



ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**NÖROŞİRURJİ YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN
HASTALARIN HASTANE İÇİ TRANSFER KAYGILARININ
BELİRLENMESİ**

BARAN KUYTAK ORTAHİSAR
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Yasemin Uslu

İSTANBUL-2022



ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**NÖROŞİRURJİ YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN
HASTALARIN HASTANE İÇİ TRANSFER KAYGILARININ
BELİRLENMESİ**

BARAN KUYTAK ORTAHİSAR
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Yasemin Uslu

İSTANBUL-2022

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

__ / __ /2022

Baran Kuytak Ortahisar

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca akademik tecrübe ve bilgisini benimle paylaşan, mesleki gelişimime önemli katkıları olan, sevgisi ve motivasyonu her daim yanımda olan değerli danışman hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Yasemin Uslu'ya,

Yüksek lisans eğitimim süresince destek ve tecrübesi ile öncülük eden başta sorumlu hemşirem Sayın Sebahat Durdu ve İ.Ü. Tıp Fakültesi Nöroşirurji Yoğun Bakım Ünitesinde çalışan tüm ekip arkadaşlarıma,

Saygısı, fedakarlığı ve sonsuz sevgisini her daim benimle paylaşan, eğitimimin her aşamasında yanımda olduğunu hissettiğim eşim Emircan Ortahisar'a,

Yaşamım boyunca her daim yoluma ışık olan, sabır ve özveriyle destekleyen kıymetli aileme, arkadaşlarıma ve üzerimde emeği olan tüm hocalarıma,

Kalben teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	iii
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ÖZET.....	1
ABSTRACT	2
1 GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
2 GENEL BİLGİLER	6
2.1 Hasta Transferinin Tanımı	6
2.2 Hasta Transfer Çeşitleri.....	6
2.2.1 Hastane içi transfer	6
2.2.2 Hastane dışı transfer	7
2.2.3 Hastane öncesi transfer.....	7
2.3 Yoğun Bakım Hastasının Transfer Sürecinde Hemşirelik Yaklaşımı	8
2.4 Kaygının Tanımı ve Özellikleri	9
2.4.1 Kaygı çeşitleri ve düzeyleri.....	10
2.4.1.1 Hafif düzey kaygı	10
2.4.1.2 Orta düzey kaygı	10
2.4.1.3 Şiddetli düzey kaygı	11
2.4.1.4 Panik.....	11
2.4.2 Kaygıya neden olan faktörler	11
2.4.3 Kaygı belirtileri	12
2.5 Transfer Kaygısı	12
2.6 Yoğun Bakım Hastasının Transfer Kaygısı ve Etkileyen Faktörler	13
3 GEREÇ VE YÖNTEM	17
3.1 Araştırmanın Amacı ve Şekli.....	17
3.2 Araştırmanın Soruları.....	17
3.3 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	17
3.4 Araştırmanın Evren ve Örneklemi	17
3.4.1 Araştırmanın Yürütüldüğü Kliniğin Özellikleri	18
3.4.2 Örneklem seçim kriterleri	18
3.5 Araştırmanın Değişkenleri.....	19

3.6	Araştırmada Veri Toplama Süreci	20
3.7	Araştırmada Veri Toplama Araçları	21
3.8	Araştırmanın Etik Yönü	23
3.9	Verilerin Değerlendirilmesi	24
3.10	Araştırmanın Sınırlılıkları	24
4	BULGULAR	25
5	TARTIşMA	34
6	SONUÇ	41
7	KAYNAKLAR	42
8	EKLER	49
EK 1.	Hasta Tanıtım ve İzlem Formu	49
EK 2.	Durumluk/Sürekli Kaygı Ölçeği	50
EK 3.	Sayısal Kaygı Değerlendirme Aracı	52
EK 4.	Etik Kurul Kararı	53
EK 5.	Aydınlatılmış Onam Formu	55
9	ÖZGEÇMİş	56

KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

BT	Bilgisayarlı Tomografi
DAK	Dakika
EDH	Epidural Hematom
İSH	İntraserebral Hematom
MAK	Maksimum
MİN	Minimum
MRG	Manyetik Rezonans Görüntüleme
NANDA	(Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği) North America Nursing Diagnosis Association
ORT	Ortalama
SAK	Subaraknoid Kanama
SDH	Subdural Hematom
SS	Standart Sapma
TA	Transfer Anı
TÖ	Transfer Öncesi
TS	Transfer Sonrası
YBÜ	Yoğun Bakım Ünitesi

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Araştırma Tasarımı	21
-----------------------------------	----



TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Yoğun Bakım Hastalarının Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N=171).	25
Tablo 2. Hastaların Transfer Özellikleri (N=171)	26
Tablo 3. Hastaların Transfer Öncesi, Anında ve Sonrası Yaşam Bulgularının Dağılımı (N=171).....	27
Tablo 4. Hastaların Transfer Öncesi, Anında ve Sonrası Kaygı Puan Ortalamaları (N=171).....	28
Tablo 5. Hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği ve Sayısal Kaygı Değerlendirme Aracı Puanları Arasındaki İlişki Düzeyi (N=171)	29
Tablo 6. Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Transfer Öncesi ve Sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalamaları (N=171).....	30
Tablo 7. Hastaların Transfer Özelliklerine Göre Transfer Öncesi ve Sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalamaları (N=171).....	31
Tablo 8. Hastaların Transfer Öncesi Durumluk Kaygı Düzeyine Etki Eden Bağımsız Faktörler	32
Tablo 9. Hastaların Transfer Sonrası Durumluk Kaygı Düzeyine Etki Eden Bağımsız Faktörler	33

ÖZET

Nöroşirurji Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Hastane İçi Transfer Kaygılarının Belirlenmesi

Bu araştırma nöroşirurji yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların hastane içi transfer kaygıları ve bunu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapıldı. Araştırma prospektif tanımlayıcı tipte Kasım 2021-Haziran 2022 tarihleri arasında İstanbul'da bulunan bir üniversitesi hastanesinin nöroşirurji yoğun bakım ünitesinde gerçekleştirildi. Araştırmanın evrenini ilgili yoğun bakımda tedavi gören hastalar oluştururken, örneklemini dahil edilme kriterlerine uyan 171 hasta oluşturdu. Verilerin toplanmasında "Hasta Tanıtım ve Transfer İzlem Formu" ile kaygı düzeyinin değerlendirilmesinde "Durumluk/Sürekli Kaygı Ölçeği" kullanıldı. Hastaların %56,7'sinin kadın olup, yaş ortalaması 53,16±15,51 yıldır. Hastaların %69'unun kronik bir hastalık tanısı olduğu, cerrahi girişim türü olarak %52,6 oranında kraniyal cerrahi uygulandığı belirlendi. Hastaların %75,4'ünün gündüz saatlerinde ve %64,3'ünün yatan hasta servisine, %50,9'unda sedye ile %55,6'sının hekim ve yardımcı sağlık personeli eşliğinde transferinin yapıldığı belirlendi. Hastaların transfer öncesi kaygı düzeylerinin orta düzeyde olduğu, transfer sonrasında ise hafif düzeye düştüğü belirlendi ($p<0,001$; $p=0,001$). Hastaların transfer öncesi bakılan kan basıncı (sistolik $p=0,021$; diyastolik $p=0,006$), nabız ($p=0,003$) ve oksijen saturasyonundan ($p=0,035$; $p<0,001$) artış olduğu ve transfer sonrası bu değerlerin düştüğü saptandı. Hastalarda transfer kaygısını etkileyen faktörlerin cinsiyet, çalışma durumu, transfer zamanı ve transfer amacının olduğu belirlendi ($p<0,05$). Hastalara transfer öncesi bilgilendirmenin detaylı yapılması, transfer kaygısı açısından riskli grupların önceden saptanması, hasta yakınlarının transfere dahil edilmesi, transfer kaygısını azaltıcı hemşirelik girişimlerinin planlanması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Hasta transferi, kritik hasta bakımı, transfer kaygısı, yoğun bakım hemşireliği,

ABSTRACT

Determination of Intra Hospital Transfer Anxiety of Patients in the Neurosurgery Intensive Care Unit

This study was carried out to determine the intra hospital transfer anxiety of patients hospitalized in the neurosurgery intensive care unit and the factors affecting it. The research was conducted in a prospective descriptive type between November 2021 and June 2022 in the neurosurgery intensive care unit of a university hospital in İstanbul. The study population consisted of patients treated in the neurosurgery intensive care unit of the relevant institution, and the sample consisted of 171 patients who met the inclusion criteria. "Patient Introduction and Transfer Follow-up Form" was used to collect data, and the "State/Trait Anxiety Scale" were used to evaluate anxiety levels. Within the scope of the study, 56.7% of the patients were female, and the mean age was 53.16±15.51 years. It was determined that 69% of the patients were diagnosed with a chronic disease, and cranial surgery was performed at a rate of 52.6% as the type of surgical intervention. It was determined that 75.4% of patients transferred during the daytime, 64.3% from the intensive care unit to the inpatient service, 50.9% on a stretcher, and 55.6% were accompanied by a physician and assistant health personnel. It was determined that the anxiety levels of the patients were moderate before the transfer and decreased to a mild level after the transfer ($p<0.001$; $p=0.001$). It was decided that the vital signs of the patients, including blood pressure (systolic $p=0.021$; diastolic $p=0.006$), pulse ($p=0.003$; $p<0,001$), and oxygen saturation ($p=0.035$; $p<0.001$), which were measured before the transfer, increased and these findings decreased after the transfer. It was established that the factors affecting transfer anxiety in patients were gender, employment status, transfer time, and transfer purpose ($p<0,05$). According to the results obtained from the research, it is recommended to inform the patients in detail before the transfer, including the patients' relatives in the transfer, consider the transfer process as a whole, and do patient-oriented planning.

Keywords: Patient transfer, critically ill care, transfer anxiety, intensive care nursing.

1 GİRİŞ VE AMAÇ

Yoğun bakım ünitesi (YBÜ), acil ve kritik süreçteki hastaların bakımının sürdürüldüğü ve tedavi planlamalarının yapıldığı, karmaşık ve teknolojik cihazların kullanıldığı özelleştirilmiş alanlardır (1). YBÜ’de hayati fonksiyonların korunabilmesi için yardıma ihtiyacı olan, fiziksel durumu kötü, kendi ihtiyaçlarını karşılayamayan ve özel bakım gereksinimi olan hastalar bulunmaktadır (2).

Hastalık süreci, bireyin homeostazisini bozan patolojik bir durumdur. Hastalık nedeniyle bireyin fizyolojik ve ruhsal durumunda bozulmalar meydana gelebilir ve hastaneye yatma, ameliyat olma gibi sonuçlar ortaya çıkabilir (3). Hasta olma, hastaneye yatma ve ameliyat olma gibi durumlara karşı verilen yanıtlar bireyin yaşı, gelişimsel süreci, inanç ve değerleri, güçlüklerle baş etme yeteneğine göre farklılıklar gösterebilmektedir (4).

Yoğun bakım üniteleri, kritik bakım gereksinimi olan hastaların tedavi ve bakım girişimlerinin uygulanabileceği en etkili birimlerdir (5). YBÜ’de tedavi gören hastaların organ ve sistemlerinin işlevlerini; hastalık, kaza, ameliyat vb. nedenlerle kısmen veya tamamen kaybetmesi sonucuyla bu işlevlerin devam edebilmesi için mevcut duruma sebep olan etkenlerin tedavisinin sağlanması amacıyla bütüncül yöntemler kullanılmaktadır (6). Hemşireler YBÜ’de hastaların yatışından başlayarak YBÜ’den taburculuğuna kadar olan süreç içerisinde hastalara özgü bakım gereksinimlerini planlamaktadır (7). Hastaların tedavisi için YBÜ şartlarının yetersiz kaldığı durumlarda ise ileri tetkik ve tedavi amacıyla hastanenin farklı birimlerine transferi yapılabilmektedir (8).

Hastalar nöroşirürji (beyin ve sinir cerrahisi) kliniğine tümör, kanama, travma gibi bireyin hayatını geri dönüşsüz şekilde etkileyebilecek ve ciddi seviyede kaygıya neden olabilecek hastalıklar sebebiyle başvurmaktadır (9, 10). Nöroşirürji alanında yapılan cerrahi girişimler sonrasında hastada meydana gelebilecek bedensel ve bilişsel bozulmalar nedeniyle ciddi komplikasyonlar, sekel kalması veya hayatını kaybetmesi gibi durumlar görülebilmektedir. Ameliyat sonrasında hastalarda paralizisi,

felç, görme kaybı, işitme kaybı, konuşmada bozukluk, hafıza kusurları gibi komplikasyonlar meydana gelebilmektedir. Bu durumların erken fark edilmesi ve tedavisinin yapılabilmesi açısından hastalar cerrahi operasyon sonrasında nöroşirürji YBÜ'ye yakın takip için kabul edilmektedir (11).

Hastalar, hastane içi, hastane dışı ve hastane öncesi olmak üzere üç farklı transfer şekli izleyebilmektedir. Hastane içi transferler hastanın kurum içerisindeki birimlere olan transferini kapsamaktadır (12, 13). Hastane içi transferler, hekim istemi ile başlayıp hemşirenin de içinde bulunduğu ekibin iş bölümü yaparak sürdürdüğü bir süreçtir (14). YBÜ'de tedavi edilen hastalar çoğunlukla tanı ve tedavi amaçlı olmak üzere yatan hasta servisine, ameliyathaneye veya görüntüleme birimlerine sıklıkla transfer edilmektedir (12, 13). Hastaların, YBÜ'den hastane içi transfer nedenlerine bakıldığında en çok tanılama amaçlı birimlere transferi gerçekleştirilmektedir (15). YBÜ'den transfer olacak hastalar kaygı, ağrı, ajitasyon, korku gibi olumsuz deneyimler yaşadıklarını paylaşmaktadır (16).

Cerrahi girişim için hastaneye yatan diğer hastalar gibi nöroşirürji hastalarında da kaygı sıklıkla görülmektedir (9, 10). Hastalar için YBÜ'lerde tedavi görmek kaygı uyandıran bir durumdur (17). YBÜ'de kalmak kadar ayrılmak da hastalarda kaygıya neden olabilmektedir (18, 19). Hastaların özellikle YBÜ'den yatan hasta servisine geçişlerinde yakın gözlemin etkin olmayacağı gerekçesiyle kaygı yaşayabildikleri ifade edilmektedir (8).

Hastaların transfer esnasında yaşadıkları kaygı "transfer kaygısı" olarak ifade edilmektedir (18, 19). Transfer kaygısı tanımı ilk kez 1987 yılında tanımlanmış ve 1992 yılında Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (North America Nursing Diagnosis Association, NANDA) tarafından bir hemşirelik tanısı olarak açıklanmıştır (20). Transfer kaygısı, hastalarda fizyolojik ve ruhsal birçok yaşamsal faaliyetleri olumsuz etkileyen önemli bir faktördür. Hastanın transferinin konforlu ve güvenilir şekilde yapılabilmesi için hastanın kaygısının giderilmesi önemli bir etkidir (21). Transfer esnasında hastada meydana gelebilecek sorunları en aza indirmek için dikkatli ve organize bir şekilde hareket edilmelidir (14).

Literatürde hastaların transfer kaygısı yaşadığını gösteren çalışmalar mevcuttur. Zakerimoghadam ve ark. (2016) kalp ve damar cerrahisi YBÜ’de yaptıkları çalışmada hastaların transfer kaygılarının yüksek olduğu belirtilmiştir (22). Tel ve ark. (2006) yaptığı benzer bir çalışmada YBÜ’den transfer esnasında hasta ve yakınlarının transfer kaygısı düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Belirsizlik duygusu da kaygıyı etkileyen durumlardandır (8). Hastaların transfer kaygısının azalması için sürecin her aşaması detaylı şekilde anlatılmalıdır (23). Gustad ve ark. (2008) YBÜ’den yatan hasta servisine transfer edilen hastaların öncesi ve sonrasındaki kaygı düzeylerini inceledikleri çalışmanın sonucunda hastaların kaygı düzeylerinin değerlendirilmesinde bütüncül bir hemşirelik bakımının önemi vurgulanmıştır (24).

Hastalar transfer anında yaşadıkları olumsuz duygu deneyimlerinin yanı sıra hemşirelerin güvenli çevre oluşturmaları, kaygıya sebep olabilecek etkenleri en aza indirmeleri nedeniyle olumlu duygu deneyimleri yaşadıklarını da ifade etmişlerdir (16). Nöroşirürji YBÜ’de hastalara kaliteli hemşirelik bakımının sağlanabilmesi için hastalarda kaygıya neden olan faktörlerin belirlenip, bunlara yönelik hemşirelik bakımının sağlanması gerekmektedir. Hemşireler hasta bireyin transfer kaygısını en aza indirebilecek fiziksel koşulları ve transfer yapılması planlanan ortamı hazırlamalıdır (23).

Yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastaların hastane içi transferler sırasında yaşadıkları kaygının belirlenmesine ilişkin yapılan farklı çalışmalar bulunmakla birlikte çalışma sayısı oldukça sınırlıdır. Bu araştırmanın amacı nöroşirürji YBÜ’de tedavi gören hastaların hastane içi transferi sırasında yaşadıkları kaygı düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemektir.

2 GENEL BİLGİLER

2.1 Hasta Transferinin Tanımı

Hasta transferi, hastanın tanı veya tedavi amacıyla kurum içi ve kurum dışı birimlere nakledilmesi olarak tanımlanmaktadır. Hastanın transfer sürecinde tıbbi bakımının ve mevcut klinik durumunun korunması oldukça önemlidir. Hasta transferi kararı, gönderileceği birimde yapılacak işlemler sonunda tanı ve tedavisine sağlanacak katkının, transfer sürecindeki risk ve risklerden üstün olması durumunda alınmalıdır. Hastanın transfer kararı, hasta yakınları ile transferi esnasında oluşabilecek riskler hakkında detaylı bilgilendirme yapıldıktan sonra hekim tarafından verilir (25).

Transfer risklerini en aza indirebilmek için, hastanın durumunun stabil olması sağlanıp, nakil için gerekli tıbbi hazırlıkların yapılması gerekmektedir. Hasta transferinde hastane içi veya hastane dışı transferler sırasında hastanın yaşam bulgularının takip edilmesi, gerekli tıbbi cihazların sağlanması ve gerekli durumlarda müdahale edecek yetkin personelin bulunması gerekmektedir (21).

2.2 Hasta Transfer Çeşitleri

Hastalar üç farklı şekilde transfer edilebilir. Bunlar; hastane içi, hastane dışı ve hastane öncesi transferdir.

2.2.1 Hastane içi transfer

Hastane içi transferler; hastanın bulunduğu kurum içerisindeki birimlere yapılan transferleri kapsamaktadır. Hastalar hastane içerisinde tanılama amaçlı radyolojik görüntüleme birimlerine, tedavi amaçlı YBÜ'lere, yatan hasta servislerine veya cerrahi girişim amaçlı ameliyathaneye transfer edilebilir (12). Hastanın, hastane içi transferi hekim istemi ile başlayan hemşirenin de içinde bulunduğu profesyonel bir ekibin iş bölümü ile yürüttüğü süreç olarak ifade edilmektedir. Transfer anında

hastada oluşabilecek sorunların önlenmesi için dikkatli ve bütüncül yaklaşım gereklidir (14). Transferi yapılacak hastanın bakımından sorumlu ekibe transfer öncesi (TÖ) ve transfer sonrası (TS) hastanın genel durumu, tedavi ve bakım süreci hakkında detaylı bilgi verilmeli, ekip içi bütüncül yaklaşım ve iletişim sağlanmalıdır. Hastanın kimlik bilgilerini içeren bilekliği, dosyası, tedavi şeması, hemşirelik bakım planlaması ve kullandığı ilaçları ile transferi yapılmalıdır. Hasta transferi bütüncül ekip üyeleri ile hasta güvenliği ilkeleri doğrultusunda sürdürülmelidir (21, 26, 27).

2.2.2 Hastane dışı transfer

Hastane dışı transferler; hastanın bulunduğu sağlık kurumundan farklı bir kuruma transferini kapsamaktadır. Hastanın kurumlar arası transferi mevcut bulunduğu kurumda sağlanan tanı ve tedavi sürecinin yetersiz olmasından kaynaklanabilir. Kritik durumda olan hastanın, transferi için kabul edildiği kurumda üst düzey sağlık ve bakım hizmetini alması gerekmektedir (28).

Hastanın hastane dışı transferine karar verildiğinde, transferinin sağlanacağı kurumun hastayı kabul etmesi ve uygun transfer aracının temin edilmesi gerekmektedir. Hasta yakınları tedavi süreci, bakım ihtiyaçları, transfer süreci ve transferin planlanması konusunda bilgilendirilmeli ve onamı alınmalıdır. Hasta veya yakınlarından bilgilendirilmiş onam alınmadığı durumlarda hastanın transfer gerekçesi ve bilgilendirilmiş onamın alınmama nedeni yasal olarak kayıt altına alınmalıdır (21).

2.2.3 Hastane öncesi transfer

Hastane öncesi transfer, hastanın mevcut hastalık veya kaza sonucu meydana gelen yaralanmalardan kaynaklı hastaneye taşınması olarak tanımlanabilir (29). Hastaların en sık çoklu travma, kardiyovasküler ve pulmoner sistem şikayetleri, ekstremitte travmaları ve nörolojik yakınmalar nedeniyle olay yerinden hastaneye transferi gerçekleştirilir. Hastane öncesi ortamdan transfer edilen hastaların yoğun

bakıma yatış nedenlerinin en sık kardiyopulmoner hastalıklar, nörolojik problemler ve intoksikasyonlar nedeniyle olduğu bilinmektedir (30).

2.3 Yoğun Bakım Hastasının Transfer Sürecinde Hemşirelik Yaklaşımı

Yoğun bakım ünitesinde tedavi edilen hastaların, en sık tanısıl amaçla kurum içi transferlerinin yapıldığı bilinmektedir (15). Hasta transferi sürecindeki hemşirelik yaklaşımının amacı güvenli transfer deneyiminin bütüncül şekilde gerçekleştirilmesidir (31).

Yapılan çalışmalarda, hasta transferi sırasında hastaların yaklaşık %80'inde sağlık profesyonellerinden veya tıbbi cihazlardan kaynaklanan istenmeyen durum ve komplikasyonların meydana geldiği, bu istenmeyen durum ve komplikasyonların YBÜ'de ve hastanede yatış süresini uzattığı, hasta bakım maliyetlerinin ve mortalite oranlarının artmasına sebep olduğu belirtilmektedir (32-35). Transfer esnasında oluşabilen komplikasyonların önlenmesi veya azaltılması için yeterli sayıda sağlık profesyoneli ve gerekli tıbbi cihaz desteğiyle hastanın izlenmesi sağlanmalıdır (36). Böylece hastanın transfer sürecinde oluşabilen transfer kaygısının hasta takip parametreleri üzerindeki etkileri gözlemlenebilir. Hasta takip parametreleri olarak; kan basıncı, oksijen saturasyonu, nabız, solunum sayısı, vücut sıcaklığı ve hasta entübe ise end tidal karbondioksit takibi yapılabilir (25). Hasta takip parametreleri düzenli aralıklarla kayıt altına alınmalıdır (37). Transfer süresince monitör, ventilasyon cihazı ve infüzyon cihazlarının kontrolü ve görünebilirliği, sağlık profesyonelinin kontrol edebileceği şekilde yerleştirilmelidir (15).

Transfer sürecinde hastada en az iki adet intravenöz damar erişim yolu bulundurulması acil durumlarda müdahalenin sağlanması gerekir. Hastanın aldığı-çıkardığı sıvı takibi yapılmalı ve gerekli ise sıvı açığı kapatılmalıdır. Hasta üzerinde bulunan infüzyon setleri, kateterler (foley, nazogastrik vb.), drenaj tüplerinin bütünlüğünün korunması için tespitleri yapılmış olmalıdır (15). Hastanın kontrolsüz hareketlerinin kısıtlanması için kullanılan alt ve üst ekstremitelere bağları basınç yaralanması oluşumunun engellenmesi açısından takip edilmelidir. Bu yüzden bilinci

kapalı ve doku perfüzyonu bozulmuş hastaların özellikle daha sık takibinin yapılması ve önlem alınması gerekmektedir (29). Ayrıca hastalarda kafa içi basınç artışının önlenmesi için entübe edilmiş veya ventrikülostomi yapılmış hastalara pozisyon verildiğinde fizyolojik değişiklikler takip edilmelidir (38). Travma hastalarında, spinal yaralanmanın olmadığı kesinleşmedikçe spinal immobilizasyon ile transfer sağlanmalıdır (27).

Hasta transferinin güvenli olarak yapılabilmesi için sorumlu bir ekip belirlenmeli ve bu ekibin transfer ile ilgili bilgi ve deneyim yeterliliklerinden emin olunmalıdır. Literatürde, transfer sürecinde gelişen olayların; tecrübeli transfer ekibi, uygun ekip çalışması, donanımlı tıbbi cihazlar, hastanın yaşam bulgularının yakın takibi, gelişmiş hasta monitörleri ve ekip içi iyi bir iletişim ile %91 oranında önlenebilir olduğu bildirilmiştir (12).

2.4 Kaygının Tanımı ve Özellikleri

Kaygı, kişinin varlığını tehdit altında hissettiği bir gerilim durumudur. Kaygı kelimesi Yunancada ‘anxietas’ olarak kullanılmakla birlikte korku, merak, endişe anlamları da vardır (39). Kaygı sözcüğü kişinin kendi varoluşuna ya da değerlerine yönelik yıkıcı, belirsiz ve kontrol edilemeyen faktörlere karşı duygusal ve fizyolojik bir yanıt olarak ifade edilebilir. Bir diğer ifadeyle kaygı “fiziksel dengeyi etkileyen durumlara karşı reaksiyon gösterilmesi veya dengeyi korumaya yönelik yetersiz girişimler neticesinde karşılaşılabilecek bir durum” olarak belirtilmektedir (40).

Psikolojide kaygı insanın tecrübe ettiği ruhsal olay olarak tanımlanır (41). Freud kaygıyı, insanı oluşturan çevreden gelen tehdit edici unsurlara karşı kişiyi tenkit etme, ideal adaptasyonu sağlayarak ve yaşamı devam ettirebilme fonksiyonlarına katkıda bulunmaktadır. Hatta yeterli düzeydeki kaygının, yaşamın devam ettirilebilmesi için olması gerekmektedir (42).

Kişi, güvenliğinin tehlikeye atıldığını düşündüğü herhangi bir durumda kaygı duygusunu ortaya çıkarır. Kaygı strese neden olur ve stres sonucunda vücutta iç

dengeyi bozan sinyaller meydana gelir. Kaygı seviyesi arttıkça kişinin algılama, kavrama ve karar verme yeteneği de azalır (43).

2.4.1 Kaygı çeşitleri ve düzeyleri

Her birey tehdit altında olduğunu düşündüğü durumlarda kaygı hissedebilir. Bir sınava girerken, ameliyat öncesinde meydana gelen tedirginlik veya huzursuzluk hali insanın karşılaşılabileceği geçici ve o ana özgü bir durumdur. Buna “durumluk kaygı” denilmektedir (44). Bazı insanlar ise sürekli bir tedirginlik hissederler ve mutlu değildirler. Kaygının bu türü kişinin içinden gelen, direkt olarak bulunduğu ortamdan gelen tehdit edicilerden bağımsız, kişinin benliğinin tehdit edildiğini düşünmesi veya yaşadığı olayları stresli olarak değerlendirmesi sebebiyle hissettiği kaygıdır. Buna ise “sürekli kaygı” denilmektedir (44). Kaygı durumlarındaki bu sınıflamanın yapılmasını Spielberg’in “İki Faktörlü Kaygı Kuramı” ile kaygı türlerinin ölçülmesini de Spielberg ve arkadaşlarının “Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri” sağlamıştır (44).

2.4.1.1 Hafif düzey kaygı

Hafif düzey kaygıda çok hafif kas gerginliği olup yaşam bulguları etkilenmemiştir. Pupillalar fizyolojik sınırlarda izlenir. Duyular alarmdadır ve algılama artmıştır. Bu koşulda kişi, bireysel ilgilerine ve etrafına karşı daha farkında ve katılımcı olur. Dikkatini verme ve mantık kurma beceresi korunmaktadır. Bu sebeple, kişi bu seviyedeki kaygıda etkin sorun çözme yeteneğine sahiptir (45).

2.4.1.2 Orta düzey kaygı

Orta düzey kaygıda yaşam bulguları normal düzeylerde veya hafif artış göstermiştir. Kişi daha tedbirli ve gergindir. Anlama düzeyi hafif kaygı seviyesine oranla azalmıştır. Bireyin çevresinde kendisi için önemli olan durumlara odaklanma becerisi yerindedir ancak çevresel ayrıntıları daha az ayırt edebilir haldedir. Bundan dolayı önemli detayları daha az unuttur veya önemsemez (45).

2.4.1.3 Şiddetli düzey kaygı

Kaygı düzeyi şiddetlendiğinde anlama düzeyi önemli derecede azalmıştır. Kişi detaylara dikkat ettiğinden, etrafındaki gelişmeleri tam olarak fark edemez ve farkında olduğu ayrıntılar arasındaki nedensellik bağına kuramaz. Kişi kaygısının arttığını anlayamaz, ancak geriliminin sebep olduğu huzursuzluğunun farkındadır. Kişi, bu seviyedeki kaygısında sorunu çözebilmek için dikkatini toplayamaz ve mantıklı düşünmede zorlanır. Böyle durumdaki kişinin, profesyonel yardım ile müdahaleye ihtiyacı olduğu düşünülmelidir (45).

2.4.1.4 Panik

Panik aşamasında kişinin cildi solgun, hipotansif, el-ayak-göz kas koordinasyonu azalmış, ağrı ve işitme duyuları zayıflamış haldedir. Oryantasyonu bozulmuş, düşünce durumu düzensizleşmiş ve hareketleri anormalleşmiştir. Böyle bir durumda kişi korkmuş ve ezilmiş hisseder ve kriz içerisinde (45).

2.4.2 Kaygıya neden olan faktörler

Herhangi bir yerde kendisini rahat ve emniyette hisseden kişiler, kaygı veya korku gibi duyguları daha az düzeyde hisseder veya hiç hissetmez. Bulunduğu ortamdaki herhangi bir kişi mevcut durumun sorun oluşturabileceğini düşünebilir ve istenmeyen duyguları farklı yorumlayabilir. Bulunulan ortamda oluşabilen kaygının türü ve bu kaygının sebepleri bireyler ve kültürler arasında farklılıklar oluşturabilir (46, 47).

Kişinin kendine inancının ve sosyal varlığının tehdit edilmesi, düşüncelerini ve fikirlerini ifade edememesi, ruhsal ve duygusal çıkmazlarını aşamaması, fizyolojik, psikolojik veya sosyal alandaki bir olay, tehlike duygusu, beslenme ve barınma gibi çevresel problemler, kültürel ve sosyal olaylar, direnç mekanizmalarından etkin faydalanamama, güçsüzlük, çaresizlik, eksiklikler, maddi yetersizlikler, başkaları tarafından kabul edilmeme gibi problemler kişi için kaygı nedenleri arasında

sayılabilir (46, 48). Kaygı sebepleri arasında yalnızca olumsuz durumlar değil, yeni bir işe başlama, kariyer değişikliği yapma, terfi, gebelik, annelik ve cinsel olgunlaşma benzeri durumlar da yer alabilir (47).

2.4.3 Kaygı belirtileri

Kişinin yaşadığı kaygı hafif seviyeden panik seviyeye kadar çeşitlilik gösterebilir. Kaygının düzeyine göre sebebi bilinmeyen bir endişe, sıkıntı hissi, kan basıncında yükselme, taşikardi, kas tonusunda artış, pupillaların büyümesi, ağızda kuruluk, ciltte solukluk, avuç içinde terleme, sık idrara çıkma, amaçsız davranışlar, söylenenleri kavramada problem yaşama gibi bulgular izlenebilmektedir (49, 50).

Kaygı bilişsel düzeyde incelendiğinde; kendini aşırı inceleme, odaklanma güçlüğü, kontrolü yitirme korkusu, rasyonel düşünme güçlüğü, bilinç bulanıklığı gibi belirtileri mevcuttur. Kaygının duygusal belirtileri olarak tedirginlik, gerginlik, kötü bir şey olacaktıymış hissi, endişelenme gibi durumlar görülebilir (46). Kaygının davranışsal belirtilerinde; huzursuzluk, konuşmada bozulma, davranışlarda yavaşlama, el-kol koordinasyonunun kaybı görülebilir. Kaygının fizyolojik belirtileri sempatik ve parasempatik sistemin birbirleri üzerindeki baskınlıklarının değişimiyle ortaya çıkar (51). Pupillalarda büyüme/küçülme, taşikardi, hipertansiyon/hipotansiyon, bronkospazm, reflekslerde aktivite artışı, bulantı-kusma, ishal, uykusuzluk, gerginlik, huzursuzluk, ellerde terleme, sıcak/soğuk basması gibi belirtiler görülebilir (51, 52).

2.5 Transfer Kaygısı

Transfer kaygısı tanımı ilk kez 1987 yılında tanımlanmış ve 1992 yılında Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (NANDA) tarafından hastanın farklı bir ortama geçişi nedeniyle belirli fizyolojik veya psikolojik deneyimleri yaşaması durumu olarak tanımlanmıştır (20). Transfer kaygısı; hastanede yatarak tedavi gören hastaların güvendikleri ve alışkın oldukları bir ortamdan yabancı oldukları bir ortama geçtiklerinde ortaya çıkan ayrılık kaygısının özel bir çeşididir (53).

Transfer kaygısı özellikle hastanın bilgisi olmadan ve hızlı şekilde transfer durumlarında ortaya çıkar (8). Transfer kaygısının bulguları hastanede yatarak tedavi edilen hastaların sağlık durumları kötüye gittiğinde daha fazla görülmektedir (53). Transfer kaygısı üç öğeden meydana gelir; birincil kaygı, korku ve beklenti kaygısıdır (54). Birincil kaygı, hastanın hemşire ile bire bir iletişiminin bir anda sekteye uğramasından kaynaklanır. Korku, güvenli çevreden ayrılma, tıbbi cihazlara bağımlılık ve yoğun bakım hemşiresinin kabiliyetlerinden mahrum kalacak olma düşüncesinden ortaya çıkar (43, 54). Beklenti kaygısı ise, hastanın yeni çevresinde hayatının nasıl şekilleneceğine dair endişelerini yansıtır (24).

2.6 Yoğun Bakım Hastasının Transfer Kaygısı ve Etkileyen Faktörler

Yoğun bakım ünitesinde tedavi edilmek kadar YBÜ'den transfer edilmek de hastalarda kaygıya sebep olmaktadır (18). Transfer kaygısı hasta ve hasta yakınlarında gerginlik, korku, huzursuzluk, endişe gibi kaygı belirtileri ve sağlık profesyonellerine güvenmeme, içine kapanma, kendini tehdit altında hissetme, öfke ve şaşkınlık belirtilerine de neden olabilmektedir (18, 19). Sağlık profesyonelleri bu nedenle hasta ve yakınlarının korku, panik ve kaygı gibi olumsuz düşüncelerini yönetilebilmesi için etkin bilgilendirme yapmalıdır (15).

Hastalar çoğunlukla YBÜ'de alınan hemşirelik bakımı ile yatan hasta servisindeki hemşirelik bakımını karşılaştırabilmektedir (18, 19). Hastanın YBÜ'den yatan hasta servisine gönderilmesinden önce hasta ile iletişim kurularak YBÜ ve yatan hasta servis takipleri arasında farklılıklar olduğu kıyaslanarak anlatılmalıdır (19, 55). Yatan hasta servislerine transfer öncesi bilgilendirme sırasında hasta ve yakınlarının anlayabilecekleri ifadelerle YBÜ'de yatışın hastanedeki kalış sürecinde geçici bir bölüm olduğu, hastalık belirtileri kontrol altına alındıktan sonra hastanın YBÜ'den yatan hasta servisine gönderilebileceği ve bu durumun hastanın iyileşmesinde olumlu bir adım olduğunun belirtilmesi transfer kaygısının azaltılmasında faydalı olabilir (18). YBÜ'den yatan hasta servisine transfer edilme genellikle ileriye doğru atılmış olumlu bir hareket olarak algılanmakla birlikte hastalar yatan hasta servisine geçişte monitör takibinin sonlanması, günlük

kontrollerde farklılıklar, izlem ve gözetim altında olmanın azalması sebebiyle fazlasıyla kaygılı olabilmektedir (56, 57). Monitörler, hastalar tarafından güvenliklerini sağlayan tıbbi cihazlar olarak değerlendirilmektedir. Transfer anında monitör bağlantılarının aniden kesilmesi hastanın korunmasız olduğu hissine kapılıp korkmasına neden olabilir. Hastaların psikolojik olarak teknolojik cihaz ve makinelerin koruyucu etkisinin olduğu düşüncesi değiştirilmeli ve onlar olmadan da yaşamının güvence altında olduğu, yatan hasta servisinde de güvenli şekilde hemşirelik bakımının devam ettirileceği anlatılmalıdır. YBÜ'de hasta takibi için kullanılan cihazların sayısının ve sürekli hemşire gözleminin transfer süreci öncesinde kademeli olarak azaltılması sağlanarak hastanın transfer sürecine alışması sağlanabilir. Hastanın YBÜ'den yatan hasta servisine gönderilmesi sürecindeki hazırlık işlemleri son dakikalara bırakılmamalıdır (58-60).

Yapılan cerrahi işlemlerdeki gibi, nöroşirürji hastalarında da girişimsel işlemin muhtemel sorunlarına yönelik kaygı görülebilmektedir (8). Hasta transferleri, tedavi gerektiren cerrahi girişimler amacıyla YBÜ'den ameliyathaneye de yapılmaktadır. Ameliyat olacağını bilmek hastalarda hayatı tehdit eden bir tanı koyulması, ölüm, yaşamının kalan kısmında engelli olarak kalmak, yaşamının devamı için başkalarına bağımlı kalma, sosyoekonomik gücünü kaybetme, sevdiklerinden uzak kalma, cinsel yetersizlik gibi korkuların ortaya çıkmasına sebep olabilir (61-63). Hastaya ameliyat olacağını söylenmesi ile başlayan kaygı hastaneye yatış süreciyle artmaya başlar ve hastanın tedavi sürecine uyumunu, iyileşme ve toparlanma sürecini, hastalığın seyrini ve ek problemlerle karşılaşma ihtimalini kötü yönde etkileyebilir (64-66). Ayrıca hastalar anestezi ve ameliyathane süreci ile ilgili, ameliyat esnasında uyanmak veya sonrasında uyanamamak, ameliyat sırasında ağrı hissetmek, anestezi sırasında ve sonrasında anlamsız konuşmak, yoğun bakımda kalmak, ameliyat sonrasında ağrı-bulantı-kusma yaşamak gibi gerçek ve gerçek dışı korkular yaşayabilir (51, 67-69). Ameliyat öncesi süreçte hastanın bilgilendirilmesi psikolojik hazırlığın ilk basamağıdır (70, 71). Ameliyat öncesinde hastaların psikolojik hazırlığında, hastalığının özellikleri, anestezi süreci, cerrahi girişim türü ve özellikleri, ameliyat sonrasındaki süreçte karşılaşabileceği durumlarla ilgili hastanın kaygı düzeyini artırmayacak şekilde bilgilendirme yapılmalıdır (70, 72, 73). Hastanın kaygısının

sebeplerini ve sahip olduğu endişelerini anlatması kaygı ile başa çıkabilmesini güçlendirdiği bilinmektedir (70).

Transfer kaygısı, YBÜ’de ve yatan hasta servislerinde çalışan hemşireler için üzerinde durulması gereken bir konudur. Transfer kaygısının ortaya çıkması ile ilgili risk faktörlerinin belirlenerek risk grubu içindeki hastaların erkenden fark edilmesi ve bu gruptaki hasta sayısının azaltılması yönünde yapılacak işlemlerin belirlenmesi bu problemin çözümünde atılacak ilk adım olarak görülebilir (74).

Transfer süreci, hastanın sosyal destek sistemini etkin kullanması, hastanın aile yapısını veya ailesinin dışında destek aldığı bireylerin dahil edilmesini de kapsamaktadır. Ailenin hasta ile ilgili işlemlere katılımının sağlanması için eğitimler verilmesinin, hastanın kaygı seviyesinde azaltıcı etkisinin olduğu bilinmektedir (75). Planlı ve yapılandırılmış eğitimin transfer kaygısı üzerine etkilerinin değerlendirildiği çalışmalarda; eğitimin hastaların ve ailelerinin yaşadığı transfer kaygısını azalttığı belirlenmiştir (8, 18, 76, 77). Israeli ve ark. (2011) yaptığı bir çalışmada transfer kaygısı ile ilgili pek çok faktörün etkili olduğu söylenirken, özellikle yoğun bakımda kalış süresi, kadın cinsiyet ve sosyal destek algısının etkileyen önemli değişkenler olduğu belirtilmiştir. Yine aynı çalışmada sosyal desteğin olmaması transfer kaygısını artırdığı bundan dolayı YBÜ’den yatan hasta servisine geçiş gibi hassas anlarda ailelerin sosyal desteğinin sağlanmasına ve hastaların yakınında bulunmasına ihtiyaç olduğu belirtilmektedir (74). Hasta ve yakınları ilk defa içinde oldukları, farklı rutin ve gözlem prosedürlerinin bulunduğu yabancı bir çevrede oldukları ve ne ile karşı karşıya kalacaklarını bilmedikleri zaman kaygı yaşamaktadırlar (18, 56). Hastanın gözlem aralığının azaltılması, bakımında ani değişikliğin olması, rutinlerin, ortamının hastaya önceden bilgilendirme yapılmadan ve etkin açıklama olmaksızın değiştirilmesi, hastanın transferinin gece saatlerinde yapılması veya hasta bilgilendirildikten çok kısa bir süre sonrasında yer değişikliğinin yapılması hastalarda gerginliğe, güvende olmadığı hissine, belirsizliğe sebep olmakta ve kaygısını artırmaktadır (56, 78).

Transfer sürecinde etik değerlere de dikkat edilmeli ve m¼mk¼n olduğunca hasta konforu sağlanmalıdır (31). Sağlık profesyonellerinin hastayı k¼t¼ etkileyen psikolojik etkenlerin farkında olması ve hastalara olumlu cevaplar vermesi transfer kaygısının kontrol altına alınmasında etkilidir. Bu nedenle primer hemşirelik ve hasta-hemşire iletişimindeki devamlılığın korunması, hemşirelerin transfer kaygısını erken dönemde tanınmasını ve ortaya çıkmasını engelleyici yöntemler geliştirmesine olanak sağlar (79, 80).

Kaygı durumunun sıklıkla gör¼ld¼ę¼ n¼roşir¼rji YB¼'ye yatan hastalarda transfer kaygısının, hastaların bakımının etkili şekilde yapılabilmesi ve kaygıya neden olan etmenlerin v¼cutta meydana getirebileceği değişikliklerin incelenmesi gerekmektedir (19, 46). Literat¼rde n¼roşir¼rji YB¼ hastalarında transfer kaygısını inceleyen çalışmalar sınırlı sayıda mevcuttur. Bu araştırma n¼roşir¼rji YB¼'den yatan hasta servisine, radyolojik görünt¼lemeye, ek tetkik veya ameliyathaneye transfer olan hastalarda transfer kaygısının ve etki eden durumları tespit amacıyla gerçekteştirildi.

3 GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Amacı ve Şekli

Bu araştırma nöroşirurji YBÜ’de yatan hastaların hastane içi transfer kaygılarının belirlenmesi amacıyla prospektif tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi.

3.2 Araştırmanın Soruları

Araştırma kapsamında yanıt aranan sorular aşağıdaki gibidir;

- Nöroşirurji YBÜ hastalarının hastane içi transfer öncesinde, anında ve sonrasındaki kaygı düzeyleri arasında fark var mıdır?
- Nöroşirurji YBÜ hastalarının hastane içi transfer öncesinde, anında ve sonrasındaki yaşam bulguları arasında fark var mıdır?
- Nöroşirurji YBÜ hastalarının transfer kaygıları ile sosyodemografik özellikleri arasında fark var mıdır?
- Nöroşirurji YBÜ hastalarının transfer kaygıları ile transfer özellikleri arasında fark var mıdır?

3.3 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma İstanbul’da bulunan bir üniversitesi hastanesinin nöroşirurji YBÜ’de, Kasım 2021- Haziran 2022 tarihleri arasında yapıldı.

3.4 Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini ilgili tarihlerde nöroşirurji YBÜ’de tedavi gören 228 hasta oluşturdu. Bu hastalardan 32’sinin dahil edilme kriterlerine uygun olmaması, 25 hastada eksik veri alınması nedeniyle örneklem dışı bırakıldı. Araştırmanın örneklemini ise dahil edilme kriterlerine uyan 171 hasta oluşturdu.

3.4.1 Araştırmanın yürütüldüğü kliniğin özellikleri

Araştırmanın yürütüldüğü Nöroşirürji YBÜ; yedi yataklı ve üçüncü basamak bir yoğun bakımdır. Üniteye ağırlıklı olarak kranial cerrahi yapılmış hastaların takibi yapılmaktadır. Nöroşirürji YBÜ'den hastalar radyolojik görüntülemeye, ek tetkik ve tedavi amacıyla aynı bina içerisinde bulunan farklı birimlere transfer edilebilmektedir. Kliniğin transfer prosedüründe sıklıkla transfere sorumlu asistan hekim ve yardımcı sağlık personeli eşlik etmektedir. Asistan hekimin eşlik edemediği durumlarda hastanın bakımını sürdüren hemşiresi tarafından transferi sağlanmaktadır. Transfer öncesinde hasta ve yakınları transfer süreci hakkında bilgilendirilmektedir. Transfer süresi yaklaşık olarak 15-30 dakika arasında değişkenlik göstermektedir.

3.4.2 Örneklem seçim kriterleri

Örneklem seçiminde basit rastgele örnekleme yöntemi kullanıldı. Örneklem büyüklüğünü belirlemek için "G*Power 3.1.9.4" programı aracılığıyla güç analizi yapıldı. Araştırmalar sonucunda elde edilen sonuçların güçlü kanıtlara dayandırılması için çalışmanın gücünün yeterince yüksek olması beklenmektedir (güç $\geq 0,80$). Deneysel olarak tasarlanan araştırmanın örneklem büyüklüğü belirlenirken, hata payı $\alpha=0,05$ alındığında ve "Zakerimoghadam, M., Ghyasvandian, S., Asayesh, H., & Jodaki, K. (2016). Prevalence of anxiety in the process of transferring patients from cardiac surgery intensive care unit to the general ward." adlı referans makale dikkate alındığında yapılması planlanan değerlendirmenin küçük etki büyüklüğüne ($w=0,27$) sahip olması varsayıldığında ve %80 güç ile örnekleme toplamda en az 164 olgunun alınması gerektiği sonucuna ulaşıldı (22). Veri kaybının yaşanabileceği öngörüldüğünden araştırma toplam 171 hasta ile tamamlandı.

Araştırmanın dahil edilme ve dışlanma kriterleri aşağıdaki gibidir;

Dahil edilme kriterleri;

- 18 yaş ve üzeri yetişkin,
- Glaskow Koma Skala (GKS) puanı 14 ve üzeri olan,
- Yer, kişi ve zaman oryantasyonu ve kooperasyonu olan,
- En az 24 saat boyunca Nöroşirurji YBÜ’de yatan,
- Yoğun bakım sürecinde ilk hastane içi transferi sağlanan,
- Dil engeli olmayıp Türkçe konuşabilen ve anlayabilen hastalar olarak belirlendi.

Dışlanma Kriterleri;

- Hafıza ve hatırlama ile ilgili bilişsel sorunları (Demans, Alzheimer vb.) olan,
- Ciddi elektrolit bozukluğu olan (hipo/hipernatremi),
- Hastane içi transfer esnasında acil müdahale gereken veya exitus olan,
- Psikiyatrik herhangi bir hastalık tanısı olan, bedensel veya zihinsel engeli olan,
- Okuma yazma engeli olan,
- Düzenli olarak uyku ilacı kullanan hastalar araştırma kapsamına alınmadı.

3.5 Araştırmanın Değişkenleri

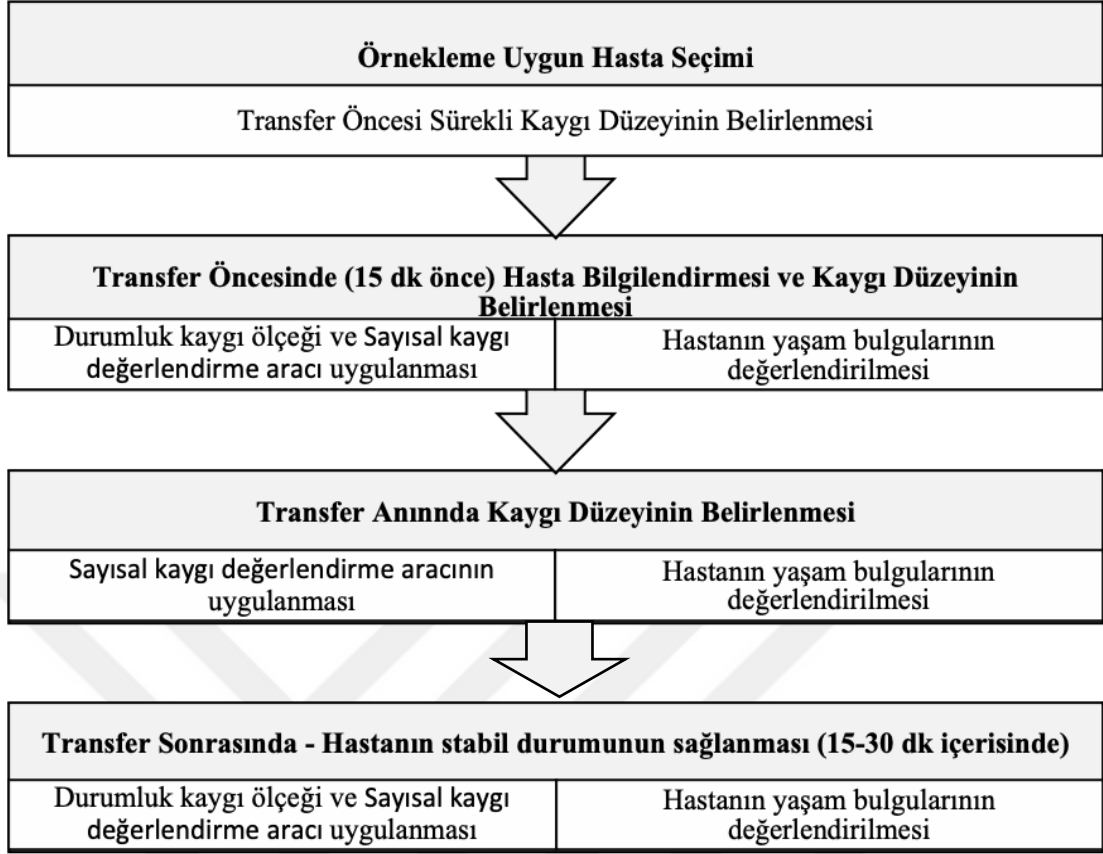
Bağımlı değişkenler; transfer öncesindeki, anındaki ve sonrasındaki kaygı düzeyleri, transfer sürecindeki yaşam bulguları (tansiyon, nabız, satürasyon ve solunum sayısı).

Bağımsız değişkenler; hasta bireylerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu vb.), tedavi sürecine ilişkin farklılıklar (tanı, ameliyat türü vb.), transfer özellikleri (transfer nedeni, transfer şekli vb.)

3.6 Araştırmada Veri Toplama S¼reci

Araştırma veri toplama adımları aşağıda belirtilmiştir;

- Hastanın transferine eşlik edecek olan hemşire, doktor veya yardımcı sağlık personelinden oluşan ekip uygulanacak ¼l¼eklerin i¼erięi, uygulama ve veri toplama aşamaları a¼ısından bilgilendirildi.
- Hastane i¼i transferi gereken hastalarda, ¼ncelikli olarak bakımını s¼rd¼ren hemşiresi tarafından transfere ilişkin hasta bilgilendirmesi yapıldı.
- Bilgilendirme sonrasında, hastanın genel kayęı durumunu belirlemek amacıyla ‘‘S¼rekli Kayęı ¼l¼eęi’’ uygulandı. Transferden 15 dakika ¼nce o anki kayęı d¼zeyini belirlemek amacıyla ‘‘Durumluk Kayęı ¼l¼eęi’’ ve ‘‘Sayısal Kayęı Değerlendirme Aracı’’ uygulandı ve eř zamanlı yaşam bulguları ¼l¼¼d¼.
- Hasta transfer anında sedye veya yatakta iken yaşam bulguları taşınabilir monit¼r ile takip edildi ve kayęı d¼zeyi sayısal kayęı değerlendirme aracı ile transfere eşlik eden hekim veya hemşire tarafından değerlendirildi.
- Transfer sonrasında YB¼’ye geri getirilen veya yatan hasta servisine transfer edilen hasta monit¼rize edildikten ve stabil durumu sağlandıktan sonraki ilk 15-30 dakika i¼erisinde kayęı d¼zeyi ‘‘Durumluk Kayęı ¼l¼eęi’’ ve Sayısal Kayęı Değerlendirme Aracı ile tekrar değerlendirildi.
- Hastanın yaşam bulgularının değerlendirilmesinde GE Medical Systems ¼ Transport Pro cihazı, GE Medical Systems ¼ Tansiyon ¼l¼¼m maņřeti ve Masimo ¼ Signal Extraction Pulse Oximeter cihazı kullanıldı. Cihazların kalibrasyonu İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fak¼ltesi tarafından yapıldı. Hastanın tansiyon, nabız ve solunum sayısı transport monit¼r¼ üzerinden takip edilirken; sat¼rasyonu parmak ucu pulse oksimetre probu ile ¼l¼¼d¼.
- Taşınabilir transport monit¼r¼ ve parmak ucu pulse oksimetre cihazı yatan hasta servisine transfer edilen hasta ile birlikte yatan hasta servisindeki odada bırakıldı. Yatan hasta servisine transferden 15-30 dakika sonrasında aynı cihazlar ile tekrar yaşam bulguları değerlendirildi. Araştırma Tasarımı Şekil 1’de belirtildi.



Şekil 1. Araştırma Tasarımı

3.7 Araştırmada Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanması sırasında “Hasta Tanıtım ve Transfer İzlem Formu” (EK 1), kaygı düzeyinin değerlendirilmesinde “Durumluk/Sürekli Kaygı Ölçeği” (EK 2) ve Sayısal Kaygı Değerlendirme Aracı (EK 3) kullanıldı.

Hasta Tanıtım ve Transfer İzlem Formu: Literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanan form üç bölümden ve toplamda 18 sorudan oluşmaktadır (5, 81). Formun ilk bölümündeki 8 soru hastanın demografik özellikleri, ikinci bölümde 3 soru hastanın tıbbi bilgilerini, üçüncü bölümde 7 soru transfer sürecine ilişkin bilgileri sorgulamaktadır. Formdaki soruların bir kısmı hasta ile yüz yüze görüşme sırasında bir kısmı ise hasta dosyasından ve sağlık ekibinden elde edildi.

Durumluk/Sürekli Kaygı Ölçeği: Kaygı envanteri 1970 yılında Spielberg ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Öner ve Le Compte tarafından da 1977 yılında Türkçe'ye uyarlanmış. Bu ölçek Likert tipinde olup “Hiç” ile “Tamamıyla” arasında değişen dört derecelik bir ölçektir. Her ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişmektedir. Puanın yüksek olması kaygı düzeyinin yüksek olduğuna işaret etmektedir (44).

Durumluk kaygı ölçeğinde bireyden kendini “şu anda” nasıl hissettiğini değerlendirmesi ve maddelerde ifade edilen duygu ya da davranışların şiddet derecesine göre (1) “hiç”, (2) “biraz”, (3) “çok” ve (4) “tamamıyla” ifadelerinden birini seçmesi istenir. “Tamamıyla” ifadesinin seçilmesinde en yüksek puan olan 4, “hiç” ifadesinin seçilmesinde en düşük puan olan 1 verilir. Yüksek puan yüksek kaygı düzeyini, düşük puan ise düşük kaygı düzeyini gösterir (81, 82).

Sürekli kaygı ölçeği, bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak, kendini nasıl hissettiğini belirlemeyi amaçlayan ve yirmi maddeden oluşan 4'lü likert tipi bir ölçektir. Sürekli kaygı ölçeğinde bireyden kendini “genellikle” nasıl hissettiğini değerlendirmesi ve maddelerde ifade edilen duygu, düşünce ve davranışların sıklık derecesine göre (1) “hemen hiçbir zaman”, (2) “bazen”, (3) “çok zaman” ve (4) “hemen 21 her zaman” ifadelerinden birini seçmesi istenir. “Hemen her zaman” ifadesinin seçilmesinde en yüksek puan olan 4, “hemen hiçbir zaman” ifadesinin seçilmesinde en düşük puan olan 1 verilir. Yüksek puan yüksek kaygı düzeyini, düşük puan ise düşük kaygı düzeyini gösterir (81, 82).

Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterlerinde iki tür ifade vardır. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Durumluk Kaygı Envanterindeki tersine dönmüş ifadeler 1,2,5,8,10,11,15,16,19 ve 20. maddelerdir.

Sürekli Kaygı Envanterindeki tersine dönmüş ifadeler ise 21,26,27,30,33,36 ve 39 uncu maddeleri oluşturur. Doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin ayrı ayrı toplam ağırlıkları bulunduktan sonra doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlık

puanından ters ifadelerin toplam ağırlık puanı çıkarılır. Bu sayıya önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk Kaygı Envanteri için bu değişmeyen değer 50, Sürekli Kaygı Envanteri için 35'tir. En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır (81, 82).

“Sürekli Kaygı Ölçeği” araştırmanın dahil edilme kriterlerine uygun hastalara transfer öncesinde genel kaygı düzeylerini değerlendirmek için yapıldı. “Durumluk Kaygı Ölçeği” transfer öncesinde ve sonrasında kaygı düzeylerini değerlendirmek için yapıldı. Bu araştırma kapsamında Durumluk kaygı ölçeği için hesaplanan Cronbach alfa (α) katsayıları transfer öncesi ve sonrası sırasıyla 0,92-0,92 olduğu, Sürekli kaygı ölçeği cronbach-alfa değeri 0,87 olarak belirlendi.

Sayısal Kaygı Değerlendirme Aracı: Transfer sürecinde hastaların subjektif kaygı düzeylerini daha kolay öğrenebilmek için araştırmacılar tarafından “Sayısal Kaygı Değerlendirme Aracı” oluşturuldu. Skala en düşük 1 – en yüksek 10 puanı içeren bir skaladır. 1 puan “hiç kaygım yok” ifade ederken 10 puan “dayanılmayacak kadar kaygılıyım” belirtmektedir.

3.8 Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma da aşağıdaki etik ilkelere dikkat edilerek araştırma yürütüldü.

- Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi ve Acıbadem Sağlık Kuruluşları Tıbbi Araştırma Etik Kurulu'ndan (ATADEK) 2021-13/01 numaralı karar ile izin alındı (EK 4).
- Araştırmanın yürütüleceği İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi kurumundan yazılı izin alındı (EK 4).
- Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalardan, araştırmacı tarafından “Aydınlatılmış Onam Formu” alındı (EK 5).

3.9 Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizlerin de SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) sürüm 25.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) programı kullanıldı. Sürekli her bir değişkenden elde edilen puanların normal dağılıp dağılmadığı betimsel, grafiksel ve istatistiksel yöntemlerle incelendi. İstatistiksel yöntem ile sürekli bir değişkenden elde edilen puanların normallliğini test etmek amacıyla Kolmogorov- Smirnov testinden yararlanıldı. Araştırma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (sayı, yüzde, ortalama, ortanca, standart sapma vb.) yanı sıra, nicel verilerde iki grup arasındaki karşılaştırmalar Bağımsız Örneklem t testi (normal dağılım gösteren verilerde) ve Mann-Whitney U testi (normal dağılım göstermeyen verilerde) ile; ikiden fazla grup karşılaştırmalarda ise Tek Yönlü Varyans Analizi (One-way ANOVA) veya parametrik olmayan karşılığı Kruskal-Wallis testi ile yapıldı. Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc (Bonferroni düzeltmesi ve Tukey testi.) testleri kullanıldı. İki sürekli değişken arasındaki ilişki düzeyine Pearson korelasyon testi ile bakıldı. Tekrarlı ölçümlerde farklılığın test edilmesinde ilişkili gruplar t testi (normal dağılım gösteren verilerde) ve Wilcoxon testi (normal dağılım göstermeyen verilerde) kullanıldı. Ayrıca bağımsız değişkenlerin, bağımlı değişken üzerindeki etkisinin ölçülmesinde Çoklu Linear Regresyon modellemesinden yararlanıldı. Sonuçlar; %95 güven aralığında anlamlılık ise $p < 0,05$ altında değerlendirildi.

3.10 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, çalışmanın yapıldığı üniversite hastanesinin Nöroşirürji YBÜ’de tedavi gören yetişkin hastaları ile sınırlıdır. Bu araştırma sadece nöroşirürji YBÜ’de yatan yetişkin hasta grubunu kapsadığı için sınırlı örneklem grubuna sahiptir ve diğer birimler için genellenemez.

4 BULGULAR

Nöroşirurji YBÜ’de tedavi gören hastaların hastane içi transfer kaygıları ve buna neden olan faktörleri belirlemek amacıyla yapılan araştırmaya toplamda 171 hasta dahil edildi. Hastaların demografik verilerine ait özellikler Tablo 1’de belirtildi.

Tablo 1. Yoğun Bakım Hastalarının Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N=171)

	Ort.±SS	Min-Mak
Yaş (yıl)	53,16±15,51	19-85
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	97	56,7
Erkek	74	43,3
Medeni Durum		
Evli	140	81,9
Bekar	31	18,1
Meslek		
Çalışıyor	78	45,6
Çalışmıyor	46	26,9
Emekli	42	24,6
Öğrenci	5	2,9
Eğitim Düzeyi		
İlköğretim	92	53,8
Ortaöğretim	40	23,4
Lisans ve üstü	39	22,8
Kronik Hastalık		
Evet	118	69,0
Hayır	53	31,0
Kronik Hastalık Türü*		
Hipertansiyon	73	42,7
Diabetes mellitus	46	26,9
Kardiyovasküler hastalık	33	19,3
Solunum sistem hastalıkları	16	9,4
Endokrin hastalıkları	16	9,4
Böbrek hastalıkları	8	4,7
Karaciğer hastalıkları	0	0,0
Daha Önce Hastaneye Yatma Deneyimi		
Evet	127	74,3
Hayır	44	25,7
Hastaneye Yatış Tanısı		
Spinal cerrahi	59	34,5
Serebellar kitle	25	14,6
Frontal kitle	22	12,9
Kranial vasküler patolojiler	22	12,9
Temporal kitle	22	12,9
Chari malformasyonu	8	4,7
Hidrocefali	5	2,9
Subaraknoid kanama	4	2,3
Epidural/subdural/intraserebral hematoma	4	2,3
Cerrahi Girişim Türü		
Kraniyal cerrahi	90	52,6
Spinal cerrahi	60	35,1
Endovasküler cerrahi	21	12,3

Ort.: Ortalama, SS: Standart Sapma, *Birden fazla şık işaretlenmiştir.

Araştırma kapsamında hastaların yaş ortalaması 53,16±15,51 yıl ve yaş aralığının 19 ile 85 yaş aralığında değiştiği; %56,7'sinin kadın, %82'sinin evli, %54,4'ünün aktif olarak bir işte çalışmadığı (ev hanımı, emekli, öğrenci ve işsiz) saptandı. Eğitim düzeylerine göre hastaların %53,8'inin ilköğretim mezunu olduğu saptandı. Hastaların %69'unun kronik bir hastalık tanısı olduğu saptanırken, hastalarda en çok görülen kronik hastalık tipinin hipertansiyon (%42,7) ve diyabet (%26,9) olduğu belirlendi (Tablo 1).

Tablo 1'de hastaların uygulanan cerrahi girişim türlerinin dağılımları incelendiğinde; hastaların %74,3'ünün daha önce hastanede en az bir gün süreyle kaldığı, hastalarda %40,4 oranla en çok kitle (temporal, frontal ve serebellar) tanısı konulduğu, hastalara %52,6 oranla en sık kraniyal cerrahi uygulandığı saptandı.

Tablo 2. Hastaların Transfer Özellikleri (N=171)

	n	%
Transfer Zamanı		
Gündüz mesaisi (08.00-20.00)	129	75,4
Gece mesaisi (20.00-08.00)	42	24,6
Transfere Eşlik Eden Kişi		
Hekim ve yardımcı sağlık personeli	95	55,6
Hekim, yardımcı sağlık personeli ve hasta yakını	50	29,2
Hekim, yardımcı sağlık personeli ve hemşire	21	12,3
Hemşire, yardımcı sağlık personeli ve hasta yakını	5	2,9
Transfer Amacı		
Yatan hasta servisi	110	64,3
Radyolojik görüntüleme	61	35,7
Yapılan Görüntüleme İşlemi (n=61)		
Manyetik rezonans görüntüleme	36	59
Bilgisayarlı tomografi	25	41
Transfer Şekli		
Sedye	87	50,9
Yatak	84	49,1
Tıbbi Ekipman Varlığı		
Foley katater	171	100
İntravenöz katater veya santral venöz katater	171	100
Dren	60	35,1
Oksijen maskesi veya nazal kanül	38	22,2
Beyin omurilik sıvısı drenajı	5	2,9

*Birden fazla şık işaretlenmiştir

Tablo 2'de hastaların transfer özelliklerinin dağılımına yer verilmiştir. Tablodaki bulgular incelendiğinde; hastaların %75,4'ünün gündüz transfer edildiği, %55,6'sına

transfer anında bir hekim ve bir yardımcı sağlık personelinin refakat ettiği, %64,3'ünün yoğun bakım sonrası yatan hasta servisine, %35,7'sinin radyolojik tetkik (MRG, n=36 ve BT, n=25) amacıyla radyoloji birimine transfer edildiği saptandı. Transfer işlemi, hastaların %50,9'unda sedye, %49,1'inde ise yatak ile gerçekleştirildi. Hastaların tümünde foley kateter ve intravenöz periferik/santral venöz kateter olduğu belirlendi.

Tablo 3. Hastaların Transfer Öncesi, Anında ve Sonrası Yaşam Bulgularının Dağılımı (N=171)

Ölçüm Zamanı	Ort.±SS		TÖ ve TA	TÖ ve TS	TA ve TS
Sistolik Kan Basıncı (mmHg)					
Transfer öncesi (TÖ)	128,21±17,88	t	1,626	2,322	3,748
Transfer anında (TA)	129,53±16,91	p	0,106	0,021*	<0,001*
Transfer sonrası (TS)	126,26±16,48				
Diastolik Kan Basıncı (mmHg)					
Transfer öncesi	71,99±11,14	t	2,787	1,205	1,523
Transfer anında	73,95±10,50	p	0,006*	0,230	0,130
Transfer sonrası	72,87±9,54				
Nabız Sayısı (dak)					
Transfer öncesi	78,27±11,62	t	3,064	0,892	1,925
Transfer anında	80,16±12,30	p	0,003*	0,374	0,056
Transfer sonrası	78,83±11,27				
SpO2 (%)					
Transfer öncesi	96,32±1,81	t	2,120	2,637	5,124
Transfer anında	96,09±1,86	p	0,035*	0,009*	<0,001*
Transfer sonrası	96,63±1,74				
Solunum Sayısı (dak)					
Transfer öncesi	17,29±2,40	t	0,482	0,795	1,248
Transfer anında	17,36±2,72	p	0,631	0,428	0,214
Transfer sonrası	17,16±2,35				

*:p<0,05; t=İlişkili örneklem t testi

Tablo 3'te hastaların transfer öncesi, anında ve sonrası yaşam bulgularının dağılımı incelendiğinde; hastaların transfer öncesi, transfer anında ve transfer sonrası sistolik kan basıncı ortalamaları sırasıyla 128,21±17,88mmHg, 129,53±16,91mmHg ve 126,26±16,48mmHg olduğu, transfer öncesi ve transfer anındaki sistolik kan basıncının transfer sonrası istatistiksel olarak anlamlı derecede düştüğü saptandı (TÖ→TS, p=0,021 ve TA→TS, p<0,001).

Hastaların transfer öncesi, transfer anında ve transfer sonrası diastolik kan basıncı ortalamaları sırasıyla 71,99±11,14mmHg 73,95±10,50mmHg ve

72,87±9,54mmHg olduğu, transfer öncesi diyastolik kan basıncının transfer anında istatistiksel olarak anlamlı derecede yükseldiği saptandı (TÖ→TA, p=0,006).

Hastaların transfer öncesi, transfer anında ve transfer sonrası nabız sayısı ortalamaları sırasıyla 78,27±11,62dk, 80,16±12,30dk ve 78,83±11,27dk olduğu, transfer öncesi nabız sayısı transfer anında istatistiksel olarak anlamlı derecede yükseldiği saptandı (TÖ→TA, p=0,003).

Hastaların transfer öncesi, transfer anında ve transfer sonrası SpO2 ortalamaları sırasıyla %96,32±1,81, %96,09±1,86 ve %96,63±1,74 olduğu, transfer öncesi SpO2 değerinin transfer anında istatistiksel olarak anlamlı derecede yükseldiği ve transfer sonrası ise istatistiksel olarak anlamlı derecede düştüğü saptandı (TÖ→TA, p=0,035; TA→TÖ, p=0,009 ve TA→TS, p<0,001).

Hastaların transfer öncesi, transfer anında ve transfer sonrası solunum sayısı ortalamaları sırasıyla 17,29±2,40/dk, 17,36±2,72/dk ve 17,16±2,35/dk olduğu, transfer sürecinde solunum sayısı değişiminde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık saptanmadı (p>0,05).

Tablo 4. Hastaların Transfer Öncesi, Anında ve Sonrası Kaygı Puan Ortalamaları (N=171)

Sürekli Kaygı Ölçeği	Ort.±SS		TÖ vs TA	TÖ vs TS	TA vs TS
Transfer öncesi	40,60±8,65				
Durumluk Kaygı Ölçeği					
Transfer öncesi	40,09±9,44	t	-	8,273	-
Transfer sonrası	36,46±8,58	p	-	<0,001*	-
Sayısal Kaygı Değerlendirme Aracı					
Transfer öncesi	3,37±1,99	Z	-7,535	-3,507	-9,082
Transfer anında	4,45±2,13	p	<0,001*	<0,001*	<0,001*
Transfer sonrası	2,95±1,80				

*:p<0,05; t=İlişkili örneklem t testi, Z=Wilcoxon signed-ranks testi

Tablo 4’te hastaların transfer öncesi, anında ve sonrası kaygı puan ortalamaları incelendiğinde; hastaların transfer öncesi ve transfer sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamaları sırasıyla 40,09±9,44 ve 36,46±8,58; hastaların transfer öncesi

Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortalaması $40,60 \pm 8,65$ olarak belirlendi. Hastaların transfer öncesi, transfer anında ve transfer sonrası Sayısal Kaygı Değerlendirme Aracı puan ortalamaları 10 puan üzerinden sırasıyla $3,37 \pm 1,99$, $4,45 \pm 2,13$ ve $2,95 \pm 1,80$ olarak saptandı. Hastaların transfer öncesi durumluk kaygı düzeyinin transfer sonrası istatistiksel olarak anlamlı derecede düştüğü saptandı (TÖ→TS, $p < 0,001$). Hastaların sayısal olarak ölçülen transfer öncesi kaygı düzeyinin transfer anında istatistiksel olarak anlamlı derecede yükseldiği ve transfer sonrası ise istatistiksel olarak anlamlı derecede düştüğü saptandı (TÖ→TA→TS, $p < 0,001$).

Tablo 5. Hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği ve Sayısal Kaygı Değerlendirme Aracı Puanı Arasındaki İlişki Düzeyi (N=171)

Ölçekler		1	2	3	4	5
1 Durumluk Kaygı Ölçeği -TÖ	-	-				
2 Durumluk Kaygı Ölçeği -TS	r	0,802				
	p	<0,001*				
3 Sayısal Kaygı Değerlendirme Aracı-TÖ	r	0,382	0,375			
	p	<0,001*	<0,001*			
4 Sayısal Kaygı Değerlendirme Aracı -TA	r	0,479	0,482	0,670		
	p	<0,001*	<0,001*	<0,001*		
5 Sayısal Kaygı Değerlendirme Aracı-TS	r	0,493	0,658	0,672	0,714	
	p	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*	-

*: $p < 0,05$; r: Pearson korelasyon testi

Tablo 5’te hastaların durumluk kaygı ölçeği ve sayısal kaygı değerlendirme aracı puanları arasındaki ilişki düzeyine yer verilmiştir. Hastaların transfer öncesi durumluk kaygı düzeyi ile transfer sonrası durumluk kaygı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede pozitif yönlü bir ilişki varlığı saptandı ($r=0,802$; $p < 0,001$).

Tablo 6. Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Transfer Öncesi ve Sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalamaları (N=171)

	n	Durumluk Kaygı Ölçeği -TÖ		Durumluk Kaygı Ölçeği -TS			
		Ort.±SS	F	p	Ort.±SS	F	p
Yaş (yıl)		53,16±15,51	1,393	0,251		1,864	0,158
Cinsiyet			t	p		t	p
Kadın	97	41,73±9,96	2,718	0,007*	37,74±8,98	2,306	0,022*
Erkek	74	37,93±8,30			34,78±7,76		
Medeni durum			t	p		t	p
Evli	140	40,19±8,98	0,309	0,758	36,73±8,19	0,863	0,389
Bekar	31	39,61±11,46			35,26±10,21		
Meslek			F	p		F	p
Çalışıyor ¹	78	38,03±9,53	5,481	0,001*	35,31±8,67	2,656	0,050
Çalışmıyor ²	46	44,41±9,33	f=2>1,3		39,41±9,44		
Emekli ³	42	38,69±7,74			35,26±6,92		
Öğrenci ⁴	5	44,20±10,45			37,40±6,66		
Eğitim düzeyi			F	p		F	p
İlköğretim	92	41,32±8,99	1,889	0,154	36,98±8,20	0,927	0,398
Ortaöğretim	40	39,30±9,85			36,88±9,42		
Lisans ve üstü	39	38,00±9,84			34,82±8,56		
Kronik hastalık			t	p		t	p
Evet	118	39,72±10,01	0,758	0,449	36,64±9,05	0,394	0,694
Hayır	53	40,91±8,08			36,08±7,49		
Hastaneye deneyimi			t	p		t	p
Evet	127	40,51±9,63	0,998	0,320	36,77±8,66	0,801	0,424
Hayır	44	38,86±8,88			35,57±8,37		
Hastaneye yatış tanısı			F	p		F	p
Temporal kitle	22	42,95±8,23	1,365	0,224	38,50±7,75	0,759	0,622
Frontal kitle	22	42,05±10,32			38,00±10,13		
Serebellar kitle	25	41,36±7,15			36,84±6,74		
Kranial vasküler patolojiler	22	36,86±9,63			34,14±8,05		
Spinal cerrahi	59	38,44±10,11			35,54±9,08		
Subaraknoid Kanama/Epidural Hematom/Subdural Hematom/İntra Serebral Hematom	8	41,50±10,17			38,63±11,45		
Charli malformasyonu	8	43,75±10,54			37,88±8,43		
Hidrocefali	5	38,00±4,00			34,20±3,27		
Cerrahi girişim türü			F	p		F	p
Endovasküler cerrahi	21	38,14±10,94	2,278	0,106	34,95±9,52	1,015	0,365
Kraniyal cerrahi	90	41,53±8,45			37,32±7,98		
Spinal cerrahi	60	38,60±10,09			35,70±9,09		

*: p<0,05; F=ANOVA(Varyans) Analizi, t=Bağımsız Örneklem t Testi; **=Tukey testi

Tablo 6'da hastaların demografik özelliklerine göre transfer öncesi ve sonrası durumluk kaygı ölçeği puan ortalamalarına yer verilmiştir. Kadın hastaların transfer öncesi ve transfer sonrası durumluk kaygı düzeyinin erkek hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı (TÖ-DKÖ, p=0,007; TS-DKÖ, p=0,022).

Hastaların meslek grubuna göre transfer öncesi durumluk kaygı düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık saptandı (p=0,001). Yapılan alt grup analizinde bu farklılığın çalışmayan (ev hanımı ve işsiz) hasta grubu ile aktif olarak bir işte çalışan ve emekli hasta grubu arasında olduğu belirlendi.

Hastaların yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, kronik hastalık varlığı, yatış tanısı ve cerrahi tipi ile durumluk kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki saptanmadı (p>0,05).

Tablo 7. Hastaların Transfer Özelliklerine Göre Transfer Öncesi ve Sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalamaları (N=171)

	n	Durumluk Kaygı Ölçeği -TÖ			Durumluk Kaygı Ölçeği -TS		
		Ort.±SS	t	p	Ort.±SS	t	p
Transfere Gidiş Zamanı			3,925	<0,001		3,476	0,001*
Gündüz mesaisi (08.00-20.00)	129	38,53±9,12		*	35,20±8,07		
Gece mesaisi (20.00-08.00)	42	44,86±8,89			40,33±9,03		
Transfere Eşlik Eden			F	p		F	p
Hekim, Yardımcı sağlık personeli	95	39,53±9,88	1,271	0,286	35,72±8,58	2,269	0,082
Hekim, Yardımcı sağlık personeli ve Hemşire	21	38,81±8,36			35,48±7,65		
Hekim, Yardımcı sağlık personeli ve Hasta yakını	50	42,08±9,10			38,82±8,85		
Hemşire, Yardımcı sağlık personeli ve Hasta yakını	5	36,20±6,80			31,20±4,55		
Transfer amacı			t	p		t	p
Radyolojik görüntüleme	61	43,30±9,57	3,409	0,001*	39,25±8,94	3,249	0,001*
Yatan hasta servisine transfer	110	38,31±8,93			34,92±8,00		
Yapılan görüntüleme işlemi			t	p		t	p
Bilgisayarlı Tomografi	25	39,48±8,17	2,816	0,007*	36,32±6,26	2,379	0,021*
Magnetik Rezonans Görüntüleme	36	45,94±9,68			41,28±10,00		
Transfer şekli			t	p		t	p
Sedye	87	40,31±9,86	0,313	0,755	35,90±8,31	0,877	0,382
Yatak	84	39,86±9,05			37,05±8,85		

*: p<0,05; F=ANOVA(Varyans) Analizi, t=Bağımsız Örneklem t Testi

Tablo 7'de hastaların transfer özelliklerine göre transfer öncesi ve sonrası durumluk kaygı ölçeği puan ortalamalarına yer verilmiştir. Gündüz transferi yapılan

hastaların transfer öncesi ve sonrası durumluk kaygı düzeyinin, gece transferi yapılan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu saptandı (TÖ, $p<0,001$; TS, $p=0,001$).

Radyolojik tetkik amaçlı transferi yapılan hastaların transfer öncesi ve sonrası durumluk kaygı düzeyinin, yatan hasta servisine transferi yapılan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı (TÖ, $p=0,001$; TS, $p=0,001$).

Bilgisayar tomografi amacıyla transferi yapılan hastaların transfer öncesi ve sonrası durumluk kaygı düzeyinin, manyetik rezonans görüntülemesi (MRG) radyolojik tetkiki için transferi yapılan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu saptandı (TÖ, $p=0,007$; TS, $p=0,021$).

Tablo 8. Hastaların Transfer Öncesi Durumluk Kaygı Düzeyine Etki Eden Bağımsız Faktörler

Faktörler	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p
	B	SE.	Beta(β)		
Sabit	10,858	3,854	-	2,817	0,005
Cinsiyet (0=erkek, 1=kadın)	0,411	1,286	0,022	0,319	0,750
Çalışma Durumu (0=Çalışıyor; 1=Çalışmıyor)	2,546	1,261	0,135	2,019	0,045*
Transfer Zamanı (0=Gündüz; 1=Gece)	3,526	2,002	0,161	1,761	0,080
Transfer Amacı (0=Servise Transfer; 1=Radyolojik Tetkik)	1,365	1,812	0,069	0,753	0,452
Sürekli Kaygı	0,497	0,074	0,455	6,750	<0,001*
Model	R²=0,325			F=15,861	
	Adjusted R²=0,304			p<0,001	

*: $p<0,05$, Linear Regression (Method=Enter)

Tablo 8'de hastaların transfer öncesi durumluk kaygı düzeyine etki eden bağımsız faktörlere yer verilmiştir. Tek değişkenli analizlerde anlamlı bulunan faktörler kullanılarak; hastaların transfer öncesi durumluk kaygı düzeyine etki eden durumları belirlemek amacıyla enter metoduyla, çok değişkenli linear regresyon analizi yapıldı. Analiz sonucunda anlamlı bir regresyon modeli, $F=15,861$, $p=<0,001$

ve bağımlı değişkendeki varyansın %33'ünün bağımsız değişkenler tarafından açıklandığı bulunmuştur. Buna göre aktif olarak bir işte çalışmama durumu ($\beta=0,14$; $p=0,045$) ve sürekli kaygının ($\beta=0,46$; $p<0,001$) hastaların transfer öncesi durumluk kaygısının artmasına etki eden bağımsız faktörler olduğu saptandı.

Tablo 9. Hastaların Transfer Sonrası Durumluk Kaygı Düzeyine Etki Eden Bağımsız Faktörler

Faktörler	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p
	B	SE.	Beta(β)		
Sabit	5,444	2,556	-	2,130	0,035
Cinsiyet (0=erkek, 1=kadın)	0,086	0,833	0,005	0,103	0,918
Çalışma Durumu (0=çalışıyor; 1=çalışmıyor)	0,682	0,827	0,040	0,825	0,411
Transfer Zamanı (0=gündüz; 1=gece)	0,096	1,309	0,005	0,073	0,942
Transfer Amacı (0=servise transfer; 1=radyolojik tetkik)	0,902	1,176	0,051	0,767	0,444
Transfer Öncesi Durumluk Kaygı	0,127	0,054	0,128	2,363	0,019*
Sürekli Kaygı	0,667	0,050	0,735	13,230	<0,001*
Model	R²=0,658			F=52,690	
	Adjusted R²=0,646			p<0,001	

*: $p<0,05$, Linear Regression (Method=Enter)

Tablo 9'da Hastaların transfer sonrası durumluk kaygı düzeyine etki eden bağımsız faktörlere yer verilmiştir. Tek değişkenli analizlerde anlamlı bulunan faktörler kullanılarak; hastaların transfer sonrası durumluk kaygı düzeyine etki eden durumları belirlemek amacıyla enter metoduyla, çok değişkenli linear regresyon analizi yapıldı. Analiz sonucunda anlamlı bir regresyon modeli, $F=52,690$, $p=<0,001$ ve bağımlı değişkendeki varyansın %66'sının bağımsız değişkenler tarafından açıklandığı bulunmuştur. Buna göre transfer öncesi durumluk ($\beta=0,13$; $p=0,019$) ve sürekli ($\beta=0,74$; $p<0,001$) kaygının hastaların transfer sonrası durumluk kaygısının artmasına etki eden bağımsız faktörler olduğu saptandı.

5 TARTIŞMA

Araştırmanın bu bölümünde nöroşirurji YBÜ’de yatan hastaların hastane içi transfer kaygıları ve etkileyen faktörlere yönelik bulguların ilgili literatür doğrultusunda tartışması yer almaktadır.

Araştırmaya dahil olan hastaların yaklaşık yarısının (%56,7) kadın ve yaş ortalamasının 53 olduğu belirlendi. Göz ve ark. (2009) kardiyoloji YBÜ’den kliniğine transfer edilen hastalarla yaptıkları bir çalışmada, hastaların %34,4’ünün kadın ve yaş ortalamasının 55,4 olduğu belirtilmiştir (83). Perks ve ark. (2009) nöroşirurji hastalarıyla yaptıkları çalışmada hastaların %53’ünün erkek ve ortalama 50 yaşında oldukları (84), Acharya ve ark. (2018) Nepal’de nöroşirurji YBÜ’de yaptıkları çalışmada hastaların yaklaşık yarısının (%51.7) erkek olduğu belirtilmiştir (85). YBÜ’de yatan hastalarla yapılan çalışmalarda yaş ve cinsiyete göre dağılım sonuçlarında farklılıklara rastlanmaktadır. Bu çalışmada cinsiyete göre erkek ve kadın hasta sayılarının birbirine yakın ve benzer olduğu görülmektedir. Büyük örneklemlili yapılacak gelecek çalışmalarda sonuçlarda farklılık olabileceği düşünülmektedir.

Beyin tümörleri tüm kanser çeşitleri içerisinde 20. sıradayken Türkiye’de ise 12. sırada görülmektedir (86). Primer beyin tümörleri, geliştiği bölgelere göre en fazla meninkslerden (%32) ve frontal, parietal, temporal ve oksipital loblarda (%24) görülmektedir. Beyin tümörlü hastaların birçoğunda cerrahi ilk tedavi seçeneği olarak kabul edilmektedir (87). Hastanın klinik durumu, tümör özelliği, yerleşim alanı ve ulaşılabilirlik durumuna bağlı olarak cerrahi ve diğer tedavi seçenekleri tek başlarına veya birlikte kullanılabilirler (88). Bu çalışmada hastalara uygulanan cerrahi girişim türlerinin dağılımları incelendiğinde; hastaların %40,4 oranla en çok kraniyal kitle (temporal, frontal ve serebellar) tanısı konulduğu, hastaların %52,6’sına en sık kraniyal cerrahi uygulandığı saptandı. Nöroşirurji YBÜ’de yatan hastaların retrospektif olarak değerlendirildiği bir çalışmada hastaların %9,8’inin kraniyal kitle nedeniyle yatırıldığı belirtilmiştir (89). Nöroşirurji YBÜ’de yatan hastalarla yapılan benzer çalışmalarda kraniyal kitle görülme oranlarının %30-51

oranında değiştiği görülmektedir (85, 90, 91). Sonuçlar literatürle karşılaştırıldığında bazı merkezler ile benzer oranlarda kraniyal ve spinal cerrahi yapıldığı görüldü. Bu durumun çalışmanın yapıldığı merkezin konumu, hasta özellikleri ve cerrahi ekibin yeterlilikleri ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

Araştırma kapsamında hastaların transfer özellikleri değerlendirildiğinde; en sık gündüz saatlerinde, YB’den yatan hasta servisine ve sedye ile transfer edildiği, yaklaşık yarısına transfer anında hekim ve yardımcı sağlık personelinin eşlik ettiği saptandı. McCairn ve ark. (2013) YB’den servise transfer sürecini izledikleri randomize prospektif çalışmada hastaların %76,5’inin gündüz transfer edildiği belirtilmiştir (92). YB’den servise transfer edilen hastalarda transfer anksiyetesi ilişkili risk faktörlerini değerlendiren bir çalışmada transferlerin %60’ının gündüz yapıldığı belirtilmiştir (74). Araştırma sonucunda transferlerin en sık gündüz gerçekleştirilmesinin nedeni olarak; gündüz çalışma mesaisi içesinde hekim ve hemşire sayısı daha fazla olup hasta hizmetlerine yönelik alt yapı sistemleri aktif olarak kullanılabilir. Böylece transfer sürecinde komplikasyon gelişmesi veya hastanın genel durumunun bozulması durumunda müdahale edebilecek yeterli sayıda kişi ve tıbbi cihaz hazırda bulunmaktadır.

Fındık ve ark (2019) hasta transferinde hemşirelik bakımını inceledikleri çalışmada transfere eşlik edecek ekibin belirlenmesinde; transfer edilecek olan hastanın risk değerlendirme sonucu ve stabil olup olmamasına göre eşlik edecek ekibin başında sadece hemşirenin olabileceği belirtilmiştir (15). Kritik hastaların transferini inceleyen bir çalışmada ise transfer sırasında en az iki kişiden birinin yoğun bakım hemşiresi olması gerektiği belirtilmiştir (21). Literatürde kurum içi hasta transferlerinin hekim olmadan yapılmasının istenmeyen olay ve komplikasyon gelişimi açısından fark oluşturmadığını ayrıca transfer sürecinde gelişen istenmeyen olayların hemşireler tarafından tespit edilebileceğini belirten çalışmalar da mevcuttur (36, 93). Araştırmanın sürdürüldüğü klinikte hasta transferi sırasında hekimin primer olarak hastaya eşlik etmesi beklenmekte, hemşire transfer sürecinde hastanın mahremiyetinin sağlanarak kaygı durumunun en aza indirilmesi, güvenli ortam ve çevrenin sağlanması amacıyla etkin rol almaktadır. Araştırmanın sürdürüldüğü

klirikte YBÜ'den transfer edilen hastaların özelliikli ve stresi yüksek cerrahi geçirmiş olmaları nedeniyle her transfere hekim eşlik etmesi geleneği mevcutken; YBÜ içerisinde aktif çalışan hemşireler ise alan içi sorumluluk ve görevlerinde aksama olmaması için sadece transfere eşlik edecek kişi sayısında yetersizlik olması halinde katılım göstermektedir. Jodaki ve ark. (2017) yaptığı çalışmada literatürdeki diğer çalışmalarla da uyumlu olduğu, hasta transferine hemşirenin eşlik etmesi durumunda hastaların transfer kaygısının belirgin olarak azaldığı belirtilmiştir (94-96).

Araştırma kapsamında hastaların transfer öncesi, anı ve sonrası yaşam bulguları değerlendirildiğinde; hastaların transfer öncesinde ve anında kan basıncı, nabız ve satürasyon değerlerinin arttığı ve transfer sonrasında ise azaldığı görüldü. Kardiyoloji YBÜ'ye hasta kabulünde liyezón hemşiresinin hastanın anksiyetesi ve yaşam bulguları üzerine etkisini değerlendiren randomize kontrollü bir çalışmada kontrol grubu ve deney grubu arasında sistolik kan basınçları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Aynı çalışmada deney grubu hastalarının anksiyetesinin kontrol grubuna göre anlamlı derecede azaldığı belirtilmiştir (97). Yapılan yine benzer bir çalışmada liyezón hemşiresinin sistolik kan basınçları üzerinde etkisinin olduğu saptanmıştır (98). Terzi ve ark. (2017) "Yoğun Bakım Ünitesinde Planlı Kabul Protokolü Uygulaması" çalışmasında deney ve kontrol grubu hastalarda kan basıncı, nabız, ateş ve oksijen saturasyonu parametreleri açasından anlamlı farkın olmadığı belirtilmiştir (99). Bu araştırmada transfer anında (transfer öncesine göre) diyastolik kan basıncının ve nabız sayısının yükseldiği, transfer sonrasında sistolik kan basıncının düştüğu saptandı. Kaygı hissinin kişinin karakter özelliklerine bağlı olarak hipertansiyón/hipotansiyón, taşikardi/bradikardi, taşıpne gibi yaşam bulgularını etkileyecek cevaplara neden olabileceği bilinmektedir (41, 42, 49).

Araştırma kapsamında hastaların transfer öncesi, anı ve sonrası kaygı düzeyleri değerlendirildiğinde; hastaların transfer öncesi durumluk kaygı düzeylerinin orta seviyede olduğu, transfer anında kaygı düzeylerinin arttığı ve sonrasında azaldığı belirlendi. Literatürde transfer kaygısının, transferden önce veya sonra olabileceği gibi transfer öncesi başlayıp, sonrasına kadar sürebileceği de ifade edilmektedir (100).

Hastaların transfer kaygısının bilgilendirme yapılması ve eğitim verilmesi sonucunda azaldığı bilinmektedir. Kalp damar cerrahisi YBÜ'den kliniğe taşınmada planlı eğitimin hastaların transfer kaygısını azalttığı belirlenmiştir (76). Literatürde önerildiği şekilde bu araştırmada da transfer öncesi tüm hastalar bilgilendirilmiştir. Bilgilendirme yapmanın da hastaların transfer öncesi kaygılarını azaltabileceği düşünülebilir.

Hastaların transfer kaygısının; transfer sırasında yoğun bakımın dışında bulunma nedeniyle donanımlı tıbbi cihazlardan uzakta bulunma, ameliyat sonrasında alışık oldukları ortamdaki farklı bir ortama geçecek olma, güvensizlik hissi, bakımının nasıl yapılacağına dair belirsizliğin olması durumları nedeniyle arttığı çalışmalarda belirtilmiştir (8, 24, 94). Transfer sonrası dönemde ise hastaların içinde buldukları ortama alışma, ailesi ile birlikte olma, iyileşme süreci içinde olduğunu fark etmesi nedenleriyle kaygısının azaldığı bilinmektedir (8, 76, 98). Bu araştırma sonuçları literatür ile uyumlu olarak kaygı düzeylerinin transfer sonrası azaldığı saptanmıştır.

Araştırma kapsamında hastaların transfer kaygısını etkileyen demografik özelliklerin cinsiyet ve meslek olduğu belirlenmiştir. Araştırmada kadın hastaların transfer öncesi ve transfer sonrası durumluk kaygı düzeyinin erkek hastalara göre daha yüksek olduğu saptandı. Literatürdeki çalışmaların önemli bir kısmında kadınlarda transfer kaygısının erkeklerden daha yüksek olduğu belirtilmiştir (19, 20, 22, 74, 83, 92). Literatürde kadınların erkeklere göre daha erken yaşlarda fiziksel ve psikolojik yönden gelişim gösterdikleri, daha katılımcı, sözlü becerilerinin erkeklere göre gelişmiş olduğu ve dünyayı kişisel, estetik ve ahlaki yönleriyle algıladıkları, kadın beyninin empati yeteneği olarak daha üstün olduğu ve bunun sonucu olarak algı ve farkındalıklarının yüksek olduğu belirtilmektedir (101, 102). Bu araştırmada literatürdeki çalışma sonuçları ile benzer sonuçlar elde edilmiştir. Kadınların kaygı ile baş etme yönteminde duygusal yönlerini daha ön planda kullanması nedeniyle kaygı düzeylerinin daha yüksek olabileceği düşünülmektedir.

Araştırma kapsamında çalışmayan (ev hanımı, öğrenci ve işsiz) hastaların transfer kaygısının aktif olarak bir işte çalışan ve emekli hasta grubundan daha

yüksek olduğu belirlendi. Literatürde hastanın çalışma durumu ile kaygı düzeyi arasında ilişki olmadığını belirten çalışmalar mevcuttur (22, 103, 104). Ancak; Yel ve ark. (2009) yaptığı çalışmada bireyin gelir durumu azaldıkça kaygı düzeyinin arttığı belirtilmiştir (105). Araştırma sonuçlarında aktif olarak çalışan bireylerin gün içindeki hareketliliğinin yüksek olması ve çalışmanın verdiği zindeliğe bağlı olarak durumluk kaygılarının çalışmayan bireylere göre daha düşük, çalışmayan bireylerin sosyal etkileşimlerinin az olması ve ekonomik güçlükleri olabileceğinden kaygılarının daha yüksek olduğu düşünüldü.

Araştırmada hastaların yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, kronik hastalık varlığı, yatış tanısı ve cerrahi tipinin transfer kaygısını etkilemediği belirlendi. Benzer şekilde Özer'in (2004) yaptığı çalışmada yaş, cinsiyet, eğitim durumu, YBÜ'de kalış süresi ile transfer kaygısı arasında ilişki saptanmamıştır (76). Jodaki ve ark. (2017) kalp ve damar cerrahisi YBÜ'den yatan hasta servisine transferi inceleyen çalışmada cinsiyet, gelir seviyesi, eğitim durumunun kaygı düzeyi ile anlamlı ilişkisinin olmadığı gösterilmiştir (94). Yoğun bakım hastasının transfer kaygısını inceleyen bir çalışmada da yaş, cinsiyet medeni durum ve daha önceden YBÜ yatış tecrübesi olmasının kaygıyı etkilemediği, eğitim durumunun ise arttıkça kaygının arttığı belirtilmiştir (83). Literatürdeki çeşitli çalışmalarda daha önce deneyimlediği anestezi ve ameliyat deneyiminin, yapılacak ameliyat çeşidinin, ameliyatın küçük veya büyük olmasının hastanın kaygısını etkilediği ifade edilmektedir (64, 106). Williams ve ark. (2008) çalışmasında ise daha önce hastalık nedeniyle hastaneden yatmış olmak kişinin kaygısını azaltıcı etki gösterildiği belirtilmiştir (107). Jodaki ve ark. (2017) yaptığı çalışmada daha önceden kalp ameliyatı geçirmesi nedeniyle hastanede kalma deneyiminin kaygı düzeyi ile anlamlı ilişkisinin olmadığı gösterilmiştir (94). Araştırma sonuçları literatür sonuçları ile karşılaştırıldığında benzer ve farklı sonuçların olduğu görülmektedir. Bu durumun her çalışmanın örneklem özelliklerinin farklı olması, çalışmaların yapıldığı kurum özellikleri, çalışma tasarımları ve örneklem büyüklükleri arasındaki farklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırma kapsamında hastaların transfer kaygısını etkileyen transfer özellikleri arasında; transfer zamanı ve transfer amacı olduğu belirlenmiştir. Gece transferi yapılan hastaların transfer kaygısının daha yüksek olduğu saptandı. Benzer şekilde yapılan çalışmalarda akşam ve gece saatlerinde yapılan transferlerin gündüz transferlerine göre hastalarda kaygıyı daha çok artırdığı belirtilmiştir (54, 92). Bu durumun gündüzleri YBÜ içerisinde aktif çalışan kişi sayısının ve hareketliliğin geceye göre daha fazla olması, ortam aydınlatmasının doğal ışık ile olması gibi etkenlerin hastada sakinlik ve güven duygusunu pekiştirmesi nedeniyle olabileceği düşünülmektedir.

Transfer amacına göre değerlendirildiğinde; radyolojik tetkik amaçlı transferi yapılan hastaların transfer kaygısının daha yüksek olduğu saptandı. Literatürde hastaların yatan hasta servisine transferi iyileşme sürecinin bir parçası, sevdiklerine daha yakın olacak olma, yoğun bakımın gürültülü ve izole ortamından çıkacak olma şeklinde yorumlayarak kaygı düzeylerinin azaldığına dair sonuçlar belirtilmiştir (19, 24, 76, 83). Araştırmada radyolojik tetkike giden hastalarda transfer kaygısının daha yüksek olması; yapılacak tetkik sonucunda hastanın geçirmiş olduğu cerrahinin sonucuna dair fikir edinileceği ve buna bağlı olarak tedavisinin belirleneceği yönündeki kaygısının neden olduğu düşünüldü. Transfer kaygısı radyolojik görüntüleme özelliğine göre incelendiğinde ise MRG tetkiki yapılan hastaların kaygı düzeyinin daha yüksek olduğu belirlendi. Literatürde MRG'ye giden hastalarda kaygının daha yüksek olmasının teknik olarak MRG çekimi sürecinin daha gürültülü, uzun süreli kapalı alan içerisinde kalmayı gerektirmesi nedeniyle olduğu belirtilmiştir (108, 109).

Araştırmada aktif olarak bir işte çalışmama durumu ve sürekli kaygının hastaların transfer öncesi durumluk kaygısının artmasına etki eden bağımsız faktörler olarak belirlenirken transfer öncesi durumluk ve sürekli kaygının hastaların transfer sonrası durumluk kaygısının artmasına etki eden bağımsız faktörler olduğu saptandı. Sürekli kaygısı genellikle kişisel bir özellik olarak tanımlanmaktadır (44). Sürekli kaygısı bireyin yaşam biçimi ve kişilik özelliklerinden doğrudan etkilenmektedir. Durumluk ve sürekli kaygısının birbirleriyle süregelen bir etkileşim halinde olduğu

literatürde belirtilmiştir. Sürekli kaygı seviyesinin artmış olduğu durumlarda durumluk kaygı seviyesinin de arttığı bilinmektedir (44, 81, 110). Literatür ile uyumlu olarak araştırmada hastalarda transfer öncesi durumluk kaygı düzeyinin hastanın sürekli kaygı seviyesinden etkilendiği ve bunun sonucunun da transfer sonrasındaki durumluk kaygı düzeyine yansıdığı görülmüştür.



6 SONUÇ

Yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastanın, hastane içi transferi bakım sürecinin önemli basamaklarından birisidir. Araştırma kapsamında hastaların çoğunluğunun gündüz saatlerinde ve YBÜ'den yatan hasta servisine, sedye ile, hekim ve yardımcı sağlık personeli eşliğinde transferinin yapıldığı belirlendi. Hastaların transfer öncesi kaygı düzeylerinin orta düzeyde olduğu, transfer sonrasında ise hafif düzeye düştüğü belirlendi. Hastaların transfer öncesi bakılan kan basıncı, nabız, solunum sayısı ve oksijen saturasyonundan oluşan yaşam bulgularında artış olduğu ve transfer sonrası bu bulguların düştüğü saptandı. Hastalarda transfer kaygısını etkileyen faktörlerin ise cinsiyet, çalışma durumu, transfer zamanı ve transfer amacının olduğu belirlendi.

Araştırma sonuçları doğrultusunda; hastalara transfer sürecinde uygulanacak işlemler, kullanılacak tıbbi cihazlar ve bulunduğu ortama yönelik yapılandırılmış eğitim planlanması, hasta ve hasta yakınlarında transfere yönelik oluşabilecek kaygının gözlemlenmesi, kurum içerisinde güvenli transferin sağlanması ve transfer kaygısının önlenmesi konularını kapsayan hizmet içi eğitimlerin planlanması önerilmektedir. Transfer kaygısı açısından risk grubunda bulunan hastaların öncesinde tespit edilip kaygının azaltılmasına yönelik bilgilendirmenin yanında non-farmakolojik hemşirelik girişimlerinin de uygulanabileceği düşünülebilir.

Gelecek araştırmalarda çalışma tasarımında örneklem sayısının artırılması, farklı hasta grupları (pediyatrik, çocuk hastalar vb.) ve farklı birimleri içeren (cerrahi YBÜ, ameliyathaneler, cerrahi servisler, acil üniteleri vb.), hasta yakınlarının da dahil edildiği, transfer sürecinin bütüncül etkilerinin değerlendirildiği, objektif kaygı değerlendirme ölçümlerinin yanında sübjektif nitel görüşlerinde değerlendirildiği çalışmaların planlanması önerilmektedir.

7 KAYNAKLAR

1. Acıpayamlı O, Örnek SV, Koçak S, Göçen E. Halkbilim terimleri sözlüğü. Ankara: Türk Dil Kurumu Yayınları; 1978. 158 p.
2. Llenore E, Ogle KR. Nurse-patient communication in the intensive care unit: a review of the literature. *Australian Critical Care*. 1999;12(4):142-5.
3. Yardakçı R, Yapılan ANAÖD. Hasta Ziyaretlerinin Hastanın Anksiyete Düzeyine Etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2004;1:7-14.
4. Erdil F, Elbaş N. Ameliyatta hasta bakımı. *Cerrahi hastalıklar hemşireliği* 2001:115-23.
5. Güneş S, Özkan S. Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Transferi. *Cerrahi Ameliyathane Sterilizasyon Enfeksiyon Kontrol Hemşireliği Dergisi*. 2020;1(3):54-69.
6. Hatipoğlu S. Cerrahi Yoğun Bakım Hemşireliği İlkeleri. *Gülhane Tıp Dergisi (GTD) Gulhane Medical Journal (GMJ)*. 2002:475.
7. Sekmen ID, Ünsar S. Yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastaların deneyimlerinin belirlenmesi. *Turk J Cardiovasc Nurs*. 2018;9(20):113-9.
8. Tel H, Tel H. The effect of individualized education on the transfer anxiety of patients with myocardial infarction and their families. *Heart & lung*. 2006;35(2):101-7.
9. Ayoğlu T. Ameliyat öncesi ve sırası bilgi vermenin hasta ailelerinin anksiyete düzeylerine ve kan basıncı değerlerine etkisi: Yüksek Lisans Tezi İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul; 2003.
10. Kaya H, Acaroğlu R, Şendir M, Gültaş S. Nöroşirürji Hastalarında İyimser Yaşam Eğiliminin Ameliyat Öncesi Anksiyete ile Başetme Durumuna Etkisi. *Florence Nightingale Journal of Nursing*.15(59):75-81.
11. Erdil F, Elbaş N. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Kitabı. Aydoğdu Ofset, Ankara. 2008.
12. Köstekli S, Çelik S, Karahan E. Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Ameliyathaneye Hasta Transferi Konusundaki Kanıtı Dayalı Bilgi Düzeyleri. 5. 2021.
13. Babayiğit M, Tural ZB, Dereli N, Güleç H, Babayiğit MA, Horasanlı E. Yoğun Bakıma Hasta transferinde Doğru Bilgilendiriliyor muyuz? *Journal of the Turkish Society of Intensive Care*. 2016;14(2).
14. Söylemez N. Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hastane İçi Kritik Hasta Nakilleri ile İlgili Bilgi ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi 2020.
15. Fındık ÜY, Yeşilyurt, D. S., Işıklı, A. G. Kurum İçi ve Kurumlar Arası Kritik Hasta Transferinde Hemşirelik Bakımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2019;23(2):123-30.
16. Palaz İ. Yoğun bakım ünitesinden transfer olan hastaların yoğun bakım deneyimlerinin, anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2020.

17. Özçetin YS, Uzar Hiçdurmaz D. İhmal Edilen Bir Gerçek: Duyusal Problemlerin Yoğun Bakım Hastalarına Etkileri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2015;2(2):75-81.
18. Coyle MA. Transfer anxiety: preparing to leave intensive care. Intensive and Critical Care Nursing. 2001;17(3):138-43.
19. Leith BA. Transfer anxiety in critical care patients and their family members. Critical Care Nurse. 1998;18(4):24.
20. Hosseinzadeh F, Ghaderi S, Poortaghi S, Negarandeh R. The effect of participating in support groups on relocation stress syndrome in residents of a nursing home: A single-blind randomized clinical trial. Nursing Practice Today. 2022;9(2):X-X.
21. Uysal H. Transfer of Critical Patient. Turkish Journal of Cardiovascular Nursing. 2010;1(1):8-12.
22. Zakerimoghadam M, Ghyasvandian S, Asayesh H, Jodaki K. Prevalence of anxiety in the process of transferring patients from cardiac surgery intensive care unit to the general ward. Journal of Critical Care Nursing. 2016;9(3):0-.
23. Çetinkaya F, Karabulut N. Batın Ameliyatı Olacak Yetişkin Hastalara Ameliyat Öncesi Verilen Eğitimin Kaygı Ve Ağrı Düzeyine Etkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2010;13(2):20-6.
24. Gustad LT, Chaboyer W, Wallis M. ICU patient's transfer anxiety: a prospective cohort study. Australian Critical Care. 2008;21(4):181-9.
25. Kulshrestha A, Singh J. Inter-hospital and intra-hospital patient transfer: Recent concepts. Indian J Anaesth. 2016;60(7):451-7.
26. Dunn MJG, Gwinnutt, C.L., Gray, A.J. Critical care in the emergency department: patient transfer. Emergency medicine journal. 2007;24(1):40-4.
27. Warren J, Fromm Jr RE, Orr RA, Rotello LC, Horst HM, Medicine ACoCC. Guidelines for the inter-and intrahospital transport of critically ill patients. Critical care medicine. 2004;32(1):256-62.
28. Kanan N. Kritik durumdaki hastanın transferi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 1998;2(1):40-4.
29. Guidelines for transport of critically ill patients Australasian College for Emergency Medicine, Australian and New Zealand College of Anaesthetists, College of Intensive Care Medicine of Australia and New Zealand 2015 [Available from: <https://www.anzca.edu.au/getattachment/bd5938d2-d3ab-4546-a6b0-014b11b99b2f/PS52-Guideline-for-transport-of-critically-ill-patients>].
30. Kutur A. 112 Emergency medical service in the metropolis. Journal of Istanbul Faculty of Medicine. 2014;77(3):37-44.
31. Uhrenfeldt L, Aagaard H, Hall EO, Fegran L, Ludvigsen MS, Meyer G. A qualitative meta-synthesis of patients' experiences of intra- and inter- hospital transitions. Journal of advanced nursing. 2013;69(8):1678-90.

32. Mueller S, Zheng J, Orav EJ, Schnipper JL. Inter-Hospital Transfer And Patient Outcomes: A Retrospective Cohort Study. *BMJ quality & safety*. 2019;28(11):e1-e.
33. Almeida ACGd, Neves ALD, Souza CLBd, Garcia JH, Lopes JdL, Barros ALBLd. Transporte Intrahospitalario De Pacientes Adultos En Estado Crítico: Complicaciones Relacionadas Al Equipo, Equipamientos Factores Fisiológicos. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2012;25(3):471-6.
34. Jia L, Wang H, Gao Y, Liu H, Yu K. High Incidence Of Adverse Events During Intra-Hospital Transport Of Critically Ill Patients And New Related Risk Factors: A Prospective, Multicenter Study In China. *Critical Care*. 2016;20(1):1-13.
35. Gimenez FMP, Camargo WHBd, Gomes ACB, Nihei TS, Andrade MWM, Valverde MLdA, et al. Analysis of adverse events during intrahospital transportation of critically ill patients. *Critical care research and practice*. 2017;2017.
36. Beckmann U, Gillies DM, Berenholtz SM, Wu AW, Pronovost P. Incidents relating to the intra-hospital transfer of critically ill patients. *Intensive care medicine*. 2004;30(8):1579-85.
37. Brunsveld-Reinders AH, Arbous MS, Kuiper SG, de Jonge E. A comprehensive method to develop a checklist to increase safety of intra-hospital transport of critically ill patients. *Critical Care*. 2015;19(1):1-10.
38. Day D. Keeping patients safe during intrahospital transport. *Critical care nurse*. 2010;30(4):18-32.
39. Canbaz S, Aker S, Pekşen Y. Tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin kaygı düzeyi ve etkileyen faktörler. *Genel Tıp Dergisi*. 2007;17(1):15-9.
40. Kırılı S. Anksiyete bozukluklarının oluşumu ve farmakolojik tedavisi: *Psikiyatri ve Sanat Yayınevi*; 2000.
41. Manav F. *Kaygı Kavramı*. 2011.
42. Eroğlu H. Durumluluk-süreklilik kaygı düzeyi ile algılanan stres, kontrol düzeyi ve stresle başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*. 2006.
43. Jenkins DA, Rogers H. Transfer anxiety in patients with myocardial infarction. *British Journal of Nursing*. 1995;4(21):1248-52.
44. Öner N, LeCompte WA. Durumluluk-süreklilik kaygı envanteri: el kitabı: *Boğaziçi Üniversitesi Eğitim Fakültesi*; 1998.
45. Öz F. Benlik kavramı. *Sağlık Alanında Temel Kavramlar Kitabı, İmaj İç ve Dış Ticaret AŞ, Ankara*. 2004:83-94.
46. Gedik A. Nöroşirurji hastalarında ameliyat öncesi ve sonrası kaygı düzeyinin belirlenmesi: *Sağlık Bilimleri Enstitüsü*; 2015.
47. Uğur Nayir N. Açık Kalp Ameliyatında Preoperatif Anksiyete ile Postoperatif Komplikasyonlar Arasındaki İlişki [Yüksek Lisans Tezi]: *Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü*; 2012.

48. S. A. Tiroidektomi Ameliyatı Öncesi Hemsirenin Bilgilendirici Rolünün Hastaların Ameliyat Sonrası Anksiyete Düzeylerine Etkisi: Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2007.
49. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014.
50. Tolbert G. Families in crisis. *Nursing Management*. 2001;32:28-33.
51. Arslan S, Ozer N, Ozyurt F. Effect of music on preoperative anxiety in men undergoing urogenital surgery. *Australian Journal of Advanced Nursing, The*. 2008;26(2):46-54.
52. Koçak Y. İlk kez anne-baba olacaklara antenatal dönemde verilen eğitimin kaygı düzeylerine etkisi. Ebelik Programı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İzmir, Türkiye. 2007.
53. Bat Tonkuş M. Yoğun bakım ünitesinden servise transfer edilecek olan hastalarda ve hastaların yakınlarında transfer anksiyetesinin incelenmesi: İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2016.
54. McKinney AA, Melby V. Relocation stress in critical care: a review of the literature. *Journal of clinical nursing*. 2002;11(2):149-57.
55. Whittaker J, Ball C. Discharge from intensive care: a view from the ward. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2000;16(3):135-43.
56. Leith BA. Patients' and family members' perceptions of transfer from intensive care. *Heart & Lung*. 1999;28(3):210-8.
57. Fanling NDH. Effectiveness of a needs-based education programme for families with a critically ill relative in an intensive care unit. 2004.
58. Saarmann L. Transfer Out Of Critical Care: Freedom Or Fear? *Critical Care Nursing Quarterly*. 1993;16(1):78-85.
59. Schactman M. Transfer Stress In Patients After Myocardial Infarction. *Focus on critical care*. 1987;14(2):34-7.
60. Cutler L, Garner, M. Reducing relocation stress after discharge from the intensive therapy unit. *Intensive and Critical Care Nursing*. 1995;11(6):333-5.
61. Cimilli C. Cerrahide anksiyete. *Klinik psikiyatri*. 2001;4(3):182-6.
62. Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N. Cerrahi hemsireliği 2012.
63. Ovayolu N, Bahar A. Hemşirelik ve kalite. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2006;9(1):104-10.
64. Kayahan M, Sertbaş G. Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete-depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2007;8:113-20.
65. Klopfenstein CE, Forster A, Van Gessel E. Anesthetic assessment in an outpatient consultation clinic reduces preoperative anxiety. *Canadian Journal of Anesthesia*. 2000;47(6):511-5.
66. Kuğu N, Berkan Ö, Akyüz G, Dogan O. Ameliyat Olan Ve Olmayan Kronik Periferik Vasküler Hastalığı Olan Olgularda Anksiyete Ve Depresyon Düzeyleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2001;2(4):213.

67. Şekerci S, Akpek E, Göktuğ A, Çetinsoy BC, Karabıyık L, Erdemli Ö, et al. Hasta ve yakınları ile toplumun farklı kesimlerinin anestezi ve uygulamaları konusundaki bilgi ve davranışları. *Anestezi Dergisi*. 2001;9(1):48-51.
68. Gökten Ayan G. Anestezi Polikliniğine Başvuran Hastaların Anestezi Ve Anestezi Uzmanı İle İlgili Bilgi Ve Görüşleri. 2012.
69. Spalding NJ. Reducing anxiety by pre-operative education: Make the future familiar. *Occupational therapy international*. 2003;10(4):278-93.
70. Karabulut N, Arıkan D, editors. The Effect of Different Training Programs Applied Prior to Surgical Operation on Anxiety Levels. *Yeni Symposium*; 2009.
71. Özorak Ö. Preoperatif Basınç Ağrı Eşiği, Stait Anxiety Inventory (Durumluluk Kaygı Ölçeği) Ve Stres Hormonu (Kortizolün) Postoperatif Analjezi İhtiyacı İle Korelasyonu. 2010.
72. Pritchard MJ. Using targeted information to meet the needs of surgical patients. *Nursing standard*. 2011;25(51).
73. Jawaid M, Mushtaq A, Mukhtar S, Khan Z. Preoperative anxiety before elective surgery. *Neurosciences Journal*. 2007;12(2):145-8.
74. Brodsky-Israeli M, DeKeyser Ganz F. Risk factors associated with transfer anxiety among patients transferring from the intensive care unit to the ward. *Journal of advanced nursing*. 2011;67(3):510-8.
75. Ançel G. Hemşirelik Bakım Planları (Dahiliye - Cerrahi Hemşireliği ve Psikososyal Boyut) Kitabı. Akbayrak N, İlhan SE, Albayrak A, editors. Ankara: Birlik Matbaası; 2007.
76. Özer N. Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesinden Kliniğe Taşınmada Planlı Eğitimin Hastaların Taşınma Kaygısı Üzerine Etkisi *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*.6(1):28-41.
77. Medland JJ, Ferrans CE. Effectiveness of a structured communication program for family members of patients in an ICU. *American Journal of Critical Care*. 1998;7(1):24.
78. Hupcey JE. Feeling safe: the psychosocial needs of ICU patients. *Journal of nursing scholarship*. 2000;32(4):361-7.
79. Akyolcu N, Öztekin D, Kanan N, Öztekin İ, Aksoy T. Cerrahi yoğun bakım ünitesinden taburcu olma hazırlığı içindeki hastada transfer stresine eşlik eden faktörlerin incelenmesi. *Hemşirelik Bülteni*. 1998;10:83-100.
80. Rukholm E, Bailey P, Coutu-Wakulczyk G, Bailey WB. Needs and anxiety levels in relatives of intensive care unit patients. *Journal of Advanced Nursing*. 1991;16(8):920-8.
81. Öner N. Türkiye’de kullanılan psikolojik testlerden örnekler. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları. 2006.
82. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler. Hekimler Yayın Birliği, Ankara. 2000;5.
83. Göz F, Sel A. Kardiyoloji Yoğun Bakım Ünitesinden Kardiyoloji Kliniğine Transfer Edilecek Olan Hastalarda Transfer Anksiyetesi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2009;2(6):1-5.

84. Perks A, Chakravarti S, Manninen P. Preoperative anxiety in neurosurgical patients. *Journal of neurosurgical anesthesiology*. 2009;21(2):127-30.
85. Acharya SP, Bhattarai B, Bhattarai A, Pradhan S, Sharma MR. Profile of neurosurgical patients in a tertiary level intensive care unit in Nepal. *Journal of Nepal Health Research Council*. 2018;16(3):336-9.
86. Yeşilyaprak T, Özbayır T. Beyin Tümörü Olan Hastalarda Semptom Yönetimine İlişkin Güncel Yaklaşımlar. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*.25(3):169-76.
87. Buckner JC, Brown PD, O'Neill BP, Meyer FB, Wetmore CJ, Uhm JH, editors. *Central nervous system tumors*. Mayo Clinic Proceedings; 2007: Elsevier.
88. Karadakovan A, Özbayır T. Sinir sisteminin dejeneratif ve onkolojik hastalıkları. *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. 2010;1:1214-44.
89. Kurucu NM, Sevda E, Olcay E, Aslan A, Karabekir HS. Beyin Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013;2(2):79-84.
90. Akyol E, İbrahimoglu Ö. Nöroşirürji yoğun bakım ünitesinde sağlık hizmeti ilişkili infeksiyonlar ve etkileyen faktörleri. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*.8(3):215-20.
91. Uğraş GA, Yüksel S, YILMAZ SG, Şirin K, Turan Y, Eroğlu S. Nöroşirürji Yoğun Bakım Ünitesinde Ateş Kontrolünde Uygulanan Hemşirelik Girişimleri. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019(2):271-6.
92. McCairn AJ, Jones C. Does time of transfer from critical care to the general wards affect anxiety? A pragmatic prospective cohort study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2014;30(4):219-25.
93. Ignatyeva Y, Nguyen AP, Schmidt U, Barak R, Agarwal R, Davidson JE. Transport of critically ill cardiovascular patients. *Critical care nursing quarterly*. 2018;41(4):413-25.
94. Jodaki K, Ghyasvandian S, Abbasi M, Kazemnejad A, Zakerimoghadam M. Effect of liaison nurse service on transfer anxiety of patients transferred from the cardiac surgery Intensive Care Unit to the general ward. *Nurs Midwifery Stud*. 2017;6(1):e33478.
95. Williams TA, Leslie G, Finn J, Brearley L, Asthifa M, Hay B, et al. Clinical effectiveness of a critical care nursing outreach service in facilitating discharge from the intensive care unit. *American Journal of Critical Care*. 2010;19(5):e63-e72.
96. Abrishamkar S, Khalighinejad N, Moein P. Analysing the effect of early acetazolamide administration on patients with a high risk of permanent cerebrospinal fluid leakage. *Acta Medica Iranica*. 2013:467-71.
97. Noroozi M, Khosravi S, Hekmatpoo D. The effect of liaison nurse on patient anxiety and vital signs during cardiac care unit admission: a randomized clinical trial. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*. 2019;14(3):271-6.
98. Zakerimoghadam M, Ghiasvandian S, Jodaki K, Khavasi M. The effect of liaison nurse on vital signs of patients in the process of transition from cardiac surgery intensive care unit to general ward. 2014.

99. Terzi B, Kaya N. A planned admission protocol application in intensive care units. *Nursing in Critical Care*. 2017;22(6):362-71.
100. Ralph SS, Taylor CM. *Nursing diagnosis reference manual*: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
101. Başaran İE. *Eğitimin psikolojik temelleri eğitim psikolojisi*. Ankara: Feryal Matbaası. 2000.
102. Komisyonu A. *Eğitim Çıktılarında Cinsiyet Farklılıkları: Avrupa'da Alınan Tedbirler ve Mevcut Durum*. İşitsel-Görsel Medya ve Kültür Yürütme Ajansı. 2010.
103. Yıldız D. *Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde hastaların kaygı düzeylerinin belirlenmesi*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi) Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, KKTC. 2011.
104. Çam R, Şahin B. Yoğun Bakım Ünitelerinde Yatan Hastaların Deneyimleri ve Anksiyete-Depresyon Durumları. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*.1(1):10-4.
105. Yel P, Ünsar S. Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastaların Yaşam Kalitesi ve Kaygı Düzeyleri. *Turk J Cardiovasc Nurs*. 2020;11(24):7-15.
106. Mitchell M. Anxiety management: a distinct nursing role in day surgery. *Ambulatory surgery*. 2000;8(3):119-27.
107. Williams AM, Dawson S, Kristjanson LJ. Exploring the relationship between personal control and the hospital environment. *Journal of clinical nursing*. 2008;17(12):1601-9.
108. De L. Horne DJ, Vatmanidis P, Careri A. Preparing patients for invasive medical and surgical procedures 1: Adding behavioral and cognitive interventions. *Behavioral Medicine*. 1994;20(1):5-13.
109. Katz RC, Wilson L, Frazer N. Anxiety and its determinants in patients undergoing magnetic resonance imaging. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 1994;25(2):131-4.
110. Sidar A, Dedeli Ö, İşkesen Aİ. Açık kalp cerrahisi öncesi ve sonrası hastaların kaygı ve ağrı distressi: Ağrı düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi. *Yoğun Bakım Dergisi*. 2013;4:1-8.

8 EKLER

EK 1. Hasta Tanıtım ve İzlem Formu

...../...../.....

A. Demografik Veriler

1. Hasta Protokol Numarası: 2. Yaş:.....
3. Cinsiyet: Kadın Erkek
4. Medeni Durum: Evli Bekar
5. Mesleğiniz: Memur İşçi Ev Hanımı
 Serbest Meslek Emekli Özel Sektör
6. Eğitim Durumu: Okur-yazar değil İlkokul mezunu Lise mezunu
 Okur-yazar Üniversite Lisans üstü
7. Kronik Hastalıkları: Yok Var
8. Var ise..... Kardiyovasküler sistem hastalığı Hipertansiyon
 Solunum sistemi hastalığı Böbrek Hastalıkları
 Karaciğer hastalıkları Diğer

B. Ameliyata İlişkin Veriler

9. Daha Önce hastaneye yatma deneyimi: Yok Var
10. Şu anki hastane yatış tanısı:.....
11. Şu anki Geçirilen/geçirilecek Cerrahi Girişim Adı:.....
 Endovasküler Girişim Kranial Cerrahi Spinal Cerrahi Diğer.....

C. Hasta Transfer Formu

1. Transfere Gidiş Saati:
- Transferden Geliş Saati:
2. Transfere Eşlik Eden Kişi:
 Hemşire Hekim Yard. Sağlık Personeli Hasta Yakını
3. Tıbbi Ekipman:
 Foley Katater Oksijen maskesi Dren
 IV Katater Lomber Drena Eksternal Ventriküler Drenaj
 Nazal Kanül Nazogastrik Sonda Diğer:.....
4. Transfer Amacı:
 Radyolojik Görüntüleme Yatan Hasta Servisine Transfer
 Ameliyathaneye Transfer Diğer:.....
5. Yapılacak Görüntüleme İşlemi:
 BT MR Ultrasonografi Diğer:.....
6. Hasta Transfer Şekli:
 Ambulans Sedye Yatak Tekerlekli Sandalye Diğer:.....
7. Yaşam Bulguları:

İzlem Parametresi	Transfer Öncesi	Transfer Anında	Transfer Sonrası
Kan basıncı			
Nabız			
Spo2			
Solunum Sayısı			

EK 2. Durumluk/Sürekli Kaygı Ölçeği

A) Durumluk Kaygı Ölçeği

	YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.	<i>Hiç</i>	<i>Biraz</i>	<i>Çok</i>	<i>Tamamıyla</i>
1	<i>Şu anda sakinim</i>	(1)	(2)	(3)	(4)
2	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Şu anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20	Şu anda keyfim yerinde	(1)	(2)	(3)	(4)

EK 2. Durumluk/Sürekli Kaygı Ölçeği (devam)

B) Sürekli Kaygı Ölçeği

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

EK 3. Sayısal Kaygı Değerlendirme Aracı

Aşağıdaki ölçekte 1-10 arasında kaygı durumunuzu ifade etmek için rakamlar mevcuttur. "1" kaygı düzeyi en düşüğü ifade ediyorken, "10" en yüksek kaygı düzeyini ifade eder. Mevcut andaki kaygı düzeyinize göre puanlamanızı yapınız.

1----- 2----- 3----- 4----- 5----- 6-----7----- 8----- 9----- 10

Hiç Kaygım yok

*Dayanılmayacak
kadar kaygılıyım*



EK 4. Etik Kurul Kararı



EK 4. Etik Kurul Kararı (devam)



EK 5. Aydınlatılmış Onam Formu



9 ÖZGEÇMİŞ



