastalığın tanısı ve diagnozu ile ilgili bilgi vermenin, hasta yakını memnuniyeti ile ilişkili olmadığı, hastaya ne olduğunun ve neler yapılıyor olduğunun anlaşılabilmesinin hasta yakını memnuniyetini arttırdığı gözlenmiştir. Bu çalışmada yoğun bakım doktorlarına ulaşamamak, hasta yakını memnuniyetsizliğini etkileyen en önemli faktör olarak gösterilmiştir⁹⁶.

Azoulay ve arkadaşlarının yaptığı, hasta yakınları ile iletişimin zayıf olmasına yol açan faktörlerin araştırıldığı bir çalışmada, ilk görüşmenin süresi, 10 dakikadan az olan hasta yakınlarının %67,7'si hasta ile ilgili anlatılanları yeterli anlayamamış, ilk görüşmenin süresi 10 dakikadan fazla ise bu oran %44,4 olmuştur. Görüşme esnasında bilgi veren doktor tarafından, verilen bilgiyi yeterli derecede anladığı düşünülen hasta yakınlarının %35,6'sı verilen bilgiyi yeterli derecede anlayamamış, yeterli düzeyde anlamadığı düşünülen hasta yakınlarının %76,4'ü yeterli derecede anlayamamıştır³.

Tilden ve arkadaşları, ailelerin iletişimde beklentilerinin, özellikle prognoz hakkında zamanında bilgi almak, kötü prognozun zamanında ve dürüstçe paylaşılması, sık ve kısa bilgi almak ve hastaya ne olacağına odaklanılmasının kolaylaştırılması olarak tanımlamıştır⁹³.

Gruplar incelendiğinde, her iki alt ölçek puanları ve genel ölçek puanları açısından 2. Grup ve 3. Grubun, rutin bilgi verilen 1. Gruba göre daha yüksek

memnuniyet ortalamalarına sahip olduğu görülmektedir. Çalışmamızda bilgi alma sıklığının, hasta yakınlarının memnuniyeti üzerine olumlu etkisi olabileceği, ancak bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı gözlenmektedir. Katılımcı sayısının az olmasının bizim açımızdan en eksik yön olduğunu, belki de daha fazla sayıda hasta yakını ile yapılabilecek bir çalışma ile bu sonucun değişebileceğini düşünmekteyiz. Nitekim ankette yer alan açık uçlu sorularda, 1. Gruptan 6 hasta yakını yeterli sıklıkta bilgi alamadıklarını, 2. Gruptan 3 hasta yakını da günde 2 kez bilgi verilmesinin güzel bir uygulama olduğunu belirtmiştir.

Yoğun bakım ünitesi çalışanları tarafından hastanıza gösterilen nezaket, saygı ve şefkat nasıldı?’ sorusu, verilen cevapların skorları bakımından, hastanın takip ve tedavisinden sorumlu doktordan başka bir doktor tarafından bilgi verilen grupta ortalama değeri, rutin bilgi verilen hasta yakınlarının oluşturduğu Grup 1’deki ortalama değerinden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

‘Yoğun bakım ünitesi çalışanlarının hastanızın bazı şikayetlerini tanı ve tedavisi nasıldı ?’ sorusuna ağrı tedavisi için 73 (%87), solunum sıkıntısı için 77 (%92), ajitasyon için 65 (%78) kişi yanıt vermiş (Tablo 4 S1-2,S1-3,S1-4), ajitasyonun tedavisi açısından , verilen cevapların skorları incelendiğinde, hastanın takip ve tedavisinden sorumlu doktordan başka bir doktor tarafından bilgi verilmiş olan Grup 3’ün ortalama değeri, rutin bilgi verilen hasta yakınlarının oluşturduğu Grup 1’in ortalama değerinden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Tablo 3). Bu üç soru, hastanın bazı klinik durumlarının tedavisi başlığı altında incelenmiş olup ankette katılımcıların en fazla boş bıraktığı sorulardandır. Hastaların çoğunluğuna sedasyon uygulandığı ve mekanik ventilasyon desteği sağlandığı göz önüne alınarak, en fazla boş bırakılan sorular olması ve Grup 3’ün ortalama değerinin, ajitasyon tedavisi açısından memnuniyetin, Grup 1’in ortalama değerinden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olması nedeni ile semptomatik tedavi ile ilgili bilgilerin, görüşme sırasında, uyutulan veya sedatize edilen hastaların yakınları ile yeterince paylaşılamamış olabileceğini düşündük.

‘Sizin aile üyenizin durumuyla ilgili size sunulan bilgilerin tutarlılığı ne düzeydedir ?’ sorusuna 76 kişi yanıt vermiştir. Verilen cevapların skorları incelendiğinde, hastanın takip ve tedavisinden sorumlu olan doktordan başka bir doktor tarafından bilgi verilmiş olan Grup 3’ün ortalama değeri, rutin bilgi verilen hasta yakınlarının oluşturduğu Grup 1’in ortalama değerinden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Başka bir doktor tarafından bilgi verilmesinin

hedefinin, hasta yakınlarının hastasına neler yapılıyor olduğunu başka bir doktor tarafından da duyarak verilen bilgiye güveni arttırdığı, bu sayede iletişimi geliştirdiği göz önüne alındığında, çalışmanın amacını desteklemektedir.

'Karar alma süreci esnasında desteklendiğinizi hissettiniz mi ?' sorusuna 80 kişi yanıt vermiştir. Verilen cevapların skorları incelendiğinde, başka bir doktor tarafından bilgi verilmiş olan Grup 3'ün ortalama değeri, rutin bilgi verilen hasta yakınlarının oluşturduğu Grup 1'in ortalama değerinden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Daha önce de değindiğimiz üzere iletişimin geliştirilmesi, bizim çalışmamızda özellikle 'bilgi alma ihtiyacı ve karar alma sürecinde' memnuniyeti arttırmıştır. Bu sayede hasta yakınlarının 'karar alma sürecinde' daha fazla kendilerini desteklenmiş hissettiğini düşündük.

'Yakınınızın durumuyla ilgili yoğun bakım ünitesi hemşireleri sizi ne sıklıkla bilgilendirdi ?' sorusuna 62 kişi yanıt vermiştir (%74) (Tablo. 4 S1-10). Tüm hasta yakınlarının bu soruya verdiği cevapların medyan değerinin 50 (25-100) gibi düşük bir değerde olması ve en az sayıda yanıtlanan soru olmasının nedeninin, 'hemşirelerin, servisimizde hasta yakınlarına rutin olarak bilgi veriyor olmaması' olduğunu düşündük. Doktorların bilgilendirme sıklığı ile ilgili soruya 82 kişi yanıt vermiştir ve medyan değer 75 (50-100) olarak bulunmuştur. (Tablo 4 S2-1).

Bijttebier ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, hasta yakınlarının en önemli bilgi kaynağı olarak doktorları gördükleri tespit edilmiştir³³. Myhren ve arkadaşlarının yaptığı prospektif çalışmada da , hasta yakınlarının iletişim açısından 'çok memnun olduğu' görülmüş, iletişim açısından memnuniyette doktorlarla olan iletişimde memnuniyet, hemşireler ile olan iletişimde memnuniyetten belirgin derecede düşük olarak tespit edilmiştir.⁹⁷ Birçok çalışmada hemşireler ile iletişimde memnuniyetin, doktorlarla olan iletişimde memnuniyetten yüksek olması muhtemelen hemşirelerin hastayla fiziksel olarak yakınlığının daha fazla ve sık olması, bakımla ilişkili olarak daha net konularda iletişim kurmaları, hasta yakınları ile anlayabileceği dilden konuşabilmeleri, doktorların hastalara daha çok medikal açıdan bakıyor olmaları ve iletişimde paylaşılan konuların hastanın klinik durumu, prognoz gibi daha muğlak konular olması ve iletişimde daha yoğunlukla mesleki dil kullanılması olabilir.⁹⁴

CCFAP çerçevesinde (Critical Care Family Assistance Program Yoğun bakım hasta yakını destek programı) hasta yakınları, hekimlik, hemşirelik, diyetisyenlik, solunum bakım uzmanlığı ve sosyal çalışma grubundan oluşturulan ekipler tarafından hem bilgi alma hem de diğer problemler açısından desteklenmiş, en fazla

memnuniyet artışı ve anksiyete azalması, sosyal çalışma grubu ve hemşirelik hizmetleri veren ekibin desteklediği grupta olmuştur. ⁹⁸

'Yoğun bakım ünitesindeki bekleme odasının atmosferi nasıldı ?' sorusuna 69 kişi yanıt vermiştir. Ortalama skor açısından medyan değerin 50 (25-75) olması ve bu konudaki memnuniyetsizliğin nedeninin yoğun bakım hasta yakınları için ayrı bir bekleme salonu olmaması olduğunu söyleyebiliriz.

SONUÇ

Yoğun bakım servisinde yatan hastaların yakınlarının memnuniyeti, son yıllarda yoğun bakım servisinde verilen hizmet kalitesi göstergelerinden biri haline gelmiştir. Hasta yakınlarının memnuniyetini etkileyen en önemli faktörlerden birisi de hiç şüphesiz ki bilgi ihtiyacıdır.

Bu çalışmada daha sık bilgi verilmesinin hasta yakını memnuniyetini arttırdığı ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı, başka bir doktor tarafından bilgi verilmesinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde memnuniyeti arttırdığı gösterilmiştir. Bu sonuçlar bize iletişimin geliştirilmesinin hasta yakını memnuniyetini arttırdığını düşündürmüştür. Çalışmaya katılan hasta yakını sayısının kısıtlı olması nedeniyle çalışmanın daha geniş hasta yakını grubu ile tekrarlanmasıyla daha sağlıklı sonuçlar elde edileceği kanısına varılmıştır.

KAYNAKLAR

1. Shortell SM, Zimmerman JE, Rousseau DM, Gillies RR, Wagner DP, Draper EA, et al. The performance of intensive care unit: Does good management make a difference? *Med Care*. 1994;32:508-25
2. Harvey MA. Evolving toward but not to meeting family needs. *Crit. Care Med*. 1998;2:206-207
3. Akıncı S.B. Salman N, Kanbak M, Aypar Ü. Yoğun bakımda Aile Memnuniyetinin değerlendirilmesi. *Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Dergisi*. 2004;32:130-8.
4. Azoulay E, Chevret S, Leleu G, et al. Half of the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. *Crit Care Med*. 2000; 28:3044-3049.
5. Engli M, Kirsivali-Farmer K. Needs of family members of critically patients with and without acute brain injury. *J. Neurosci Nurs*. 1993;25:78-85
6. Hardicre J. Meeting the needs of families of patients in intensive care units. *Nursing times*. 2003;99(27):26-27
7. Lange P. Family stres in the intensive care unit. *Crit. Care Med*. 2001;29(10):2025-2026
8. Pochart F, Azoulay E. Symptoms of anxiety and depression in family members of ICU patients. 2001;29(10):1893-1897
9. Molter N. Needs of the critically ill: A descriptive study. *Heart and Lung*. 1979;8:332-339
10. Leske JS. The needs of relatives of critically ill patients: a follow up. *Heart and Lung*. 1986;15:189-193
11. Daley L. The perceived immediate needs of families with relatives in the ICU setting. . *Heart and Lung*. 1984;13(3)231-235
12. Uzun Ö, Özer N, Akyıl R. Bazı cerrahi kliniklerde ve cerrahi yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların ailelerinin gereksinimleri. *AÜTD*. 2002;34:39-42
13. Tulunay M. Yoğun bakım. İliçin G, Ünal S. *Temel İç Hastalıkları Cilt I*. 1996;778-780.

14. Şahinoğlu H. Yoğun bakımın doğuşu, gelişmesi ve genel ilkeleri. Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri. 1992:875-878.
15. Akpir K. Yoğun bakım serüveni: Dün bugün. Türk Yoğun Bakım Dergisi. 2002;1(1):6-12.
16. Aydemir Ö, Bayraktar E. Genel tıpta anksiyete. PsychoMed 1996;2:102-12.
17. Zung WW, Magruder-Habib K, Velez R, Alling W. The comorbidity of anxiety and depression in general medical patients: a longitudinal study. J Clin Psychiatry 1990;51:77-80.
18. Thapar AK, Thapar A. Psychological sequelae of miscarriage: a controlled study using the general health questionnaire and the hospital anxiety and depression scale. Br J Gen Pract. 1992;42:94-96.
19. Pochard F, Darmon M, Fassier T, Bollaert PE, Cheval C, Coloigner M, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study. J Crit Care. 2005;20:90-96.
20. Guidelines for intensive care unit design. Guidelines/Practice Parameters Committee of the American College of Critical Care Medicine, Society of Critical Care Medicine. Crit Care Med. 1995;23:582-588
21. Hasin Y, Danchin N, Filippatos GS, Heras M, Janssens U, Leor J, Nahir M, Parkhomenko A, Thygesen K, Tubaro M, Wallentin LC, Zakke I Recommendations for the structure, organization, and operation of intensive cardiac care units. Eur Heart J. 2005;26:1676-1682
22. Bertolini G, Rossi C, Brazzi L, Radrizzani D, Rossi G, Arrighi E, Simini B The relationship between labour cost per patient and the size of intensive care units: a multicentre prospective study. Intensive Care Med. 2003;29:2307-2311
23. Jacobs R, Dawson D Hospital efficiency targets. Health Econ. 2003;12:669-684
24. Holl, Schmidt, Wood. Theoretic Perspectives. Nursing Care III Adults. 1998;1178-1182
25. Kutlu K. Yoğun bakım ünitelerindeki hastaların aile bireylerinin sorunları, Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi. 2000;4 (2):86-88,
26. Akkaş A, Yoğun bakım ünitesinde hastası olan ailelere yardım. THD. 1993;43(1),26-27.

27. Eti F, Olgun N, Candan S. Elektif cerrahi işlem geçirmekte olan hastaların aile bireylerinin anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. THD. 1997;47(5):18-21.
28. Leung K, Chien W, Mackenzie AE. Needs of Chinese families of critically ill patients. West J Nur Res. 2000;22: 826-840.
29. Mollaoğlu M. Kritik bakım ünitelerinin duyuşal girdilere etkileri ve hemşirelik girişimleri. Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi. 1997;1(2):86-90.
30. Sekmen K, Hatipoğlu S. Yoğun bakım ünitesi teknolojik ortamının hasta ve ailesi üzerine etkileri. Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi. 1999;3(1):22-26.
31. Warren N.A. Critical Care Family Members Satisfaction with Bereavement Experiences. Critical care Nursing Quarterly. 2002;25(2):54-60.
32. O'Malley P. Critical care nurse perceptions of family needs. Heart and Lung Journal of Acute and Critical Care. 1991;20(2):2189-2201.
33. Bijttebier P, Vanoost S, Delva D, Ferdinande P, Frans E. Needs of relatives of critical care patients: perception of relatives, physicians and nurses, Intensive Care Medicine. 2000;27(1):160-165.
34. Bond E, Drager L, Mandleco B, Donnely M. Needs of family members of patients with severe traumatic brain injury . Critical care nurse. 2003;23(4):63-72
35. Armutçu B, Ailenin Yaşadığı Kriz ve Ailenin Beklentileri. Yoğun Bakım Hemş. Derneği 2. Ulusal Kongresi Özet Kitabı 2005:20-22.
36. Leske J. Comparasion of family stresses, strengths, and outcomes after trauma and surgery. AACN. 2003;14(1):33-41.
37. Wild C, Narath M. Evaluating and planning ICUs: methods and approaches to differentiate between need and demand. Health Policy. 2005;71:289-301
38. Wunsch H, Angus DC, Harrison DA, Collange O, Fowler R, Hoste EA, de Keizer NF, Kersten A, Linde-Zwirble WT, Sandiumenge A, Rowan KM. Variation in critical care services across North America and western Europe. Crit Care Med. 2008;36:2781-2789
39. Hutchings A, Durand MA, Grieve R, Harrison D, Rowan K, Green J, Cairns J, Black N Evaluation of modernisation of adult critical care services in England: time series and cost effectiveness analysis. BMJ. 2009;3:43-53
40. Donchin Y, Seagull FJ. The hostile environment of the intensive care unit. Curr Opin Crit Care. 2002;8:316-320

41. Azoulay E , Pochard F , Kentish-Barnes N , et al. FAMIREA Study Group . Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med.* 2005;171(9):987- 994 .
42. Siegel MD, Hayes E, Vanderwerker LC, Loseth DB, Prigerson HG . Psychiatric illness in the next of kin of patients who die in the intensive care unit . *Crit Care Med* . 2008;36(6):1722-1728.
43. Evans D. Flying visits. *Nurs. Times.* 1986;2(14):64
44. Hickey M, Lewandowski L. Critical care nurses role with families: A descriptive study. *Heart and Lung* . 1998;17:670-676,
45. Norris L.O. Investigation of selected psychosocial needs of family members of critically ill adult patients. *Heart and Lung.* 1986;15(3):194-199
46. Freichels T. Needs of family members of patients in the intensive care unit over time. *Crit. Care Nurs. Q.* 1991;14:16-29
47. Simpson T. Critical care nursing perceptions of visits. *Heart and Lung.* 1991; 20:681-688
48. Holden J, Harrison L, Johnson M. Families, nurses and intensive care patients: a review literature. *Journal Clinical Nursing.* 2002:140-148.
49. Stricker K.H, Kimberger O, Schmidlin K, Zwahlen M. Family satisfaction in the intensive care unit: what makes the difference? *Int. Care Med.* 2009;35(12):2051-2059.
50. Curry S. Identifying family needs and stres in the ICU. *Brit. J. Of Nursing.* 1995;4(1):15-19
51. Kleiber C, Halm M, Titler M, Montgomery L.A, Johnson S.K. Emotional responses of family members during a critical care hospitalisation. *Am. J. Crit. Care.* 1994;3:70-76
52. Leske JS. Internal psychometric properties of the Critical Care Family Needs Inventory. *Heart Lung* 1991;20:236-243
53. Coulter MA: The needs of family members of patients in intensive care units. *Intensive Care Nurs.* 1989,5(1):4-10.
54. Chartier L, Coutu-Wakulczyk G: Families in ICU: their needs and anxiety level. *Intensive Care Nurs* 1989,5(1):11-8.
55. Lister J: The doctor's changing role. *N Engl J Med.* 1971; 285:790–792
56. Peeke AP, Monroe CW, Hulit BE: The physician's obligation to his patients. *JAMA.* 1968;204:88–90

57. Danis M, Patrick DL, Southerland LI, et al: Patients and families' preferences for medical intensive care. *JAMA*. 1988; 260:797–802.
58. Clarke EB, Curtis JR, Luce JM, et al. Quality indicators for end-of-life care in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2003;31:2255–2262.
59. Cohen LM, McCue JD, Green GM: Do clinical and formal assessments of the capacity of patients in the intensive care unit to make decisions agree? *Arch Intern Med*. 1993; 153:2481–2485.
60. Ely EW, Shintani A, Truman B, et al: Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *JAMA*. 2004; 291:1753-1762.
61. Heyland DK, Tranmer JE: Measuring family satisfaction with care in the intensive care unit: the development of a questionnaire and preliminary results. *J Crit Care* 2001; 16:142–149.
62. Heyland DK, Rocker GM, Dodek PM, et al: Family satisfaction with care in the intensive care unit: Results of a multiple center study. *Crit Care Med*. 2002; 30:1413–1418.
63. Dodek PM, Heyland DK, Rocker GM, et al: Translating family satisfaction data into quality improvement. *Crit Care Med*. 2004; 32:1922–1927.
64. Heyland DK, Cook DJ, Rocker GM, et al: Decision-making in the ICU: Perspectives of the substitute decision-maker. *Intensive Care Med*. 2003; 29:75–82.
65. Wasser T, Pasquale MA, Matchett S, et al. Establishing reliability and validity of the Critical Care Family Satisfaction Survey. *Crit Care Med*. 2001;29:192-196.
66. Johnson D, Wilson M, Cavanaugh B, et al. Measuring the ability to meet family needs in an intensive care unit. *Crit Care Med*. 1998;26:266-271.
67. Schneiderman LJ, Gilmer T, Teetzel HD, Dugan DO, Blustein J, Cranford R, Briggs KB, Komatsu GI, Goodman-Crews P, Cohn F, et al. Effect of ethics consultations on nonbeneficial life-sustaining treatments in the intensive care setting: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2003;290:1166-1172.
68. Norton SA, Hogan LA, Holloway RG, Temkin-Greener H, Buckley MJ, Quill TE. Proactive palliative care in the medical intensive care unit: effects on length of stay for selected high-risk patients. *Crit Care Med*. 2007;35:1530-1535.

69. Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, Joly LM, Chevret S, Adrie C, Barnoud D, Bleichner G, Bruel C, Choukroun G, et al. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *N Engl J Med.* 2007;356:469-478.
70. Plowrighth CI. Intensive therapy nurses' beliefs about and attitudes towards visiting in three district general hospitals, *Intensive and Critical Care Nursing*,. 1998;14:262-270.
71. Roland P, Russel J. Visitation in critical care: processes and outcomes of a performance improvement initiative, *Journal of Nursing Care Quality.* 2001;15 (2):18-26.
72. Ihlenfeld JT . Should we allow children to visit ill parents in intensive care unit. *Dimensions of Critical Care Nursing.* 2006;25(6):269- 271.
73. Sims JM, Miracle VA. A look at critical care visitation the case for flexible visitation, *Dimensions of Critical Care nursing.* 2006;25 (4):175- 180.
74. Carlson B, Riegel B, Thomason T . Visitation: policy versus practice, *Dimensions of Critical Care nursing.* 1998;17(1):40- 47.
75. Ramsey P, Cathelyn P, Gugliota B, Glenn LL . Visitor and nurse satisfaction with a visitation policy change in critical care units, *Dimensions of Critical Care Nursing.* 1999;18(5):42- 48.
76. Fumagalli S, Boncinelli L, Lo Nostro A, Valoti P, Baldereschi G, Di Bari M, Ungar A, Baldasseroni S, Geppetti P, Masotti G, Pini M, Marchionni. Reduced cardio circulatory complications with unrestrictive visiting policy in an intensive care unit results from a pilot, randomized trial. *Circulation.* 2006;113: 946- 952.
77. Cullen L, Titler M, Drahozal R. Family and pet visitation in the critical care unit, *Critical Care Nurse,* 2003;23(5):62-66.
78. Smith K, Boardman K. Comfording a child when someone close dies. *Nursing.* 1995;3:58-59.
79. Rich Wheeler S. Helping families cope with death and dying. *Nursing.* 1996;1:25-30
80. Farrell ME, Joseph DH, Schwartz-Barcott D. Visiting hours in the ICU: finding the balance among patient, visitor and staff needs. *Nurs Forum.* 2005;40:18-28.

81. Makic MB, VonRueden KT, Rauen CA, Chadwick J. Evidence- based practice habits: putting more sacred cows out to pasture. *Crit Care Nurse* 2011;31:38-62.
82. Teno JM, Mor V, Ward N, Roy J, Clarridge B, Wennberg JE, et al: Bereaved Family Member Perceptions of Quality of End-of-Life Care in U.S. Regions with High and Low Usage of Intensive Care Unit Care. *J Am Geriatr Soc.* 2005, 53(11):1905-11.
83. Azoulay E, Sprung CL: Family-physician interactions in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2004; 32(11):2323-8.
84. Fox S, Jeffrey J: The role of the nurse with families of patients in ICU: the nurses' perspective. *Can J Cardiovasc Nurs.* 1997;8(1):17-23
85. Foss KR, Tenholder MF: Expectations and needs of persons with family members in an intensive care unit as opposed to a general ward. *South Med J.* 1993, 86(4):380-4.
86. LeClaire MM, Oakes JM, Weinert CR: Communication of prognostic information for critically ill patients. *Chest.* 2005;128(3):1728-35.
87. Richard J. Wall, MD, MPH; Ruth A. Engelberg, PhD; Lois Downey, MA; Daren K. Heyland, MD, J. Randall Curtis, MD, MPH Refinement, scoring, and validation of the Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU) survey. *Crit. Care Med.* 2007;35(1):271-9.
88. Azoulay E, Pochard F, Chrevret S, LeMaire F, Mokhtari M, LeGall J, et al. Meeting the needs of intensive care unit patient families. *Am J Respir Crit Care Med.* 2001;163:135-139.
89. Azoulay E, Pochard F, Chrevret S, et al. Impact of a family information leaflet on effectiveness of information provided to family members of intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med.* 2002;165:438-442.
90. Damghi N, Khoudri I, Oualili L, et al. Measuring the satisfaction of intensive care unit patient families in Morocco: a regression tree analysis. *Crit Care Med.* 2008;36:2084-2091.
91. Richard J. Wall, J. Randall Curtis, Colin R. Cooke and Ruth A. Engelberg Family Satisfaction in the ICU: Differences Between Families of Survivors and Nonsurvivors. 2007 Nov;132(5):1425-33.

92. Wasser T, Matchett S, Ray D, Baker K. Validation of a total score for the critical care family satisfaction survey. *J Clin Outcomes Mgmt.* 2004;11(8):502-507.
93. Tilden VP, Tolle SW, Garlans MJ. Decisions about life-sustaining treatment. *Arch Intern Med* 1995;155:633–638
94. Jacobowski N.L, Girard T.D, Mulder J.A, Ely E.W . Communication In Critical Care: Family Rounds In The Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care.* 2010;19(5):421-430.
95. Michele M. LeClaire, J. Michael Oakes and Craig R. Weinert For Critically Ill Patients: Communication of Prognostic Information *Chest.* 2005;128;1728-1735.
96. Fumis RR, Nishimoto IN, Deheinzelin D. Families' interactions with physicians in the intensive care unit: the impact on family's satisfaction. *J Crit Care.* 2008;23:281–286.
97. Myhren H, Ekeberg Ø, Langen I, Stokland O. Emotional strain, communication, and satisfaction of family members in the intensive care unit compared with expectations of the medical staff: experiences from a Norwegian University Hospital. *Int. Care Med.* 2004 Sep;30(9):1791-8.
98. Dowling J, Wang B. Impact on Family Satisfaction : The Critical Care Family Assistance Program *Chest.* 2005;128;76-80.
99. Bailey JJ, Sabbagh M, Loiselle CG, Boileau J, McVey L. Supporting families in the ICU: A descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care. *Intensive Crit Care Nurs.* 2010;26(2):114-22

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

CCFNI : Critical Care Family Needs İnventory (Yoğun Bakım Hasta Yakınlarının İhtiyaçları Anketi)

CCFSS : Critical Care Family Satisfaction Survey (Yoğun Bakımda Hasta Yakını Memnuniyeti anketi)

Dk. : Dakika

EKG : Elektrokardiyografi

FS-ICU : Family Satisfaction in İntensive Care Unit Questionnaire (Yoğun bakımda hasta yakını memnuniyeti anketi)

ICU : Intensive care unit (yoğun bakım servisi)

Ort. : Ortalama

Skor1 : Bakımda memnuniyet skoru

Skor2 : Karar alma sürecinde memnuniyet skoru

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal bilimler için istatistik paket programı)

Std. sap. : Standart sapma

Tskor : Toplam skor.

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa
Şekil 1 (Grupların skorlarının soru alt gruplarına göre ortalama, çeyreklik, minimum ve maksimum değerleri)	27

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1 (Demografik veriler)	25
Tablo 2 (Gruplara göre skorların ortalaması ve standart sapması)	26
Tablo 3 (Gruplara göre skorlamalarda istatistiksel fark oluşan soruların ortalama ve standart sapmaları)	28
Tablo 4 (Sorulara göre medyan ve eyreklikler)	29

EK-1

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDEKİ BAKIMDA AİLENİN MEMNUNİYETİ

FS ICU (24)

Sizin aile üyenizin yoğun bakım ünitesine en son girişiyle ilgili fikirleriniz

Yakınınız bu yoğun bakım ünitesinde hastaydı. Siz de “hasta yakını” olarak kaydedilmiş bulunuyorsunuz. Aşağıdaki sorular aile üyenizin en son yoğun bakım ünitesine yatışıyla ilgilidir. Yakınınızın bakımıyla ilgilenen birçok doktor, hemşire ve personel olduğunu biliyoruz. İstisnalar olabilir fakat size sunduğumuz bakım kalitesinin tarafınızdan genel olarak değerlendirilmesiyle ilgileniyoruz. Bu sizin ve yakınınız için muhtemelen çok zor bir süreç. Zaman ayırıp fikirlerinizi bizimle paylaşırsanız çok memnun oluruz. Yoğun bakım ünitemizi iyileştirebilmek için neleri iyi yaptığımızı ve yapabileceğimizi söylemek için lütfen bize zaman ayırın. Tüm yanıtlarınızın gizli kalacağından emin olabilirsiniz. Sizin aile üyenizle ilgilenen, bakan doktorlar ve hemşireler cevaplarınız hakkında bilgilendirilmeyeceklerdir.

(Bu formu doldurmak yaklaşık 20 dakika sürmektedir.)

DEMOGRAFİK BİLGİLER

Sizinle ve sizin hastayla olan ilişkinizi hakkında biraz bilgi alabilmemiz için aşağıdaki bilgileri doldurarak lütfen bize yardımcı olunuz.

1. Cinsiyetim: Bay Bayan:

2. Ben yaşındayım.

3. Ben hastanın ;

Eşiyim Annesiyim Babasıyım Kız Kardeşiyim

Erkek Kardeşiyim Kızıyım Oğluyum

Diğer (Lütfen belirtiniz)

4. Bu yakın zamanda olan olaydan önce, yoğun bakım ünitesinde bir hastanın yakını olarak bulundunuz mu?

Evet Hayır

5. Hastayla birlikte mi yaşıyorsunuz?

Evet Hayır

Eğer hayırsa, hastayı ortalama ne sıklıkta görürsünüz?

Haftada birden daha fazla haftada bir ayda bir yılda bir
yılda birden daha az

6. Nerede yaşıyorsunuz?

Hastanenin bulunduğu şehirde şehir dışında

BÖLÜM 1: BAKIMLA İLGİLİ MEMNUNİYETİNİZ

Lütfen fikirlerinizi en iyi yansıtan bir kutuyu işaretleyiniz. Eğer soru sizin aile üyenizin yatışı ile ilgili değilse o zaman geçerli değil kutusunu işaretleyiniz.
(G/D)

Sizin aile üyenize biz nasıl davrandık? (hastaya)

1) Yoğun bakım ünitesi çalışanlarının ilgisi ve bakımı:
Hastanıza gösterilen nezaket, saygı ve şefkat

Semptom yönetimi:
Yoğun bakım ünitesi çalışanlarının hastanızın bazı şikayetlerini tanı ve tedavisi nasıldı ?

2) Ağrı Tedavisi

3) Solunum sıkıntısı

4) Ajitasyon (huysuzluk-endişe-kaygı)

Biz size nasıl davrandık?

5) İsteklerinizi düşünürsek:
İsteklerinizi karşılamada yoğun bakım ünitesi çalışanları ne kadar iyiydi?

Mükemmel	çok iyi	iyi	kısmen iyi	zayıf	G/D
1	2	3	4	5	6

Mükemmel	çok iyi	iyi	kısmen iyi	zayıf	G/D
1	2	3	4	5	6

Mükemmel	çok iyi	iyi	kısmen iyi	zayıf	G/D
1	2	3	4	5	6

Mükemmel	çok iyi	iyi	kısmen iyi	zayıf	G/D
1	2	3	4	5	6

Mükemmel	çok iyi	iyi	kısmen iyi	zayıf	G/D
1	2	3	4	5	6

6)Psikolojik destek:
Yoğun bakım ünitesi çalışanlarının size sağladığı psikolojik destek ne kadar iyiydi?

Mükemmel çok iyi iyi kısmen iyi zayıf G/D
1 2 3 4 5 6

7)Bakımın koordinasyonu:
Hastanızla ilgilenen yoğun bakım ünitesi çalışanlarının ekip çalışması nasıldı?

Mükemmel çok iyi iyi kısmen iyi zayıf G/D
1 2 3 4 5 6

8)Yoğun bakım ünitesi çalışanlarının ilgi ve bakımı:
Size gösterilen nezaket, saygı ve şefkat nasıldı ?

Mükemmel çok iyi iyi kısmen iyi zayıf G/D
1 2 3 4 5 6

Hemşireler

9)Yoğun bakım ünitesi hemşirelerinin becerisi ve yeterliliği:
Hemşireler sizin yakınınızla ne kadar iyi ilgilendi?

Mükemmel çok iyi iyi kısmen iyi zayıf G/D
1 2 3 4 5 6

10)Yoğun bakım ünitesi hemşireleriyle olan iletişimin sıklığı:
Yakınınızın durumuyla ilgili yoğun bakım ünitesi hemşireleri sizi ne sıklıkla bilgilendirdi?

Mükemmel çok iyi iyi kısmen iyi zayıf G/D
1 2 3 4 5 6

Bulunan tüm doktorlar

11)Yoğun bakım ünitesi doktorlarının beceri ve yeterlikleri:
Doktorların hastanıza olan bakımı ne kadar iyidir?

Mükemmel çok iyi iyi kısmen iyi zayıf G/D
1 2 3 4 5 6

YOGUN BAKIM UNİTESİ

12)Yoğun bakım ünitesinin atmosferi nasıldı?

Mükemmel çok iyi iyi kısmen iyi zayıf G/D
1 2 3 4 5 6

BEKLEME ODASI

13)Yoğun bakım ünitesindeki bekleme odasının atmosferi nasıldı?

14)Bazı insanlar sağlık problemleri için her şeyin yapılmasını isterken bazıları çok daha fazlasının yapılmasını istemez. Sizin aile üyenizin yoğun bakım ünitesinde aldığı sağlık bakımının seviyesi ve yoğunluğu ile ilgili siz ne kadar memnun oldunuz?

Mükemmel G/D	çok iyi	iyi	kısmen iyi	zayıf	
1	2	3	4	5	6

Mükemmel	çok iyi	iyi	kısmen iyi	zayıf	G/D
1	2	3	4	5	6

BÖLÜM 2

KRİTİK DURUMDAKİ HASTALARIN BAKIMIYLA İLGİLİ KARAR ALMA SÜRECİNDE AİLE MEMNUNİYETİ

Kritik hastanın ailesi için yönergeler

Anketin bu bölümü; hastanızın sağlık bakımıyla ilgili kararlarda sizinde kararlara dahil olmanızla ilgili, neler hissettiğinizi ölçmek için tasarlandı. Hastanız yoğun bakım ünitesinde farklı kişilerden bakım almış olabilir. Soruları cevaplarken, aile üyenizin aldığı tüm bakımları düşünmenizi rica ediyoruz.

SİZİN HİSSETTİKLERİNİZİ EN İYİ TANIMLAYAN BİR KUTUYU İŞARETLEYİNİZ.

BİLGİ İHTİYACI

1)Yoğun bakım ünitesi doktorlarıyla olan iletişimin sıklığı: Doktorlar sizi hastanızın durumuyla ilgili ne sıklıkta bilgilendirdi?	Mükemmel 1	çok iyi 2	iyi 3	kısmen iyi 4	zayıf 5	G/D 6
2)Bilgi Alma Kolaylığı: Yoğun bakım ünitesi çalışanlarının size cevap verme konusundaki isteklilikleri nasıldı?	Mükemmel 1	çok iyi 2	iyi 3	kısmen iyi 4	zayıf 5	G/D 6
3)Bilginin Anlaşılması: Yoğun bakım ünitesi çalışanları size anlayabildiğiniz açıklamaları sağlamakta ne kadar iyiydi?	Mükemmel 1	çok iyi 2	iyi 3	kısmen iyi 4	zayıf 5	G/D 6
4)Bilgilerin doğruluğu: Hastanızın durumu hakkında sunulan bilgilerin doğruluğu ne düzeydeydi?	Mükemmel 1	çok iyi 2	iyi 3	kısmen iyi 4	zayıf 5	G/D 6
5)Bilgilerin eksiksizliği: Hastanıza neler olduğu ve neden bazı şeylerin yapıldığı hakkında yoğun bakım ünitesi çalışanları sizi ne kadar bilgilendirdi?	Mükemmel 1	çok iyi 2	iyi 3	kısmen iyi 4	zayıf 5	G/D 6

6)Bilgilerin tutarlılığı: Sizin aile üyenizin durumuyla ilgili size sunulan bilgilerin tutarlılığı (aynı bilgileri doktorlardan, hemşirelerden ya da diğer çalışanlardan da aldınız mı?)	Mükemmel 1	çok iyi 2	iyi 3	kısmen iyi 4	zayıf 5	G/D 6
--	---------------	--------------	----------	-----------------	------------	----------

KARAR ALMA SÜRECİ:

Hastanız yoğun bakım ünitesinde kalırken aldığı sağlık bakımı ile ilgili önemli kararlar alındı. Aşağıdaki sorulardan her biri için sunulan cevaplardan, sizin fikirlerinizle en iyi eşleşeni seçiniz.

7) Karar alma sürecine dahil olduğunuzu hissettiniz mi?

- 1) Çok dışlanmış hissettim.
- 2) Biraz dışlanmış hissettim.
- 3) Karar alma sürecine ne dahil edilmiş ne de dışlanmış hissettim.
- 4) Biraz dahil olduğumu hissettim.
- 5) Çok dahil olmuş hissettim.

8) Karar alma süreci esnasında desteklendiğinizi hissettiniz mi?

- 1) Tamamıyla baskılanmış hissettim.
- 2) Kısmen baskılanmış hissettim.
- 3) Ne baskılanmış ne de desteklenmiş hissettim.
- 4) Desteklenmiş hissettim.
- 5) Çok desteklenmiş hissettim.

9) Hastanızın bakımı üzerinde kontrol sahibi olduğunuzu hissettiniz mi?

- 1) Gerçekten, kontrol dışı bırakıldığımı ve sağlık bakım sisteminin idareyi elinde tutup hastamın aldığı bakımı dikte ettirdiğini hissettim.
- 2) Biraz kontrol dışı bırakıldığımı ve sağlık bakım sisteminin idareyi elinde tutup hastamın aldığı bakımı dikte ettirdiğini hissettim.
- 3) Kendimi ne kontrolün içinde ne de dışında hissettim.

- 4) Hastamın aldığı bakım üzerinde bazı kontrollere sahip olduğumu hissettim.
- 5) Hastamın aldığı bakım üzerinde oldukça fazla kontrole sahip olduğumu hissettim.

10) Kararlar alınırken, merak ettiklerinizi sorabilmek ve cevap almak için yeterli zamanınız var mıydı?

- 1) Daha fazla zaman kullanabilirdim.
- 2) Yeterli zamanım vardı.

11) Yoğun bakım ünitesinde daha iyi bakımın sağlanabilmesi için önerileriniz var mı?

12) İyi yaptığımızı düşündüğünüz konular üzerine herhangi bir fikir beyan etmek ister misiniz ?

13) Bu hastanede çalışanlara yardımcı olabileceğini düşündüğünüz konularda bir yorumunuz ya da öneriniz varsa lütfen ekleyiniz.

Katılımınız ve fikirleriniz için çok teşekkür ederiz. Lütfen tamamladığınız anketi ya yoğun bakım ünitesindeki sorumlu kişiye geri veriniz ya da üzerinde gönderenin adının bulunduğu pullanmış bir zarfın içine koyup bize mümkün olan en kısa zamanda postalayınız.

Doç. Dr. Nurcan DORUK

MEÜTF. Anesteziyoloji Reanimasyon AD.