

Yoğun Bakımda Görülen Emosyonel Problemler ve Fizyoterapi

Emotional Problems in Intensive Care and Physiotherapy

¹İrem HÜZMELİ, ²Yusuf Ziya ARSLAN, ²Ayşenur GÖKTAŞ, ²Fatma YAVAŞ

Özet: Yoğun bakım üniteleri (YBÜ) ciddi rahatsızlığı olan, travma veya cerrahi sonrası durumu kritik olan hastalara sürekli bakım veren mekanik yönden donanımlı ve özelleşmiş birimlerdir. Her yıl birçok birey yoğun bakım ünitelerine kabul edilmekte ve bu süreçte birçok fiziksel, psikososyal, mental stresörle karşılaşabilmektedir. Deliryum, anksiyete, depresyon, uyku problemleri, ağrı ve spiritüel distres bu stresörlerin etkileri sonucu görülebilecek emosyonel problemlerdendir. YBÜ’de emosyonel problemlerin yönetiminde psikoterapi yöntemlerinin yanında iyi olma hali üzerine etkili olan çeşitli fizyoterapi ve rehabilitasyon yöntemleri uygulanabilmektedir. Bu derlemede amaç yoğun bakım sürecinde görülen emosyonel problemleri tanımlamak ve bu emosyonel problemler için uygulanan fizyoterapi ve rehabilitasyon yöntemleri ve değerlendirmelerini derlemektir.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, Depresyon, Rehabilitasyon, Spiritüel Distres Yoğun Bakım Ünitesi

Abstract: This research was carried out to determine the perceived stress and stress coping behaviors of nursing students. The population of the descriptive and cross-sectional research consisted of nursing students attending 2nd, 3rd and 4th year education between 15 December 2018- 15 January 2019 in a fondition university Faculty of Health Sciences Nursing Department; The study was completed with 141 (79,7%) students because the students were asked to reach the whole universe without being selected, but with permission / report and students who do not want to participate in the study. Research data, Descriptive Data Collection Form, Perceived Stress Scale for Nursing Students (PSSNS) and the Scale of Coping Behaviours Nursing Students (SCBSNS) were obtained with. In the evaluation of the data, number-percentage calculations, and spearman correlation analysis were used. 73.8% of the students identified themselves as calm / relaxed in general. 66% of students in clinical practice has found itself partially sufficientand 89.4% love the profession. The students, perceived stress scale for nursing students mean score of was 63.51±20.81 and stress coping behaviors scale for nursing students mean score was 39.68±7.89. There was no relationship between the mean score of the perceived stress scale for nursing students with stress coping behaviors scale for nursing students ($p>0,05$). Before clinical practice, it is recommended that students be trained to improve their stress coping behaviors.

Keywords: Anxiety, Depression, Rehabilitation, Spiritual Distress, Intensive Care Unit

¹ Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Hatay, Türkiye

² Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Hatay, Türkiye

GİRİŞ

Yoğun Bakımda Emosyonel Problemler

Yoğun bakım üniteleri ciddi rahatsızlığı olan, travma veya cerrahi sonrası durumu kritik olan hastalara sürekli bakım veren mekanik yünden donanımlı ve özelleşmiş birimlerdir. Epidemiyolojik veriler incelendiğinde her yıl milyonlarca insanın yoğun bakım ünitelerine kabul edildiği görülmektedir. Bu hastaların çoğu; mortalite, morbidite ve uzun süreli immobilizasyona bağlı gelişebilen birçok komplikasyonla karşılaşabilmektedir (Gatty ve ark., 2020). Sürekli bakım sağlanan bu birimlerde hastalar; çevresel, fiziksel ve psikososyal yünden birçok stresöre maruz kalmaktadırlar. Tıbbi tanı, prognoz, yaş, cinsiyet, mental durum ve hastanın sosyokültürel durumu bu stresörlere yönelik tedavi yanıtını etkilemektedir. Çevresel stres faktörleri sürekli ışık ve gürültüye maruz kalma, odanın çok sıcak veya soğuk olması, konforsuz yataklar, hoşagitmeyen sesler ve kokular, mahremiyet eksikliğidir. Oral/nazal tüpler, açlık ve susuzluk, ağrı, ventilatör kullanımı, dispne varlığı fiziksel stresörlerdendir. Fizyolojik stres faktörlerinin bazıları ise hareket kısıtlılığı, sık muayene, iletişim güçlüğü ve aile özlemidir. Genel olarak bu stres faktörleri yoğun bakım ünitelerinde gelişen emosyonel problemlere katkıda bulunmaktadır. Yoğun bakım ünitesi (YBÜ) n'de sık görülen emosyonel problemler deliryum, ağrı, anksiyete, uyku problemleri, depresyon, ve spiritüel distress gibi stresörlerdir (Dedeli ve Durmaz, 2008).

Deliryum, YBÜ hastalarının %80'ini etkileyen en yaygın akut beyin işlev bozukluğudur (Luetz ve ark., 2019). Bilinç bozukluğu olarak da tanımlanır. Akut ve tersine çevrilebilir bir durumdur. Ani başlangıç (saatler veya günler), algı ve biliş bozukluğunun eşlik ettiği dalgalı bir seyirle karakterizedir. Deliryum özellikle yaşlı hastalarda demanstan ayırt edilmelidir. Demans deliryumdan çok daha uzun bir sürenin (aylar, yıllar) sonunda gerçekleşen bilişsel eksiklik, bozulmuş hafıza ve entelektüel yeteneklerin durumudur. YBÜ deliryumunun hiperaktif, hipoaktif ve mikst olmak

üzere 3 alt tipi vardır ve semptomlar tiplere göre değişkenlik gösterir. Hiperaktif deliryum; kaygı, ajitasyon ve eksternal cihazları (yüz maskesi, damar yolu, drenler ve kateterler) çıkarma girişimiyle karakterizedir. Hipoaktif deliryumda somnolans, geri çekilme ve uyarılara karşı cevapta azalma görülür. Mikst tipte ise hiperaktif ve hipoaktif semptomlar dalgalı bir şekilde seyreder. Epidemiyolojik çalışmalara göre postoperatif deliryum insidansı yaklaşık %45-50'dir; en yüksek insidans oranı mekanik ventilasyon uygulanan yoğun bakım hastalarındadır ve bu oran %80'in üzerine çıkar. Deliryumun en yaygın alt tipleri hipoaktif (%44) ve mikst (%54) tiptir. Hiperaktif tip (%1,6) oldukça nadir görülür (Kotfis ve ark., 2018). YBÜ deliryumu, artan mortalitenin bir göstergesidir; uzun süreli hastanede yatış, mekanik ventilasyon, artan tedavi maliyetleri ve ayrıca yeniden entübe edilme ve hastanın uzun süreli bir sağlık kuruluşuna nakledilme risklerinin artmasına sebep olur. Deliryum altı aylık mortalitede 3,2 kat artış ve hastanede kalış süresinin iki kat uzaması ile ilişkilidir. Ek olarak, deliryum, bir yıllık gözlemden sonra mekanik ventilasyon uygulanan hastaların %70'inde uzun süreli bilişsel bozulma ile bağlantılı bulunmuştur (Salluh ve ark., 2010).

Literatür raporları deliryum için 25'ten fazla risk faktörü tanımlamaktadır. Belirlenen risk faktörleri deliryum gelişimine zemin hazırlayan ve hızlandıran faktörler olarak ikiye ayrılabilir. İleri yaş, yaşlılığa bağlı kırılabilirlik ve ciddi bir sistemik hastalık (özellikle solunum sistemi) riski önemli ölçüde artırır. Benzer şekilde bilişsel bozulma ve hafıza eksiklikleri ile birlikte akut durumlar da deliryum için bir risk faktörüdür. Ameliyat sonrası yetersiz ağrı yönetimi, sinir iletimini bozarak deliryuma neden olabilmektedir. Yaşlı bireylerde deliryum gelişimi ile ilişkilendirilebilecek ilaçlar arasında antikolinergik ajanlar, benzodiazepinler, steroidler ve uzun etkili opioidler yer alır. Sedasyon derinliği de deliryum gelişimi için önemlidir. Hafif sedasyona kıyasla derin sedasyon deliryum için önemli bir risk faktörüdür (Hayhurst ve ark., 2016). YBÜ deliryum vakalarının çoğu teşhis edilmeden

kalır. Bu patolojinin teşhisi için altın standart, DSM-5 kriterleridir. İyi eğitilmiş sağlık personeli bile deliryum vakalarının üçte birinden daha azını teşhis edebilmektedir. Bu nedenle, mevcut yönergeler ve öneriler, erken teşhis için geçerliliği onaylanmış ölçeklerin kullanılmasını tavsiye eder (American Psychiatric Association, 2013).

Anksiyete, kişinin değer sistemine veya belirli olmayan bir tehdide karşı otonom sinir sisteminin aktive olması sonucu görülen huzursuzluk ve endişe durumudur. Bireylerde, çabuk uyarılma, öfke ve şiddet eğilimi, bakım verenlerden kaçınma veya bağımlı olma gibi davranışlar gözlemlenebilir. Kişinin içinde bulunduğu sosyokültürel durum, ilaç yan etkileri, kişilik özellikleri, psikiyatrik hikayesi ve geçmiş yoğun bakım deneyimleri anksiyetenin şiddetini belirleyen etkenlerdir (Dedeli ve durmaz, 2008).

Depresyon bir duygu durum bozukluğu olarak tanımlanır ve ruh halini, duygulanımı, kişiliği ve hemen hemen tüm etkinliklerde ilgi veya zevk kaybını değiştiren hem psikolojik hem de somatik belirtileri içerir. Önemli işlevsel bozulmaya neden olur ve intihar riskini ve eşlik eden fiziksel sağlık sorunları riskini artırır (Shdaifat ve Al Qadire, 2022).

YBÜ'ye kabul edilen hastalarda stres, korku, kafa karışıklığı, anksiyete ve depresyon gibi psikolojik belirtiler de sık görülmektedir. Yoğun bakım sürecinde anksiyete belirtilerinin yaygınlığı %12 ile %47 arasında değişmektedir ve depresyon belirtilerinin yaygınlığının %28 olduğu tahmin edilmektedir. YBÜ'de kalmak hastaları ağrı, tüp takılması (örneğin göğüs ve nazogastrik tüpler) ve fiziksel bozukluk gibi birçok stres etkenine maruz bırakır. Makinelerin ve monitörlerin gürültüsü, kardiyopulmoner resüsitasyon ekibini aramak, ölüme tanık olmak ve sağlık hizmeti sağlayıcıları ile iletişim eksikliği gibi ek stres kaynaklarının yanısıra; yaş, cinsiyet, mekanik ventilasyon süresi, YBÜ'de kalış, kişilik özellikleri ve eğitim durumu gibi faktörler de yoğun bakım sonrası depresyon ile ilişkilendirilmiştir (Shdaifat ve Al Qadire, 2022). Davydow ve ark. (2008) yapmış olduğu sistematik bir incelemede YBÜ'ye yatıştan sonraki bir yıllık

izlemede, çözülmemiş depresif belirtilerle hastaneye yeniden yatışlarda ve acil servis ziyaretlerinde artış olduğu görülmüştür. Ayrıca YBÜ'ye kabul edilen kritik hastaların %40'ının anksiyeteden muzdarip olduğu ve bunların %30'unun kabulden bir yıl sonra hala depresyona sahip olduğu ve bunun yaşam kalitesi ile negatif ilişkili olduğu da gösterilmiştir (Yousefzadeh-Chabok ve ark., 2018).

Ciddi hastalıklar, hastalar ve aileleri için önemli derecede üzücü birer deneyimdir. Kötüleştiren sağlık, ister iyileşme umuduyla bir hastanenin akut bakım ortamında, isterse yaşamın sonu yaklaşırken palyatif bakım ortamında yatan hasta bakımı gerektirebilir. Yoğun bakıma kabul edilen hastalarda problemler çok yönlüdür; sağlığın fiziksel, duygusal, sosyal ve ruhsal alanlarını etkilerler. Spiritüel distres; bireyin kendisi, başkaları, dünya ya da daha üstün bir varlıkla bağlantı kurma yoluyla yaşamın anlamını deneyimleme yeteneğinin bozulması olarak tanımlanmıştır. Fonksiyon kaybı, terminal hastalık, ağrı, travma, yaralanma, ilaç tedavileri, yoğun bakım kısıtlamaları ve mahremiyetin olmamasına bağlı spiritüel distres gelişebilir (Roze des Ordons ve ark., 2018). Depresyonla hastaneye yatırılan yaşlı yetişkinlerle ilgili bir araştırma, bazı hastalar için hastaneye yatmanın daha az rahatlık ve daha fazla spiritüel distres ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Yatarak tedavi gören hastalar, manevi desteği yani spiritüel ihtiyacı önemli ancak karşılanamayan bir ihtiyaç olarak tanımlamışlardır (Piderman ve ark., 2011).

Yoğun bakımda yatan hastaların aile ve arkadaşlarıyla birlikte olmaması değerlerini, inançlarını olumsuz etkiler ve hastaların yalnızlık hissetmesine neden olur. Yoğun bakımda yatan hastalar için yaşam kalitesinin düşmesi ve bu durumun spiritüel distres oluşturması nedeniyle bir ihtiyaç olarak moral desteği ihtiyacını artırmaktadır. Bu nedenle yoğun bakım ünitelerinde spiritüel ihtiyaçların tüm fiziksel ve psikolojik ihtiyaçlarla birlikte karşılanması gerekir ve spiritüel bakım bütüncül bakımın bir parçasıdır. Spiritüel bakım, yoğun bakım hastalarında hayata yeniden anlam verme yeteneğini artırır. Ayrıca

spiritüel bakım bu hastalarda herhangi bir kriz veya ölümcül hastalık varlığında oluşabilecek sorunların üstesinden gelmesine yardımcı olur (Çınar ve Aslan., 2017).

Uyku, "periyodik ve geri dönüşümlü, gerekli ve onarıcı fizyolojik bir durum" olarak tanımlanır. Vücut ısısı kontrolü, hormonal sekresyon (kortizol), bronşların ve arterlerin düz kaslarının tonusu gibi kanıtlanmış sirkadiyen değişkenliğe sahip fizyolojik süreçlerin düzenlenmesinde rol oynar, dolayısıyla kalp atış hızını etkiler ve koroner perfüzyon ve bağışıklık sistemi üzerinde etkisi vardır (Navarro García ve ark., 2017). Uyku, Non-REM ve REM uykusu olmak üzere 2 evreden oluşur. Non-REM uykusu da kendi içinde üç evreden oluşur. Evre 1 Non-REM uyku, kısa süreli geçiş evresi olup uykunun %5'lik bölümünü oluşturur. Evre 2; motor belleğin, hareket ve davranışla öğrenilen bilgilerin belleğe aktarıldığı evredir ve uykunun %45-55'ini oluşturur. Derin uykunun başladığı Evre 3'te ise vücut kendini dinlendirir ve yenilenir. İyi bir dinlenme için uykunun %20-25'ini Evre 3'ün oluşturması gerekir. Non-REM evresi 90-110 dakika sonra yerini hızlı göz hareketlerinin olduğu uykunun %20-25'lik dönemini kapsayan REM evresine bırakmaktadır. Bu evrede bireyin EEG dalgalarında oluşan görünüm serebral korteksin ileri düzeyde aktif olmasına bağlı olarak uyanıklıkla benzerlik göstermektedir (Zengin, 2015). Yoğun bakım ünitesinde hastaların uykusuna etki eden birçok faktör vardır. Gürültülü ortam, ışıklar, konforsuz yataklar, ventilatör kullanımı, ağrı ve sık muayene edilme gibi etkenler hastalarda uyku kalitesini etkileyip uyku yoksunluğuna sebep olabilmektedir. Bu hastalar, sık uyanma ve uyku bölünmesi yaşama eğilimindedir. Ayrıca bu hastalarda, Non-REM Evre 1 süresi uzamakta, REM ve Non-REM Evre 3 süresi kısalmaktadır (Beltrami ve ark., 2015). Yapılan çalışmalar incelendiğinde yoğun bakım ünitesinde hastalarda uyku yoksunluğu insidansının %37 ile %70 arasında değiştiği görülmektedir (Koçak ve Arslan, 2020).

Uyku bozukluğu, plazmada katekolamin düzeylerinin artmasıyla sonuçlanan bir durum olan

ajitasyona yol açabilir. Uyku yoksunluğu ayrıca deliryuma ve travma sonrası stres bozukluğuna, yoksunluk belirtilerine, nörobilişsel işlev bozukluğuna, depresyona ve sürekli uyku bozukluğuna neden olur (Tembo ve Parker, 2009). Ancak, uyku yoksunluğunun aslında deliryumun nedeni olmadığı, uyku yoksunluğuna neden olanın deliryum olduğu iddia edilmektedir. Çoğu zaman, ajite ve deliryumu olan hastalarda, yüksek dozlarda sedatif uygulanır (Figueroa-Ramos ve ark., 2009). Bu durum uyku yoksunluğunu ayrıca ağrı toleransını azaltabilir ve sempatik sinir merkezlerindeki yorgunluğu artırabilir. Bu senaryo, istemeden, ağrı kontrolü ihtiyacının artmasına ve dolayısıyla yine uyku yoksunluğuna katkıda bulunan daha fazla ilacın kullanılmasına yol açar ve böylece döngü devam eder (Tembo ve Parker, 2009). Lee ve ark. (2007), altı yaşlı bireyle yaptığı araştırmaya dayanarak, uyku yoksunluğunun da kısa süreli hafıza kaybına yol açtığını bulmuşlardır. Ayrıca, uyku yoksunluğu, travma sonrası stres bozukluğuna yol açabilen bilişsel bozulmaya neden olabilmektedir.

Gerçek veya potansiyel bir doku hasarı ile meydana gelen, hoşça gitmeyen emosyonel bir duyum olarak tanımlanan ağrı, yoğun bakım ünitesi hastalarında yaygındır. Cerrahi hastaların yanı sıra tıbbi hastalarda da %50'ye varan bir ağrı insidansı vardır. Dinlenim halindeki pozisyonlamalarda, aktivitelerde, arter kateter yerleşiminde, göğüs tüpünün çıkarılmasında, yara dreninin çıkarılmasında ağrı daha da fazla artabilmektedir. Hastaların %50' den fazlası yoğun bakımda kaldıkları süre boyunca ağrı yaşarlar ve kontrol edilemeyen ağrı oranları çok yüksektir. Hastalar, altta yatan sağlık durumu, kateterler, tüpler, hareketsizlik gibi çeşitli nedenlerden veya bakım sonucunda ağrı yaşarlar. Giderilemeyen ağrı, yetersiz uykuya neden olabilir, temel stres kaynağıdır ve hastalar için yaygın bir travmatik hafızadır. Ağrı, yoğun bakım ünitesinden taburcu olduktan sonra da bir sorun olabilir. Hayatta kalanların büyük bir kısmında yoğun bakım tedavisi sonrasında bilişsel, psikiyatrik ve/veya fiziksel engellilik gelişir. Yoğun Bakım Sonrası

Sendromu (PICS), yoğun bakım ünitesinden taburcu olduktan uzun süre sonra acı çekmesine neden olabilir (Olsen ve ark., 2020). Entübe olan veya olmayan birçok yoğun bakım ünitesi hastasında ağrı yönetimine yönelik farklı stratejiler uygulanabilmektedir. DOLOREA çalışmasında 1144 hastanın ağrı değerlendirmesi davranışsal ağrı ölçekleri ile yapılmıştır (Payen ve ark., 2009). Ağrı yönetiminde analjezikler, morfinikler, nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar, inhale nitröz oksit ve lidokain veya bupivakain gibi lokal anesteziğin subkutan infiltrasyonu dahil olmak üzere sanal gerçeklik uygulamaları, masaj terapi, müzik terapi gibi yöntemler uygulanabilmektedir (Laghlam ve ark., 2021).

Emosyonel Problemlerde Değerlendirme

Yoğun bakımda emosyonel problemleri değerlendirmek için birçok yöntem kullanılmaktadır. Deliryumu değerlendirmek hasta seslere cevap verebildiğinde mümkündür. Bundan dolayı ajitasyon/sedasyon skalaları öncelikle kullanılmalıdır. Tavsiye edilen skalalardan biri Richmond Ajitasyon-Sedasyon Skalası (RASS)'dır. RASS '-4, +5' puan aralığında puanlanır. Bu ölçekteki negatif puanlar koma ya da stupor durumunu pozitif puanlar ise ajitasyon durumunu göstermektedir (Kotfis ve ark., 2018).

Yoğun Bakımda Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği, Mini Mental Durum Değerlendirme (MMDD), Neelon ve Champagne Konfüzyon Skalası (The Neolanand-Champagne, Confusion Scale, NEECHAM) yoğun bakımda deliryumu değerlendirmek için kullanılan ölçeklerden bazılarıdır (Doğu ve Kaya, 2017). Yoğun Bakımda Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği; mekanik ventilasyondaki hastalarda deliryum tanısı koymada psikiyatrist olmayan kişilerin de uygulayabileceği bir ölçektir (Akıncı ve ark., 2005). Mini Mental Durum Değerlendirme Ölçeği oryantasyon (10 puan), kayıt (3 puan), dikkat ve hesaplama (5 puan), hatırlama (3 puan) ve dil (9 puan) alt boyutlarından oluşur. Toplamda 30 puanlık 11 madde içeren bir ölçektir. 24-30 puan kognitif bozukluk yok, 18-23 hafif kognitif

bozukluk ve 0-17 ciddi kognitif bozukluğu ifade eder (Dean ve ark., 2021). Neelon ve Champagne Konfüzyon Skalası Neolon ve ark. (1996) tarafından geliştirildi. Bu skala bilgiyi işleme, davranışla ilgili özellikler ve fizyolojik parametrelerin olduğu 3 boyut ve toplam 9 maddeden oluşur. 3 boyut sırasıyla 0-14, 0-10, ve 0-6 toplam 0-30 arası puanlanır. 0-19 puan orta/ciddi konfüzyon, 20-24 puan orta/erken dönem konfüzyon, 25-26 puan konfüzyon için yüksek riskli ve 27-30 puan normal işlevi ifade etmektedir (Neelon ve ark., 1996).

Yoğun bakımda ağrıyı değerlendirmek için Yüz İfadesi Skalası (Wong Baker Faces Rating Scale), Görsel Analog Skalası (Visual Analogue Scale; VAS), Yüz Bacak Hareket Ağlama Avutabilme Davranışsal Skalası (Face Legs Activity Cry Consolability –FLACC Behavioral Scale), Davranışsal Ağrı Ölçeği gibi skalalar kullanılmaktadır. Yüz İfadesi Skalası lisan ve mental kapasite yetersizlikleri durumunda kullanılan yüz ifadesine göre puanlamanın yapıldığı bir ölçektir. 'Yüz bacak hareket ağlama avutabilme davranışsal skalası' ise çocuklarda ve yetişkinlerde ağrıyı değerlendirmede kullanılır. Bu ölçek yüz, bacak, hareket, ağlama ve avutabilme şeklinde beş maddeyi içerir. 0-10 puan arası skorlanır ve artan puan artmış ağrı seviyesini belirtir (Karayurt ve Akyol, 2008). FLACC skalasının Türk toplumuna uyarlanması Sılay ve Akyol (2018) tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu skala işlem öncesinde (örn. işlemten otuz dakika önce), işlem sırasında (aspirasyon, bakım, ve medikasyon) ve işlem sonrasında uygulanabildiği için değerlendirme zamanlarına göre ağrı ile ilgili bilgi verebilmektedir. Yüz İfadesi Skalasının değerlendirme vakitleri öğleden önce ve öğleden sonradır. Dolayısıyla bu iki ölçüm aracının yoğun bakımlarda anksiyete, ağrı gibi emosyonel durumları kontrol edebilmek, entübasyon toleransını ve hasta bakım hizmetlerinin yeterliliğini arttırmak için tedavi ve bakımlarının planlanıp düzenlenmesinde yol gösterici olarak kullanılması tavsiye edilmektedir (Sılay ve Akyol, 2018). Kendini sözlü olarak ifade edemeyen

çocuklarda ağrı davranışlarını değerlendirmek için 1993 yılında oluşturulan Davranışsal Ağrı Ölçeği'nin erişkin yoğun bakım hastaları için geçerlilik ve güvenilirliği Payen ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Payen ve ark., 2001). Bu ölçek yüz ifadesi, üst ekstremitte hareketi ve ventilasyona uyuma ilişkin toplam 12 maddenin olduğu 3 kısımdan oluşur. Davranışsal ağrı skalasının yo Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik analizi Vatansever ve Aslan (2005) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin en düşük puanı 3, en yüksek puanı ise 12'dir. Puanın artması, ağrı şiddetinin arttığı anlamını taşımaktadır (Badır ve Aslan, 2003). Yukarıda belirtilen ve yoğun bakımlarda sık kullanılan Türk toplumuna uyarlanmış bu anketlerin birbirine göre üstünlüklerini gösteren çalışmalara rastlanmamıştır. Gelecekteki çalışmaların bu anketlerin yoğun bakımdaki tercih üstünlüğünü içermesi önerilir.

Richard-Campbell Uyku Ölçeği (RCSQ) gece uykusu derinliği, uykuya dalma süresi, uyanma sıklığı, uyandığında uyanık kalma süresi, uyku kalitesi ve ortamdaki gürültü seviyesini değerlendiren 6 maddeyi içerir ve 0-100 puan aralığında Görsel Analog Skala ile puanlanır. Artan puan iyi uyku kalitesini belirtir (Richards, 1987). Epworth Uykululuk Skalası; İzci ve ark. (2008) tarafından Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği doğrulanmış subjektif, kısa bir ölçektir. Sekiz soruyu içermekte olup total puan 0-24 arasındadır. Yüksek puan artmış uykululuk halini gösterir. Yoğun bakımda akut myokard enfarktüs sonrası uyku problemlerinin değerlendirilmesinde kullanılmıştır (Ben Ahmed ve ark., 2014).

Yoğun bakım sonrası anksiyete ve depresyonu değerlendirmek için Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (Hospital Anxiety and Depression Scale), Hamilton Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği (Beck Depression Inventory), Hamilton Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği kullanılmaktadır (Rattray ve Hull, 2008). Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği; 7 anksiyete ve 7 depresyon durumunu ölçen toplam 14 maddeyi içerir (Küçükkelçi, 2019). Hamilton Anksiyete Ölçeği; anksiyete seviyesini ve

belirti dağılımını saptamak, şiddet seyrini belirlemek için tasarlanan toplam 14 madde içerir. Her madde 0-4 arası bir değerle skorlanır. 15 üstü ağır anksiyete, 6-14 arası hafif/orta anksiyete varlığını, 0-5 puan anksiyete bulunmadığını gösterir (Yazıcı ve ark., 1998). Beck Depresyon Ölçeği; Beck tarafından 1961 yılında geliştirilmiştir. Duygu, biliş, davranış, bedensel belirtiler ve kişisel belirtileri içeren toplam 21 maddeden oluşur. Artan puan artmış depresyon şiddetini gösterir (Sorias, 1998). Hamilton Depresyon Ölçeği; 17 soruyla hastanın depresyon seviyesini ve şiddet değişimini her soru 0-3 puan arasında puanlanarak değerlendirir. Artan puan artmış depresyon şiddetini belirtir (Akdemir ve ark., 1996). Beck Anksiyete Ölçeği; her maddenin 0-3 puan arası puanlandığı 21 maddeyi içerir. Anksiyete belirtilerinin seviyesini ve şiddetini değerlendirir. Artmış puan artmış anksiyete düzeyini ifade eder (Waisbren ve White, 2010).

Yoğun bakımlardaki spiritüel distres değerlendirmesinde "Spiritual Needs Assessment Scale, Spiritual Care Needs Scale, Nurse Spiritual Care Therapeutics Scale gibi skalalar kullanılabilir (Dedeli ve ark., 2015; Ho ve ark., 2018).

Emosyonel Poblemlerde Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Yöntemleri

Ruh sağlığı sorunlarının yönetiminde biyomedikal tedaviler daha ön planda olduğu için fizyoterapi ve rehabilitasyonun rolü ihmal edilmektedir. Lakin fizyoterapi programları emosyonel problemlerde iyileşmeyi hızlandıracak niteliğe sahiptirler. Örneğin kas kuvvetlendirme egzersizlerinin ve kas gevşetme tekniklerinin anlık kaygı ve psikolojik stresi azaltmaktadır (Vancampfort ve ark., 2018). Ayrıca yoğun sürecinde uygulanan erken mobilizasyonun fiziksel kapasiteyi geliştirdiği, deliryumu azalttığı ve iyileşmeyi hızlandırdığı bildirmiştir (Ramos Dos Santos ve ark., 2017).

İyi uyku kalitesi, sağlık durumu ve zindelik için oldukça faydalıdır. Uyku sorunları, hastaların sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin bozulmasına ve anksiyete, depresyon gibi sağlık sorunlarına yol

açabilir. Gevşeme teknikleri stres ve kaygı düzeylerini, duygudurum bozukluklarını, otonom sinir sistemi işlevini ve vücut rahatsızlığını kontrol ederek uyku bozukluklarını hafifletmenin uygun maliyetli ve kolay yollarından biri olarak kabul edilmiştir. Uyku problemleri için sıklıkla kullanılan gevşeme yöntemleri arasında Benson gevşemesi (BR), ilerleyici kas gevşemesi (PMR), yoga, meditasyon ve masaj terapisi bulunur. Herbert Benson tarafından tanımlanan BR tekniği, kolay öğrenme şekli sebebiyle sık kullanılan gevşeme yöntemlerinden biridir ve tüm kasların tam olarak gevşemesini sağlar. Bu gevşeme yöntemi, ağrı, kaygı, stres, depresyon ve benlik saygısı gibi birçok fiziksel ve psikolojik semptomu etkileyebilen farkındalık tekniklerini de kapsar. PMR; anksiyete, stres ve uyku bozukluğu gibi çeşitli semptomlar için önerilen bir diğer bilişsel ve davranışsal tekniktir. Kasların gevşeyinceye kadar istemli, sistematik ve devamlı olarak esnetilmesini ve gevşemesini içermektedir (Bagheri ve ark., 2021). Parry ve ark. (2014) yaptıkları çalışmada yoğun bakımdaki hastalara yatak kenarında oturma, yatak dışında oturma, ayağa kalkma, yerinde yürüme gibi erken mobilizasyon modalitelerini içeren klasik rehabilitasyon programına ek olarak fonksiyonel elektrik stimülasyonu (FES) ile yatak içi bisiklet programı uygulamışlardır. FES modalitesi, gözle görülür kasılma alınacak akım şiddetinde, 30-50 Hz frekansta ve 300-400 µs geçiş süreleri ile haftada 5 kez günde 20-60 dk uygulanmıştır. Yazılım ile belirlenen normal kas aktivasyon paternlerine dayalı olarak, bisiklet fazı boyunca kaslar belirli aşamalarda uyarılmıştır. Bu uygulama hastalar yoğun bakım ünitesinden taburcu olana kadar devam etmiştir. Deliryumu değerlendirmek için Yoğun Bakım Ünitesi için Bilişsel Değerlendirme Yöntemi (Cognitive Assessment Method for ICU) kullanılmıştır. Elde edilen verilere göre FES uygulaması alan grupta deliryum görülme süresi anlamlı olarak azalmıştır. Deliryum insidansında da kontrol grubuna göre azalma olmuştur (Parry ve ark., 2014).

Yapılan bir çalışmada mekanik ventilasyon alan hastalarda erken fizyoterapi ve iş uğraşı terapisinin

etkinlikleri incelenmiş ve deney grubuna standart tedaviye (biyomedikal) ek olarak her sabah pasif, aktif-asistif ve aktif eklem hareket açıklığı egzersizleri, yatak kenarında oturma, günlük yaşam aktivitelerine katılım ve fonksiyonel görevlerde bağımsızlığı artırmaya yönelik egzersizler, ayağa kalkma, yataktan sandalyeye - sandalyeden yatağa transfer ve yürüme çalışmalarını içeren fizyoterapi ve iş uğraşı terapisi programları uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlar incelendiğinde deney grubundaki hastaların deliryum süreleri kontrol grubundaki hastalara göre iki kat daha kısa bulunmuştur (Schweickert ve ark., 2009).

Sırt masajının, uyku kalitesini ve bağımsızlık fonksiyonunu artırarak iyileşmeyi hızlandırdığı bilinmektedir ancak yoğun bakım ünitelerinde pek kullanılmamaktadır, Wen-Chi ve ark. yaptıkları çalışmada şiddetli kalp yetmezliği ve daha yüksek düzeyde anksiyetesi olan kişilerde, sırt masajının anksiyeteyi önemli ölçüde azalttığını bildirmişlerdir (Hsu ve ark., 2019).

Aromaterapi; ağrı, depresyon, anksiyete, gevşeme, uyku ve stres ile ilgili bozukluklar için kullanılmaktadır. Aromaterapide sıklıkla kullanılan lavanta yağının rahatlatıcı, sakinleştirici etkileri, kas gevşetici özellikleri ile uyku kalitesini etkilemesinin yanı sıra antibakteriyel, antifungal, antidepresif özellikleri olduğu da öne sürülmektedir ve stres ile anksiyeteyi iyileştirici niteliktedir. Bu yağ inhalasyon, oral ve masaj yoluyla uygulanabilmektedir (Karadag ve ark., 2017).

Yapılan başka bir çalışmada ise müzik terapisi, mekanik olarak ventile edilen hastalarda kaygının azalmasıyla ilişkilendirilmiştir (Worsham ve ark., 2021).

Yoğun bakımdaki hastaların rehabilitasyonuna mümkün olduğunca erken başlanmalı ve program şunları içermelidir:

- ✓ Hasta ve hasta yakınlarına hastalık ve yapılacak müdahaleler hakkında bilgi vermek,
- ✓ Fiziksel ve fiziksel olmayan (anksiyete, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu...) morbiditeleri önlemeye yönelik modaliteler,
- ✓ Beslenme desteği,
- ✓ Bireyselleştirilmiş rehabilitasyon programı.

Bireye özgü planlanan rehabilitasyon programı, bireyin fiziksel işlevlerini artırır. Bu program aynı zamanda anksiyete, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu gibi durumlarla başa çıkmada destekleyici bir yaklaşım olarak göze çarpmaktadır (NICE, 2009).

Yoğun bakımda görülen spiritüel distres yönetiminde manevi yönelimli bilişsel davranışçı terapi (Summermatter ve Kaya, 2016), kişiye özgü müzik ve spiritüel terapi (Coro Health, 2021) uygulamalarının önemli bir yeri vardır. Ancak spiritüel distres durumunda maneviyat açısından fizyoterapi müdahalelerinin etkilerini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu konu ile ilgili araştırmalara ihtiyaç duyulduğu aşikardır.

SONUÇ

Sonuç olarak yoğun bakımda yatan hastalarda deliryum, anksiyete, depresyon, spiritüel distress, ağrı uyku bozuklukları gibi birçok emosyonel problem gelişebilmektedir. Bu emosyonel problemler geçerlilik ve güvenilirlikleri yapılan çeşitli anket vb. araçlarla değerlendirilebilmektedir. Değerlendirme sonrası emosyonel problem tanımlanan hastalarda erken mobilizasyon dahil olmak üzere, gevşeme teknikleri, aromaterapi, fonksiyonel elektrik stimülasyonu, yoga, müzik terapi, masaj terapisi, kuvvetlendirme ve bisikletle yapılan çeşitli aerobik eğitimler uygulanabilmektedir. Yoğun bakımda emosyonel problemlerinin görülme sıklığı dikkate alındığında bu problemlerin yönetiminde interdisipliner tedavi yaklaşımlarının etkisi dikkati çekmektedir. Bu yaklaşımlardan olan fizyoterapi ve rehabilitasyon tekniklerinin yoğun bakım hastalarının emosyonel problemlerinin etkilerinin azaltılmadaki etkisi vurgulansa daha çok araştırmaya ihtiyaç olduğu görülmektedir. Fizyoterapi ve rehabilitasyon tekniklerinin emosyonel durum yönetim programlarına eklenmesi önerilir.

Çıkar Çatışması

Tüm yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmektedir.

Maddi destek

Çalışma için herhangi bir maddi destek alınmamıştır.

Yazarlık katkısı

İH, çalışmanın dizaynı, şekillendirilmesi, veri tabanlarının taranması ve düzenlenmesinde; YZA, çalışmanın yazılması ve düzenlenmesinde; AG, veri tabanlarının taranması; FY, veri tabanlarının taranmasında katkıda bulunmuştur.

KAYNAKLAR

- Akdemir, A., Örsel, D. S., Dağ, İ., Türkçapar, M. H., İşcan, N., & Özbay, H. (1996). Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliliği-güvenirliliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 4(4), 251-259.
- Akıncı, S. B., Rezaki, M., Özdemir Rezaki, H. A. T. İ. C. E., Çelikcan, A., Kanbak, M., Yorgancı, K., & Aypar, Ü. (2005). Yoğun bakım ünitesinde konfüzyon değerlendirme ölçeğinin geçerlik güvenilirlik çalışması. *Türk Anestezi ve Reanimasyon Dergisi*, 33(4), 333-341.
- Edition, F. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Am Psychiatric Assoc*, 21(21), 591-643.
- Badır, A., & Aslan, F. E. (2003). Yoğun bakım ünitelerinde çok konuşulan az sorgulanan bir sorun: ağrı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 7(1), 100-108.
- Bagheri, H., Moradi-Mohammadi, F., Khosravi, A., Ameri, M., Khajeh, M., Chan, S. W. C., ... & Mardani, A. (2021). Effect of Benson and progressive muscle relaxation techniques on sleep quality after coronary artery bypass graft: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 63, 102784.
- Beltrami, F. G., Nguyen, X. L., Pichereau, C., Maury, E., Fleury, B., & Fagondes, S. (2015). Sleep in the intensive care unit. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 41, 539-546.
- Ben Ahmed, H., Boussaid, H., Hamdi, I., Longo, S., Baccar, H., & Boujnah, M. R. (2014). Intérêt du score d'Epworth à la phase aiguë d'infarctus du myocarde [Diagnostic accuracy of Epworth sleepiness scale in the acute phase of myocardial infarction]. *Revue de pneumologie clinique*, 70(3), 142-147.
- CoroHealth. (2021). Clinical Benefits of Therapeutic Music & Spiritual Support in Healthcare A Medwriters Report. https://corohealth.com/corohealth-media/wp-content/uploads/2021/03/Coro-Health_Clinical-Benefits_Music_Spirituality_03.08.21.pdf (Accessed: 14.01.2023)
- Çınar, F., Aslan, F.E. (2017). Spiritualism And Nursing: The Importance Of Spiritual Care In Intensive Care Patients, 3(1),37-42.
- Davydow, D. S., Desai, S. V., Needham, D. M., & Bienvenu, O. J. (2008). Psychiatric morbidity in survivors of the acute respiratory distress syndrome: a systematic review. *Psychosomatic medicine*, 70(4), 512-519.
- Dean, E. A., Biehl, M., Bash, K., Weleff, J., & Pozuelo, L. (2021). Neuropsychiatric assessment and management of the ICU survivor. *Cleveland Clinic journal of medicine*, 88(12), 669-679.
- Dedeli, O., Yildiz, E., & Yuksel, S. (2015). Assessing the spiritual needs and practices of oncology patients in Turkey. *Holistic nursing practice*, 29(2), 103-113.
- Dedeli, Ö. & Durmaz Akyol, A. (2008). Yoğun Bakım Hastalarında Psikososyal Sorunlar . *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* , 12 (1) , 26-32 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ybhd/issue/26483/278737>
- Doğu, Ö., & Kaya, H. (2017). Yoğun Bakımda Deliryum ve Hemşirelik Bakımı. *Journal of Human Rhythm*, 3(2), 80-84.
- Figueroa-Ramos, M.I., Arroyo-Novoa, C.M., Lee, K.A. et al. (2009). Sleep and delirium in ICU patients: a review of mechanisms and manifestations. *Intensive Care Med* 35, 781-795. <https://doi.org/10.1007/s00134-009-1397-4>
- Gatty, A., Samuel, S. R., Alaparthi, G. K., Prabhu, D., Upadya, M., Krishnan, S., & Amaravadi, S. K. (2020). Effectiveness of structured early mobilization protocol on mobility status of patients in medical intensive care unit. *Physiotherapy theory and practice*, 1-13. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/09593985.2020.1840683>
- Hayhurst, C. J., Pandharipande, P. P., & Hughes, C. G. (2016). Intensive care unit delirium: a review of diagnosis, prevention, and treatment. *Anesthesiology*, 125(6), 1229-1241.
- Ho, J. Q., Nguyen, C. D., Lopes, R., Ezeji-Okoye, S. C., & Kuschner, W. G. (2018). Spiritual Care in the Intensive Care Unit: A Narrative Review. *Journal of intensive care medicine*, 33(5), 279-287.
- Hsu, W. C., Guo, S. E., & Chang, C. H. (2019). Back massage intervention for improving health and sleep quality among intensive care unit patients. *Nursing in Critical Care*, 24(5), 313-319.
- Izci, B., Ardic, S., Firat, H., Sahin, A., Altınors, M., & Karacan, I. (2008). Reliability and validity studies of the Turkish version of the Epworth Sleepiness Scale. *Sleep and Breathing*, 12(2), 161-168.
- Karadag, E., Samancioglu, S., Ozden, D., & Bakir, E. (2017). Effects of aromatherapy on sleep quality and anxiety of patients. *Nursing in critical care*, 22(2), 105-112.
- Karayurt, Ö., & Akyol, Ö. (2008). Yoğun Bakım Hastalarında Ağrı Değerlendirmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(4), 96-104.
- Koçak, A. T., & Arslan, S. (2020). Yoğun Bakımda Uyku Yoksunluğuna Bir Çözüm: Uyku Bandı ve Kulaklık. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(2), 298-303.
- Kotfis, K., Marra, A., & Ely, E. W. (2018). ICU delirium - a diagnostic and therapeutic challenge in the intensive care unit. *Anaesthesiology intensive therapy*, 50(2), 160-167. <https://doi.org/10.5603/AIT.a2018.0011>
- Küçükkelçi, D. T. (2019). Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği (HADS) üzerine bir çalışma. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*, 3(5), 85-91.
- Laghlam, D., Naudin, C., Coroyer, L. et al. Virtual reality vs. Kalinox® for management of pain in intensive care unit after

- cardiac surgery: a randomized study. *Ann. Intensive Care* 11, 74 (2021).
- Lee, C. Y., Low, L. P., & Twinn, S. (2007). Older men's experiences of sleep in the hospital. *Journal of clinical nursing*, 16(2), 336–343.
- Luetz, A., Grunow, J. J., Mörgeli, R., Rosenthal, M., Weber-Carstens, S., Weiss, B., & Spies, C. (2019). Innovative ICU Solutions to Prevent and Reduce Delirium and Post-Intensive Care Unit Syndrome. *Seminars in respiratory and critical care medicine*, 40(5), 673–686. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1698404>
- Navarro-García, M. Á., de Carlos Alegre, V., Martínez-Oroz, A., Irigoyen-Aristorena, M. I., Elizondo-Sotro, A., Indurain-Fernández, S., ... & García-Ganuza, R. (2017). Quality of sleep in patients undergoing cardiac surgery during the postoperative period in intensive care. *Enfermería Intensiva* (English ed.), 28(3), 114-124.
- Neelon, V. J., Champagne, M. T., Carlson, J. R., & Funk, S. G. (1996). The NEECHAM Confusion Scale: construction, validation, and clinical testing. *Nursing research*, 45(6), 324-330.
- Olsen, B. F., Valeberg, B. T., Jacobsen, M., Småstuen, M. C., Puntillo, K., & Rustøen, T. (2020). Pain in intensive care unit patients-A longitudinal study. *Nursing open*, 8(1), 224–231.
- Parry, S. M., Berney, S., Warrillow, S., El-Ansary, D., Bryant, A. L., Hart, N., ... & Denehy, L. (2014). Functional electrical stimulation with cycling in the critically ill: a pilot case-matched control study. *Journal of critical care*, 29(4), 695-e1.
- Payen, J. F., Bru, O., Bosson, J. L., Lagrasta, A., Novel, E., Deschaux, I., ... & Jacquot, C. (2001). Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Critical care medicine*, 29(12), 2258-2263.
- Payen, J. F., Bosson, J. L., Chanques, G., Mantz, J., Labarere, J., & DOLOREA Investigators (2009). Pain assessment is associated with decreased duration of mechanical ventilation in the intensive care unit: a post Hoc analysis of the DOLOREA study. *Anesthesiology*, 111(6), 1308–1316.
- Piderman, K. M., Lapid, M. I., Stevens, S. R., Ryan, S. M., Somers, K. J., Kronberg, M. T., ... & Rummans, T. A. (2011). Spiritual well-being and spiritual practices in elderly depressed psychiatric inpatients. *Journal of Pastoral Care & Counseling*, 65(1), 1-11.
- Ramos Dos Santos, P. M., Aquaroni Ricci, N., Aparecida Bordignon Suster, É., de Moraes Paisani, D., & Dias Chiavegato, L. (2017). Effects of early mobilisation in patients after cardiac surgery: a systematic review. *Physiotherapy*, 103(1), 1–12.
- Rattray, J. E., & Hull, A. M. (2008). Emotional outcome after intensive care: literature review. *Journal of advanced nursing*, 64(1), 2-13.
- Rehabilitation After Critical Illness. (2009). National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).
- Richards, K. (1987). Techniques for measurement of sleep in critical care. *Focus on critical care*, 14(4), 34-40.
- Roze des Ordon, A. L., Sinuff, T., Stelfox, H. T., Kondejewski, J., & Sinclair, S. (2018). Spiritual Distress Within Inpatient Settings-A Scoping Review of Patients' and Families' Experiences. *Journal of pain and symptom management*, 56(1), 122–145. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.03.009>
- Salluh, J. I., Soares, M., Teles, J. M., Ceraso, D., Raimondi, N., Nava, V. S., ... & Rocha, M. G. (2010). Delirium epidemiology in critical care (DECCA): an international study. *Critical Care*, 14(6), 1-7.
- Schweickert, W. D., Pohlman, M. C., Pohlman, A. S., Nigos, C., Pawlik, A. J., Esbrook, C. L., ... & Kress, J. P. (2009). Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 373(9678), 1874-1882.
- Shdaifat, S. A., & Al Qadire, M. (2022). Anxiety and depression among patients admitted to intensive care. *Nursing in critical care*, 27(1), 106–112.
- Sılay, F. & Akyol, A. (2018). Yoğun bakım ünitelerinde sedasyon-ajitasyon ve ağrı değerlendirmesinde kullanılan iki ölçüm aracının türkçe'ye uyarlanması: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 22 (2), 50-65
- Sorias, O. (1998). Psikiyatrik derecelendirme ölçekleri. Güleç, C. Köroğlu, E. (editörler). *Psikiyatri Temel Kitabı*. Hekimler Yayın Birliği, Ankara1,81-93.
- Summermatter, A., & Kaya, Ç. (2017). An overview of spiritually oriented cognitive behavioral therapy. *Spiritual Psychology and Counseling*, 2, 31–53.
- Tembo, A. C., & Parker, V. (2009). Factors that impact on sleep in intensive care patients. *Intensive & critical care nursing*, 25(6), 314–322.
- Vancampfort, D., Stubbs, B., Probst, M., & Mugisha, J. (2018). Physiotherapy for people with mental health problems in Sub-Saharan African countries: a systematic review. *Archives of physiotherapy*, 8(1), 1-8.
- Vatansever, H.E., Eti, Aslan, F. Yoğun bakım hastalarında ağrının sedasyon düzeyine etkisi. In: Badır A, editor. *Yoğun Bakım Hem- şireleri Derneği 11.Ulusal Kongre Kitabı*; 2005
- Waisbren, S., & White, D. A. (2010). Screening for cognitive and social–emotional problems in individuals with PKU: tools for use in the metabolic clinic. *Molecular genetics and metabolism*, 99, S96-S99.
- Worsham, C. M., Banzett, R. B., & Schwartzstein, R. M. (2021). Dyspnea, acute respiratory failure, psychological trauma, and post-ICU mental health: a caution and a call for research. *Chest*, 159(2), 749-756.
- Yazıcı, M. K., Demir, B., Tanrıverdi, N., Karaağaoğlu, E., & Yolaç, P. (1998). Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği,

değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi, 9(2), 114-117.

Yousefzadeh-Chabok, S., Khodadadi-Hassankiadeh, N., Saberi, A., Ghanbari Khanghah, A., Zarrabi, H., Yeganeh, M. R., ... & Dehnadi Moghadam, A. (2018). Anxiety, depression, and their related factors in patients admitted to intensive care units. Caspian Journal of Neurological Sciences, 4(4), 159-168.

Zengin, N. (2015). Yoğun Bakım Ünitesinde Yaşlı Hastalarda Uyku Sorunları ve Çözüm Önerileri . Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi , 19 (2) , 80-87 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ybhd/issue/26493/278801>