



TÜRKİYE CUMHURİYETİ

BEZMİÂLEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI

**ÇOCUK YOĞUN BAKIMDAKİ REFAKATÇİ
ANNELERİN KAYGI, DEPRESYON VE YAŞAM
KALİTESİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Fzt. Burcu ÇABUK

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Programı

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Alis KOSTANOĞLU

İSTANBUL 2017



REPUBLIC OF TURKEY

BEZMIALEM VAKIF UNIVERSITY

INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

DEPARTMENT OF PHYSIOTHERAPY AND REHABILITATION

**ANALYSING ANXIETY, DEPRESSION AND QUALITY OF LIFE AT
ATTENDANT MOTHERS IN PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT**

Pt. Burcu ÇABUK

MASTER THESIS

Program of Physiotherapy and Rehabilitation

SUPERVISOR

Assist. Prof. Alis KOSTANOĞLU PT, PhD

ISTANBUL 2017

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI

**ÇOCUK YOĞUN BAKIMDAKİ REFAKATÇİ ANNELERİN KAYGI, DEPRESYON
VE YAŞAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Fzt. Burcu ÇABUK

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Programı

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Alis KOSTANOĞLU

İstanbul, Ocak 2017

Tez Onay Formu

Kurum : Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Programın seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Fizyoterapi ve Rehabilitasyon
Tez Sahibi : Burcu Çabuk
Tez Başlığı : Çocuk Yoğun Bakımdaki Refakatçi Annelerin Kaygı, Depresyon ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi

İmza

Jüri Bşk. (Danışman) Yrd. Doç. Dr Alis KOSTANOĞLU
Bezmialem Vakıf Üniversitesi

Üye Prof. Dr. Hülya Nilgün GÜRSES
Bezmialem Vakıf Üniversitesi

Üye Doç.Dr. Rengin DEMİR
İstanbul Üniversitesi

Bu tez, Bezmialem Vakıf Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıda belirtilen jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Semra ÖZÇELİK

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Thesis Approval Form

Institute : Bezmialem Vakif University, Institute of Health Sciences
Level of Programme : Master (X) Doctorate ()
Department : Physiotherapy and Rehabilitation
Student : Burcu ÇABUK
Title of the Thesis : Analysing anxiety, depression and quality of life at attendant mothers in pediatric intensive care unit

Signature

President of the Jury Ass.Prof. Alis KOSTANOĞLU
Bezmialem Vakif University

Member: Prof. Hülya Nilgün GÜRSES
Bezmialem Vakif University

Member : Ass.Prof. Rengin DEMİR
İstanbul University

This thesis was approved by the jury stated above in accordance with the related rules of the Postgraduate Education and Training Guide of Bezmialem Vakif University, and approved by Administrative Board with the decision dated -----/-----/----- and numbered -----/-----.

Prof. Dr. Semra ÖZÇELİK

Director of Health Sciences Institute

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

İmza

İsim ve soy isim

Tarih

TEŞEKKÜR

Tez dönemim süresince desteğini esirgemeyen, üzerimde çok emeği olan, her zaman beni cesaretlendiren tez danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Alis KOSTANOĞLU' na,

Yüksek lisans hayatım boyunca engin tecrübelerini paylaşan, akademik hayatıma ışık tutan ve bana bu fırsatı sunan Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölüm Başkanı Sayın Prof. Dr. Hülya Nilgün GÜRSES' e

Vakaların toplanması ve değerlendirilmesi ile ilgili her konuda bana yardımcı olan, Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi Sorumlusu Sayın Prof. Dr. Nurettin Onur KUTLU ve Sorumlu Hemşiresi Sayın Asiye KARA' ya,

Katkılarından dolayı Sayın Doç. Dr. Semiramis ÖZYILMAZ ve Sayın Yrd. Doç. Dr. Zeynep HOŞBAY' a,

İstatistik bilgi ve deneyimini benimle paylaşıp yardımlarını benden esirgemeyen Sayın Öğr. Gör. Melih ZEREN' e

Her fırsatta bana destek olan, yol gösteren başta Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon A.B.D. başkanı Sayın Prof. Dr. Teoman AYDIN' a, Sayın Uzm. Dr. Aysel Gürcan ATCI' ya, bana bir aile olan, sevgisini ve desteğini esirgemeyen değerli meslektaşlarım Sayın Fzt. Murat GÖK, Sayın Fzt. Mehtap GÜNEL, Sayın Fzt. Esra GÜZELEROL, Sayın Fzt. Cihat SEYREK, Sayın Fzt. Burak AKYÜREK, Sayın Fzt. Talha KILIÇ' a

Son olarak da öğrenciliğimden beri desteğini ve sevgisini esirgemeyen sevgili aileme en içten şekilde teşekkür ederim.

ÖZET

Bu çalışma, Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Yoğun Bakım'da ve Çocuk Servisi'nde yatmakta çocukların refakatçi annelerinin kaygı, depresyon ve yaşam kalitesi düzeylerini belirleyerek etki eden faktörleri incelemek için planlandı. Her iki grupta 20 anne değerlendirilmeye alındı; toplam 40 kişi araştırmaya dahil edildi. Refakatçi annelere Beck Depresyon Envanteri (BDE), Nottingham Sağlık Profili (NSP), Spielberger Sürekli Kaygı Envanteri (STAI) uygulandı. İstatistiksel analiz için Windows tabanlı SPSS programı 21 sürümü (Statistical Package for the Social Sciences) analiz programı kullanılmıştır. Çocuk yoğun bakımı refakatçi anneleri ile çocuk servisi refakatçi annelerinin verileri; ortalama, sayı ve yüzdeler dağılımları, Student-t ve Kruskal Wallis testleri ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir. ÇYBÜ ve serviste yatan çocuklar yatış sebeplerine göre üç alt gruba (nörolojik, cerrahi, solunum yetmezliği) ayrılmışlardır. Bu alt gruplardaki annelerin kaygı, depresyon ve yaşam kalitesi düzeyleri birbirleri ile karşılaştırılmasında "tek yönlü varyans analizi (Anova) test tekniği" uygulanmıştır. Farklı hastalık gruplarındaki çocukların annelerinin kaygı, depresyon ve yaşam kalitesi düzeyi ölçümleri bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi ile kıyaslandığında, hastalık grupları arasında annenin kaygı, depresyon ve yaşam kalitesi düzeyleri ölçümleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0.05$). Çocuk yoğun bakımdaki refakatçi annelerin kaygı, depresyon ve yaşam kalitesi düzeyleri servisteki refakatçi annelerinkine karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0.001$). Yoğun bakımdaki refakatçi annelerin çocuklarının durumlarının daha kritik olması, ortamın daha fazla karmaşık olması, daha fazla invaziv işlemi gördükleri ile ilişkili olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Sözcükler: Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, Refakatçi Anne, Yaşam Kalitesi, Depresyon, Kaygı

ABSTRACT

This study was planned to investigate the factors affecting anxiety, depression and quality of life of companion mothers of children who lived in Bezmialem Vakıf University Medical Faculty Children's Health and Diseases Department of Child Intensive Care and Child Care. Twenty mothers were evaluated in each group; A total of 40 people were included in the survey. Attendant mothers were enrolled in Beck Depression Inventory (BDE), Nottingham Health Profile (NSP), Spielberger Trait Anxiety Inventory (STAI). For the statistical analysis, the SPSS program version 21 (Statistical Package for the Social Sciences) analysis program was used. Data from children's intensive care attending mothers and attending mothers; Mean, number and percentage distributions were evaluated by Student-t and Kruskal Wallis tests. Statistical significance level was accepted as $p < 0.05$. Three children (neurological, surgical, respiratory failure) were divided into three subgroups according to the reasons of admission. One-way analysis of variance (ANOVA) test technique was applied to compare the anxiety, depression and quality of life levels of the mothers in these subgroups with each other. There was no statistically significant difference in the anxiety, depression and quality of life levels of the mothers between the disease groups ($p > 0.05$) when the anxiety, depression and quality of life measures of the children of different disease groups were compared with the one way ANOVA in the independent groups. There was a statistically significant difference in the level of anxiety, depression and quality of life of the attendant mothers in the intensive care unit compared to those of the attendant mothers ($p < 0.001$). We think that the attendant mothers in the intensive care unit are more vulnerable to the situation of their children, more complex environment, more invasive procedures.

Key Words: Pediatric Intensive Care Unit, Attendant Mother, Quality of Life, Depression, Anxiety

İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

KAPAK

İÇ KAPAK

ONAY SAYFASI

BEYAN SAYFASI

TEŞEKKÜR

i

ÖZET

ii

ABSTRACT

iii

İÇİNDEKİLER

iv

SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

v

ŞEKİLLER DİZİNİ

vi

EKLER

vii

TABLolar DİZİNİ

viii

GİRİŞ VE AMAÇ

1

GENEL BİLGİLER

4

GEREÇ VE YÖNTEM

24

BULGULAR

28

TARTIŞMA

40

SONUÇ VE ÖNERİLER

44

KAYNAKLAR

45

ÖZGEÇMİŞ

58

SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

ÇYBÜ : Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi

YBÜ: Yoğun Bakım Ünitesi

NSP : Nottingham Sağlık Profili

Beck-D: Beck Depresyon Ölçeği

STAI : Spielberger Sürekli Kaygı Envanteri

EEKÖ : Ebeveynlerin Endişe Kaynakları Ölçeği

ÇEKÖ : Endişe Oluşturan Düşünce Kaynakları

BAE : Beck Anksiyete Envanteri

QRS: Kaygı ve Endişeyi Ölçme Aracı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HAM-D: Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği

ICD10 : International Statistical Classification of Diseases 10th Revision

SF-36: Kısa Form Yaşam kalitesi Ölçeği

SF 12: Kısa Form Yaşam kalitesi Ölçeği

Lisat-9: Life satisfaction questionnaire

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Grupların eğitim durumunun yüzdeler dağılımı

Şekil 2. Grupların gelir durumunun yüzdeler dağılımı

Şekil 3. ÇYBÜ ve serviste yatan çocukların hastalıklarına göre yüzdeler dağılımı



EKLER

EK 1 : Anne Değerlendirme Formu

EK 2: Çocuk Değerlendirme Formu

EK 3: Beck Depresyon Envanteri

EK 4: Nottingham Sağlık Profili

EK 5: Spielberger Sürekli Kaygı Envanteri



TABLolar DİZİNİ

Tablo 1 ÇYBÜ 'lerin Tarihsel Gelişimi

Tablo 2 Çocuk yoğun bakım servislerinin asgari donanım, personel ve hizmet standartları

Tablo 3 Yoğun Bakım Ünitesinin Fiziksel Ortam Özellikleri

Tablo 4 Annelerin demografik ve sosyokültürel özelliklerinin karşılaştırılması

Tablo 5 Annelerin depresyon değerlendirme sonuçları

Tablo 6 Annelerin yaşam kalitesi değerlendirme sonuçları

Tablo 7 Annelerin anksiyete değerlendirme sonuçları

Tablo 8 Çocukların değerlendirme sonuçları

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Tüm dünyada çocuklar, geleceğin yetişkinleri olarak aileler tarafından bin bir zahmetle büyütülen, eğitilen ve imkanların en üst düzeyde kullanıldığı, tüm ihtiyaçları karşılanan önemli bireylerdir. Annenin hamileliğinin anlaşılmasından itibaren aileye katılacak olan birey için hazırlıklar başlar. Doğumdan itibaren çocuğun temel ihtiyaçlarının karşılanmasına önem verilir; karnının doyurulması, altının temizlenmesi ve uyku ihtiyacının giderilmesi gibi. Tüm bunlara ek olarak sevgi, şefkat, ilgi ve belli yaş dönemlerine göre oyun gereksinimleri bulunmaktadır. Çocuk büyüse bile değişmeyecek olan tek konu sağlık ile ilgili destek ve hizmetlerden yararlanma ihtiyacıdır. [1]

Yoğun bakım, hayatı akut ve ya kronik olarak tehdit eden bir rahatsızlığı olan ya da böyle bir rahatsızlığın gelişmesi ön görülen bireylere verilen multidisipliner bir ekibin yaptığı bakım ve tedavi şeklidir.[2] Fiziksel durumu ağır olan hastaların, monitörlerce takibi yapılarak, hayati fonksiyonlarının izlendiği, bir takım işlemlerle ve pek çok sağlık elemanın dahil olduğu bir ekiple tedavi edildiği birimler olarak tanımlanır. Çocuk yoğun bakım üniteleri (ÇYBÜ) ise, pediatri hastalarının tedavisinin yapıldığı, çoğunlukla kompleks yaklaşım gerektiren, travmatik, cerrahi ve dahili hastalıklara, hızlı değişikliklere müdahale eden, akut ve kronik hastalara büyük oranda bakım sağlayabilen çocuklara yönelik bakım üniteleridir. [3]

Yoğun bakım ünitesine yatış hem hastalar hem de onların aileleri için oldukça stresli tecrübeler anlamına gelir.[4] Çocuklar bağımsız olmayı, etrafta koşmayı ve oynamayı severler. Hastaneye yattıklarında hareketleri kısıtlanacağı ve bu bağımsızlıkları ellerinden alınacağı için de huzursuz, inatçı ve bakımı zor hastalara dönüşürler. Bu hasta olan çocuklara hastalıkları ile ilgili ve uygulanacak tedaviler ile ilgili düzgün ve yeterli bilgi verilmezse; tedaviyi reddedebilirler, doktor, hemşire ve ya diğer sağlık elemanlarına karşı öfkeli davranışlar gösterebilirler. Ayrıca doktor ve hemşirelerden korkma gibi problemler oluşabilir. [5] Çocuğun hastalığı ailenin hayat düzeninde önemli ve keskin değişikliklere yol açmaktadır. Artık her şey çocuğun hastalığından önceki dönemden farklı olacak, ailenin yaşantısı tamamen değişecek, maddi giderleri artacak, manevi kayıplar yaşanacak, hastalık ve tedavi sürecinin yarattığı gerginlik gibi nedenlerle hasta olan çocuk ile birlikte ebeveynler, kardeşler ve hatta yakın çevre de hastalıktan olumsuz olarak etkileneceklerdir.

Araştırmalarda kronik hastalığın diğer aile bireylerinde stres yarattığı vurgulanmaktadır. [6] Kronik çocukluk hastalıkları çeşitlidir; doğuştan anomaliler, metabolik hastalıklar, kanserler, doğuştan kalp hastalıkları, böbrek yetmezliği, hemofili, astım, kistik fibrozis, epilepsi, diyabet gibi. Tıp dünyasında ilerlemeler sayesinde yeni tedavi yöntemleriyle, çocukluk çağındaki akut, kronik ve ölümcül hastalıklarda yaşam süreleri uzamaktadır. Yaşam süresinin uzaması her ne kadar umut vaat edici olsa da, hastalığın ve hastane ortamının getirdiği yıpratıcı psikolojik ve sosyal etkilere hasta çocuk ve ailesi daha uzun süre maruz kalmaktadırlar. Pek çok değişkene bağlı olarak çocukların ve ailelerinin psikolojik olarak etkilenme düzeyleri ve kaygı seviyelerindeki değişmeler farklılıklar göstermektedir. [7] Anneler çocukları için sakatlık ve ya ölüm olasılığı gibi durumlarda, kısa ve ya uzun zamanlı durumların sonuçlarının belirsizliği sebebiyle stres altına girerler. Hasta çocuklarını ister yoğun bakım ister servis olsun hastane ortamında görmek annelerin anksiyetesini artırır. Hasta çocuklarına nasıl yardım edebileceklerini bilememek, mevcut durumlarına müdahale edememekten kaynaklanan çaresizlik de anksiyete ve stresi arttırmaktadır. [8] Monitörlerden gelen görüntüler, makinaların ve cihazların alarmları, çalışanların sesleri, parlak ışıklar, kokular, uykusuzluk, ebeveynlerin kendi çocuklarına ve ya diğer çocuklara uygulanan invazif girişimleri görmesi de çocuk yoğun bakım ünitesinde hastalara bakmakla yükümlü olan kişiler için çeşitli stres kaynaklarını oluşturmaktadır. [9] Bu ünitelerin kapalı ortamlar olup gün ışığından yoksun olmaları, teknolojik yönden kompleks makinaların kullanılması, ziyaretin belirli saatler için sınırlı ya da yasak olmasının hasta ve ailesi için stres ve kaygıya sebep olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. [10]

Depresyon tüm toplumlarda her yaşta her cinsiyette görülen pek çok sebebe bağlı psikolojik rahatsızlıklar arasında yer alır. Öyle ki bir çocuğun sağlık durumunun, ailenin psikolojik sağlığını ve yaşam kalitesini etkileyeceği açıktır. [11], [12] Ebeveynlerde gözlenen kaygının nedenleri çocuğun iyileşip iyileşmeyeceğine dair kaygılarının olması, çocuğun bakımında sağlık ekibi üyelerine göre kendilerini daha önemsiz ve yetersiz hissetmeleri, çocuğun hastalığı nedeniyle kendilerini suçlamaları, evde bıraktıkları öteki aile üyeleri için endişe etmeleri, maddi endişeler gibi nedenleri içermektedir. [13] Herhangi bir hastalıkta aile üyelerinin hastayı destekleme, rahat ettirme, ona yakın olma, ona dokunma isteği normal zamanlara göre daha fazladır. Benzer şekilde YBÜ' nde yatan hastaların da aile üyelerinin desteklerine ihtiyaçları vardır. [14], [10] Ancak bazı hastanelerin yoğun bakımları aile üyelerinin enfeksiyon için risk oluşturdukları; hastada taşikardi, hipertansiyon, aritmi ve

anksiyete gibi fizyolojik değişikliklere neden olabilecekleri gibi gerekçelerle YBÜ'lerine ziyaretleri sınırlandırmakta veya bütünüyle yasaklamaktadır. [15] Ama yapılan çalışmalarda aile fertlerinden ayrı kalmanın hem hasta hem de aile fertlerinde psikolojik sorunlara neden olduğu gibi, hastanın yaşam bulgularında da bir takım olumsuz değişikliklere ve fizyolojik sorunlara yol açtığı belirtilmiştir.

Çocuk ister yoğun bakımda ister serviste yatsın herhangi bir akut ya da kronik hastalığı olan bir çocuğa sahip olmak, tüm aile üyelerinde, özellikle anne ve babada stres ve kaygı yaratır. Farklı engel gruplarındaki bakım ihtiyaçları, kısıtlanan aktiviteler, engeller, kronik durumlar ve ailesine bağımlı bir çocuğa sahip olan anne ve babada yakınmalar, kaygı, depresyon gibi ruhsal problemlerin yanı sıra diğer yaşam kalitesi bulguları da sağlıklı çocuğu olan ailelere göre olumsuz etkilenmektedir. Yine yoğun bakım ve hasta servisleri arasındaki mekânsal farklardan kaynaklı değişik yaşam kalitesi seviyelerine ulaşmak mümkündür. Servis, yoğun bakım fark etmeksizin bakım ve tedavi planlarında sağlık çalışanları doğal olarak önceliği hastaya verdiğiinden, aile üyelerinin beklentilerini öncelikli olarak ele alamamakta ve dolayısıyla bu beklentiler istenilen düzeyde karşılanamamaktadır. [16]

Literatürde ülkemizde özellikle engelli çocuğu olan anneler üzerinde depresyon, kaygı varlığını ve yaşam kalitesini sorgulamak amaçlı araştırmalar yapılmış olup ÇYBÜ refakatçileri ve çocuk servisi refakatçileri üzerinde böyle bir çalışma yapılmamıştır.

Çalışmamızın amacı; çocuk yoğun bakımdaki refakatçi anneler ile çocuk servisindeki refakatçi annelerin kaygı, depresyon ve yaşam kalitesini incelemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Çocuk Yoğun Bakımın Doğuşu Ve Gelişimi

Çocuk yoğun bakıma ilgi, 4 yaşındayken hayatını tehdit eden solunum problemi olan bir çocuğun arkasından bir yönetici hemşire, bir şef anesteziist, bir hastane yöneticisi ve otolaringolojistin bir araya gelmesiyle durumu kritik tüm hasta çocukların bir odaya alınması ve acil durum gerektiğinde müdahale edilmesi düşüncesiyle ortaya çıkmıştır. [17]
ÇYBÜ 'lerin tarihsel gelişimi Tablo 1 'de verilmiştir.



Tablo 1: ÇYBÜ 'lerin Tarihsel Gelişimi

Yıl	Hastane
1955	Goteburg Çocuk Hastanesi, İsveç
1961	Stockholm, İsveç
1963	Paris St. Vincent de Paul Hastanesi, Fransa
1963	Melbourne Royal Çocuk Hastanesi, Avustralya
1964	Liverpool Alder Hey Çocuk Hastanesi, İngiltere
1967	Philadelphia Çocuk Hastanesi, Amerika
1969	Pittsburgh Çocuk Hastanesi, Amerika
1969	Yale-New Haven Tıp Merkezi, Amerika
1971	Massachusetts Genel Hastanesi, Boston, Amerika
1994	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye

2.1.1 Türkiye’de Çocuk Yoğun Bakım

Türkiye’de önce erişkin ve yeni doğan yoğun bakım uygulamaları başlamış olup başlangıç 1950-1960’lı yıllara dayanmaktadır. Ancak çocuk yoğun bakımın gelişimi daha geç olmuş ve 1990’ların ortalarına kadar belirgin bir oluşum olmamıştır.1994 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi bünyesinde bu konuda eğitim almış sorumlu bir hekim ilk Pediatrik Yoğun Bakım Ünitesini, Çocuk Acil Servis içinde kurmuştur. Bu ünite, Türkiye’de ilk çocuk yoğun bakım ünitesi olarak kabul edilmektedir. 2000’lerin başlarından itibaren ülkemizde Çocuk Yoğun Bakım’ a ilgi giderek artmaya başlamış ve birçok merkezde bu konuya ilgi duyan genç uzman hekimlerin yönetiminde çocuk yoğun bakım üniteleri açılmaya başlanmıştır. [18]

2.2 ÇYBÜ’ de Yatış Nedenleri

2.2.1 Endikasyonlar

2006 yılında Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneğinin hazırladığı raporda pediatrik yoğun bakım yatış kriterleri aşağıdaki gibi belirtilmiştir: [19]

Kardiyovasküler Sistem

Ciddi, hayati tehlike oluşturan veya stabil olmayan kardiyovasküler hastalık. Örneğin:

1. Şok
2. Kardiyopulmoner resüsitasyon sonrası durum
3. Hayati tehlike oluşturan disritmiler
4. Stabil olmayan kalp yetmezliği
5. Kardiyorespiratuvar açıdan stabil olmayan konjenital kalp hastalığı
6. Postop kardiyovasküler veya intratorasik cerrahi
7. Arteriel, santral venöz, pulmoner arter basınç izlenmesi gereksinimi
8. Geçici kardiyak pacing uygulaması

Solunum Sistemi

Potansiyel hayati tehlike oluşturan akciğer ve havayolu hastalıkları. Örneğin:

1. Endotrakeal entübasyon gereksinimi veya ihtimali; mekanik ventilasyon
2. Hızla ilerleyen solunum sistemi, üst veya alt havayolu hastalığı veya solunum yetmezliği gelişmesi ihtimali
3. Herhangi bir nedene bağlı, yüksek oksijen konsantrasyonu (0.50'den fazla) gereksinimi
4. Yeni trakeostomi
5. Genel Pediatri Servisinde güvenli olarak verilebilecekten daha fazla veya daha sık inhale veya nebülize ilaç tedavisine gereksinim (özellikle devamlı nebülizasyon)

Nörolojik Sistem

Akut, hayati tehlike yaratan veya nonstabil nörolojik hastalık. Örneğin:

1. Tedaviye yanıtızsız konvülsiyon veya devamlı antikonvülsiv ilaç infüzyonu gerektiren konvülsiyon durumu
2. Nörolojik durumun bozulma ihtimalinin olduğu akut veya ciddi bilinç değişiklikleri; koma
3. İnvaziv veya yakın gözlem gerektiren postop nöroşirürjik durumlar
4. Bilinç değişimi ile seyreden santral sinir sistemi enfeksiyonları veya metabolik, endokrin hastalıklar
5. Artmış kafa içi basınç durumu ile seyreden kafa travması
6. Nöroşirürjik müdahale gerektirebilecek ve bilinç değişikliği olan hastalar
7. Bilinç değişimi olan/olmayan ve kardiyovasküler veya solunum sistemi izlemi gerektiren progresif nöromusküler disfonksiyon
8. Spinal kord kompresyonu
9. Eksternal ventriküler drenaj

Hematoloji/Onkoloji

Hayati tehlike oluşturan veya nonstabil hematolojik/onkolojik hastalık veya aktif, hayati tehlike oluşturacak düzeyde kanama. Örneğin,

1. Kan değişimi (Exchange transfüzyon)
2. Klinik durumu stabil olmayan hastada plazmaferez veya lökoferez
3. Ağır koagülopati
4. Hemodinamik düzensizlik veya solunum sıkıntısı yaratacak derecede ağır anemi
5. Orak hücreli anemi krizi komplikasyonları, örn. Nörolojik değişiklikler, akut göğüs sendromu veya hemodinamik instabilite
6. Tümör lizis sendromu geliştireceği tahmin edilen kemoterapi başlangıcındaki hastalar
7. Vital organ veya damarları, havayolunu komprese eden kitle veya tümörler
8. Bakteriyemi/sepsis gelişen nötropeni

Metabolik ve Endokrin

Hayati tehlike oluşturan veya nonstabil endokrin/metabolik hastalık. Örneğin,

1. Ağır diabetik ketoasidoz
2. Diğer ciddi elektrolit düzensizlikleri
 - a) Hiperkalemi, kardiak monitorizasyon ve tedavi gerektiren
 - b) Ağır hipo- veya hipernatremi
 - c) Hipo- veya hiperkalsemi
 - d) Hipoglisemi
 - e) Bikarbonat infüzyonu, yoğun gözlem veya tedavi gerektiren ağır metabolik asidoz
3. Sıvı-elektrolit balansını korumak için karmaşık girişim gereksinimi

4. Doğuştan metabolik hastalıklar: Solunum sistemi desteği, akut diyaliz veya hemoperfüzyon, inotropik destek, intrakranial hipertansiyon tedavisi gerektiren

Gastrointestinal Sistem

Hayati tehlike oluşturan veya nonstabil gastrointestinal hastalık. Örneğin:

1. Ağır aktif gastrointestinal kanama
2. Yabancı cisim çıkarılması için acil endoskopi sonrası durum
3. Koma, hemodinamik bozukluk veya solunum düzensizliđine yol ačan hepatik koma

Renal Hayati tehlike oluşturan veya nonstabil nefrolojik hastalık. Örneğin:

1. Renal yetmezlik
2. Akut hemodiyaliz, periton diyalizi, veya diğer renal replasman tedavisi gereksinimi, hemodinamik olarak stabil olmayan hastada
3. Rabdomiyoliz

Enfeksiyon ve Multi-Organ Sistemi Bozukluğu

Hayati tehlike oluşturan veya nonstabil multi-organ sistem hastalığı. Örneğin:

1. Sepsis, septik şok
2. Zehirlenme, majör organ sistemi bozulması riski varlığında
3. Multi-organ yetmezliği
4. Malign hipertermi
5. Elektrik veya diğer çevre kaynaklı yaralanmalar
6. Vücut yüzey alanının %10'dan fazlasını kaplayan yanık (Yanık tedavi ünitesi bulunan kuruluşlar için)

Cerrahi

1. Kardiyovasküler cerrahi

2. Göğüs cerrahisi
3. Nöroşirürjik girişimler
4. Otolaringoloji girişimleri
5. Kraniofasyal cerrahi
6. Ortopedik cerrahi girişimler
7. Hemodinamik bozukluk veya solunum düzensizliği veya olasılığı olan genel pediatrik cerrahi girişimler
8. Organ nakli
9. Multipl travma
10. Majör kanama, cerrahi sırasında veya sonrasında

2.2.2 Yoğun Bakım Ekibi

Yoğun Bakım ekibi multidisipliner bir ekiptir ve çeşitli branşların birlikte çalışması gerekmektedir. Bir yoğun bakım ekibi doktor, hemşire, fizyoterapist, diyetisyen, hasta bakıcılar ve diğer sağlık görevlilerinden oluşmaktadır.

2.2.3 Yoğun Bakımda Asgari Yapılması Gereken İşlemler

Sağlık Bakanlığının hazırladığı Çocuk Yoğun Bakım Genelgesinde 2. Ve 3. Basamak Yoğun Bakım Ünitelerinde yapılması gereken asgari işlemler Tablo 2'deki gibidir [20]

Tablo 2. Çocuk yoğun bakım servislerinin asgari donanım, personel ve hizmet standartları

	Seviye II	Seviye III
Tanım	28 gün-18 yaş arası çocukların tüm temel monitörizasyon (EKG, ritm, oksijen saturasyonu, kan basıncı, nabız, ateş) yöntemlerine sahip, sıvı ve kan ürünleri replasmanı, entübasyon, kardiyopulmoner resusitasyon ve hastanın ilk stabilizasyonu yapılabilen; daha çok tekli organ yetmezliği nedeniyle destek tedavilerinin yapılabildiği (hemodiyaliz, mekanik ventilasyon gibi) yoğun bakım servisleridir.	İkinci seviyeye ilave olarak 1 ay-18 yaş arası çocukların ileri pediatrik ve cerrahi değerlendirme ve girişimlerinin yapılabildiği, yoğun bakım servisleridir.
Hasta Özellikleri	<ol style="list-style-type: none">1- Solunum yetersizliği veya havayolu obstrüksiyonu riski taşıyan, hızlı ilerleyen akciğer veya üst-alt havayolu hastalıkları; entübasyon veya potansiyel entübasyon ihtiyacı ve her türlü mekanik ventilasyon ihtiyacı,2- Şok ve kardiyopulmoner resusitasyon,3- Ritim bozuklukları,4- Hipertansif kriz,5- Status epileptikus,6- Akut gelişen ciddi nörolojik bozulma,7- Kafa içi basınç artışı riski taşıyan sinir sistemi akut enflamasyon veya enfeksiyonları,8- Glasgow koma skoru > 8 olan kafa travmaları,9- Kardiyovasküler monitörizasyon veya solunum desteği gerektirebilecek progresif nöromusküler fonksiyon bozukluğu,10- Hayati tehdit edici hematolojik-onkolojik hastalık veya kanama bozukluğu,11- Diyabetik ketoasidoz,12- Ciddi elektrolit bozuklukları (hiperkalemi, hipo-hipernatremi, hipo-hiperkalsemi gibi), hipo-hiperglisemi,13- Gastrointestinal sistem kanaması,14- Böbrek yetersizliği, hemodiyaliz gereksinimi,15- İntoksikasyon,16- Elektrik çarpması, boğulma, donma, yıldırım düşmesi ve benzeri çevresel varolanmalar.	<p>II. seviyeye ilave olarak;</p> <ol style="list-style-type: none">1- Yüksek riskli kardiyovasküler veya intratorasik girişimler,2- Arteriyel, santral venöz veya pulmoner arter monitörizasyon ihtiyacı,3- Hemodinamik dengesi bozulmuş konjenital kalp hastalığı,4- Geçici kalp pili ihtiyacı,5- Glasgow koma skoru <8 ve altı olan kafa travmaları,6- Spinal kord basısı veya bası riski,7- Eksternal ventriküler drenaj ihtiyacı,8- Plazmaferez veya lökoferez uygulanması,9- Tümör lizis sendromu, hayati organlara, büyük damarlara veya hava yoluna bası yapan kitleler,10- Komaya giden akut karaciğer yetersizliği,11- Pre-op ve post-op yoğun bakım ihtiyacı olan komplike hastalar,12- Yoğun bakım gerektiren organ transplantasyonu,13- Yoğun bakım tedavileri gerektiren genel vücut travması,14- Sürekli venövenöz hemofiltrasyon gereksinimi,15- Multiorgan yetersizliği,16- Ekstrakorperyal tedaviler.

Yatak Sayısı	<u>En az 4 yatak</u>	<u>En az 4 yatak</u>
<u>Temas İzolasyon Odası</u>	<u>Zorunlu değil.</u>	<u>Temas izolasyon yatağı</u> Her 6 yatak için en az bir adet <u>(Avrı hastalık grubunda kullanılmak kaydıyla 2 yataklı düzenlenebilir.)</u>
<u>Solunum izolasyon odası****</u>	<u>Zorunlu değil.</u>	<u>Solunum izolasyon odası en az 1 adet****</u>
Verilmesi Gereken Sağlık Hizmeti	<ul style="list-style-type: none"> 1- Trakeal entübasyon, 2- Parasetez, 3- Mekanik ventilasyon, 4- Defibrilasyon, 5- Santral venöz kateterizasyon, 6- Hemodiyaliz kateteri yerleştirilmesi işlemi, 7- Arteriyel kateterizasyon, 8- Lomber ponksiyon, 	<ul style="list-style-type: none"> II. seviye ilave olarak; 1- Devamlı venö-venöz , <u>arterio-venöz</u> hemofiltrasyon, 2- Plazmaferez, 3- Geçici pacemaker, 4- Çocuk cerrahisi girişimleri, 5- Beyin cerrahisi girişimleri, 6- Kulak burun boğaz cerrahisi, 7- Ekstrakorperyal tedaviler, 8- Açık kalp cerrahisi veya bu hizmetin verildiği bir kuruma sevk olanağı,

Personel Durumu	Tıbbi Cihaz ve Donanım	<p>1- Her yatak için bir monitör, 2- Serviste en az bir adet invazif basınç ve endtidal CO₂ özellikli monitör, 3- Transport monitörü, 4- En az 2 adet laringoskop, (ayrıca ilave her 4 yatak için 1 adet) 5- Her yatak için en az 1 balon-maske, 6- 28 gün-18 yaş için uygun en az 2 adet pediatrik ventilatör, ayrıca ilave her 3 yatak için 1 adet, 7- Portable röntgen cihazı (hastanede), 8- Portable ultrason cihazı (hastanede), 9- Kan gazı cihazı (servise yakın olabilir), 10- EKG (serviste), 11- Defibrilatör (serviste), 12- İnfüzyon pompaları, 13- Beslenme pompaları, 14- Kesintisiz güç kaynağı, 15- Hastanede BT, 16- Hastanede EEG cihazı, 17- Hastanede pediatrik problu EKO cihazı, 18- Hastanede hemofiltrasyon-plazmaferez cihazları. 19- Transport ventilatör</p>	<p>II. seviyeye ilave olarak; 1- Her yatak için invaziv hemodinamik monitörizasyon yapabilecek bir monitör, 2- Her 4 yatak için üç pediatrik ventilatör, 3- Kan, serum ve hasta ısıtma sistemleri, 4- Enjektör pompaları.</p>
	Uzman Tabip	<p>Hastanede bulunması gereken uzmanlık dalları 1- Çocuk sağlığı ve hastalıkları 2- Anesteziyoloji ve reanimasyon 3- Çocuk cerrahisi uzmanı 4- Mikrobiyoloji uzmanı veya enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanı.*</p>	<p>II. seviyeye ilave olarak hastanede bulunması gereken uzmanlık dalları*: 2- Hastanede 24 saat nöbetçi çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı bulunması 3- Hastanede çocuk enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanı (bulunmaması halinde mikrobiyoloji uzmanı veya enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanı)</p>
	Hemşire**	<p>Günün her saatinde her üç yatak için en az bir hemşire veya eşdeğer sağlık memuru</p>	<p>Günün her saatinde her iki yatak için en az bir hemşire veya eşdeğer sağlık memuru</p>
Diğer		<p>Hastanede fizyoterapist ve diyetisyen</p>	
<p>* Sağlık tesisinin kadrosunda bulunmaması durumunda, ihtiyaç halinde ve acil durumlarda kolayca ulaşılabilecek şekilde ilde <u>veya ilgili hekimin çalıştığı kurum ve kuruluş ile protokol yapılmış olmak kaydıyla ve mutlak vasıtalar ile azami 2 saatlik mesafedeki ilde bulunması yeterlidir.</u></p>			
<p>**Günün her saatinde, serviste yatan hasta (dolu yatak) sayısına uygun olarak hemşire/sağlık memuru bulunur.</p>			
<p>*** Bakanlık planlamasına tabidir.</p>			
<p>**** Bakanlık tarafından uygun görülen sağlık tesislerinde kurulur.</p>			

2.3 Çocuk Servisine Yatış Sebepleri

2.3.1 Endikasyonlar

Alt solunum yolu enfeksiyonları, gastroenterit, endokrin, nörolojik hastalıkları (febril konvülsiyon, epilepsi), nefrolojik hastalıklar, dehidratasyon, metabolik, kardiyovasküler sorunlar, hematolojik, alerjik hastalıklar ve zehirlenmeler sebebiyle çocuklar servise yatırılmaktadır. [21]

2.3.2 Çocuk Servisi Ekibi

Çocuk servisi ekibi de YBÜ' nin ekibi gibi multidisipliner bir ekiptir ve çeşitli branşların birlikte çalışması gerekmektedir. Bir çocuk servisi ekibi doktor, hemşire, fizyoterapist, diyetisyen, hasta bakıcılar ve diğer sağlık görevlilerinden oluşmaktadır.

2.3.3 Çocuk Servisinde Asgari Yapılması Gereken İşlemler

1- Nebul tedavi uygulaması

2- Aspirasyon

- Oral ve Nazoarengeal Aspirasyon
- Oral ve Nazotrakeal Aspirasyon
- Airway ya da Endotrakeal tüpten Aspirasyon
- Trakeostomi kanülünden Aspirasyon

3- Nazogastrik sonda takılması ve hasta besleme

4- Lavman (rektal lavaj)

5- Mesane lavajı (irrigasyonu)

6- Üriner kateter takma ve bakım

7- İntravenöz kateter takılması

8- Postüral drenaj işlemi

9- Aldığı – çıkardığı sıvı izlemi

10- Nazogastrik takibi

11- Dren Takibi

12- Bilinçli – pupil – ekstremiteler takibi

13- Sistem değerlendirilmesi (Nörolojik muayene, Solunum değerlendirmesi, Kardio-
vasküler Sistemin Değerlendirilmesi, Gastrointestinal -Genitoüriner Sistemin
Değerlendirilmesi)

2.4 Pediatrik Yoğun Bakıma Yatışta Anne Baba Reaksiyonları

2.4.1 Refakatçi kimdir?

Hastanelerde hastanın yanında kalan ve hastaya yardımcı olan kimseye refakatçi denir. Bir ailede çocuk hasta ya da sağlıklı olsun genelde bakımı anne sorumluluğundadır. Baba yardımcı bir rol üstlenir ve anne zamanının çoğunu çocuğuna ayırır. Anneler daha fazla sorumluluk yüklendikleri için babaların yaşadıklarına oranla daha fazla stres yaşarlar. Bunun da üstlenilen sorumluluktan ve iş dağılımının dengesizliğinden kaynaklandığı savunulmaktadır. Anne çocuğunu birey olarak görmekten ziyade kendisinin uzantısı rolünde görür ve daha çok bağlanır. Anne, çocuğun deneyimlerini kendine aitmiş gibi algılar çünkü çocuğun duyguları ile anne arasında oldukça geçirgen bir sınır vardır. Çocuğun kendisine yapılacak olan bir müdahalede anne tarafından oldukça stresli olarak algılanmaktadır. [22] Anneye düşen bu sorumluluk yüzünden çocuğun hastanede kaldığı sürede bakımının planının uygulanmasında annenin işbirliği ile yapılan hasta bakımı aile merkezli bakım modeli şeklinde tanımlanmıştır. Aile merkezli bakım modeli literatürde yaygın bir şekilde tartışılmasına ve çoğu kurumlar tarafından onaylanmasına rağmen; uygulamakta zorluklar yaşanmaktadır. [23] Bu bakımın temelinde aile yer almaktadır. Aile, çocuğun bakımında sağlık çalışanlarıyla güçlü bir işbirliği yapar ve genellikle hastanın öncelikli desteğidir. Amerika Birleşik Devletleri'nde Aile Merkezi Bakım Enstitüsü (2003); aile merkezli bakımı; çocuk, aile ve sağlık ekibi üyeleri arasında işbirliği yaklaşımı olarak tanımlar. Aile merkezli bakım sekiz tane başlık içermektedir. Bunlar; seçenek, saygı, destek, bilgi, kuvvet, işbirliği, esneklik, yetki olduğunu belirtmektedir. [24] Bu sistemde hedef, ailelerin güçlü yönlerini

bilmek ve ortaya çıkarmak, zorluklarla mücadelede birbirinden farklı baş etme yöntemlerine saygı duymak, benzer olaylar yaşayan ailelerin birbirini desteklemesini ve iletişim ağını yönetmektir. Sağlıkla ilgili programlarını ailelerin ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde yapmak, çocukların ve ailelerin gelişimsel gereksinimlerini anlamak ve bunları sağlık bakım sistemi ile harmanlamaktır.

2.4.2 Yoğun Bakımda Ailenin Kaygı, Depresyon ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

2.4.2.1 Kaygı

Kaygı (anksiyete), genel olarak baş edilmesi zor bir tehlike karşısında veya şansızlık düşüncesinin ya da beklentisinin yarattığı korku veya tedirginliktir. Otonom sinir sisteminin aşırı aktivasyonuna bağlı olarak somatik belirtiler gösteren, endişe duygusunun da katıldığı patolojik bir olaydır. [25] İnsanoğlunun var olmasından bu yana varlığı kabul edilen kaygının ve basit düzeyde stresin genel amacı insanı çevresinden gelecek tehlikelere karşı içgüdüsel olarak korumaktır. Her çağda olduğu gibi bu çağda da kaygı canlılığın, hayatla mücadelenin, yeni şeyler keşfetmenin ve yaratıcılığın, rekabetçi hayat şartlarında daha olumlu, daha kapsamlı ve daha kaliteli işler yapmanın ve kendi varlığını diğer insanlar arasında kabul ettirebilmenin bir ihtiyacı olarak yaşanmaktadır. Anlaşılacağı üzere kaygı aslında insanoğlu için hayat kurtarıcı bir tutum olmakla birlikte, bireyin kendi varlığına yönelik çeşitli yıkıcı, bozucu durumlar için karşıt bir tepkidir.

Belirti ve bulgular

Kaygısı olan kişide;

- Genel Görünüm: Hastada gergin duruş, huzursuzluk, endişeli yüz, çabuk irkilme, çabuk kızma, hareketlerinde tedirginlik, sabırsızlık ve yerinde duramama vardır.
- Karışık Duygu Durumu: Hasta, içinde stresle karışık korkuya benzer bir duygu varlığından bahseder. Adeta kötü bir haber alacakmış gibi düşündüğünü anlatır. Ancak korkusunun sebebini ve kaynağını bilemez. Bazen, özellikle kaygı uzun sürdüğünde, hastada derin bir bıkkınlık ve yorgunluğa neden olduğundan, ruhsal olarak çökme ve tükenmişlik belirtileri de ortaya çıkabilir.

- Düşünce Akımı ve İçeriği: Düşüncelerinde çokça yakınmalar vardır. Onun dışında bir bozukluk yoktur. Konuşurken yakınmalarını ivedilikle anlatmak istediğinden düşüncesi ve konuşması hızlanmış gibi olabilir.
- Çevreyle İlişki Kurma: Hastanın sesinde heyecanlı bir titreme, zor konuşma olabilir, fakat konuşması düzgündür. İnsan ilişkilerinde huzursuzluk, gerginlik ve endişe sezilebilir.
- Bilişsel (kognitif) Beceriler: Hastanın bilişsel becerilerinde temelde bir problem olmamakla birlikte beynin aşırı, gereksiz ve kişiyi yoran çalışması nedeniyle hastanın dikkati çabuk dağılabilir, odaklanma sorunu çekebilir ve geçici unutkanlıklar yaşayabilir.
- Fizyolojik Bulgular: Otonomik uyarılma ile ilgili olarak kan basıncında yükselme, taşikardi, kalpte çarpıntı, kramp tarzı kaslarda gerilmeler, kılların piloereksiyonu, midriazis, ağız kuruluğu, terleme, sık idrara çıkma, sık defekasyon, öğürme ve bazen istifra etme, boğuluyormuş gibi bir his, nefes almada zorluk, yüzde solukluk veya kızarma ellerde ve ayaklarda soğukluk ve karıncalanmalar görülebilir.

Kaygıyı Değerlendirme Ölçekleri

- STAI : Spielberger Sürekli Kaygı Envanteri [26]
- Ebeveynlerin Endişe Kaynakları Ölçeği (EEKÖ) [27]
- Beck Anksiyete Envanteri (BAE) [28]
- Aile Stresini Değerlendirme Ölçeği (QRS) [29]

2.4.2.2 Depresyon

Depresyon, yüzyıllardır insanoğlunun en sık görülen rahatsızlıkları arasında tanımlanıyor olmasına rağmen, bu tür duygu-durum bozuklukları yakın bir tarihte tüm insanlığın sorunu olarak değerlendirilmeye başlanmıştır. Dünya sağlık örgütü (World Health Organization) (DSÖ) dünya çapında en acil sağlık sorunlarını sıraladığı listesinde depresyonu 4. sraya koymuştur. Kadınlarda 5 ve erkeklerde 10 kişiden biri yaşamının herhangi bir döneminde depresif bozukluk ve rahatsızlıklara yakalanmaktadır. [30]

Depresyon, insanın yaşama isteğinin ve zevkinin kaybolduğu, kişinin kendisini derin bir keder ve üzüntü içinde hissettiği bir durumdur. Geleceğe ilişkin kötümser, karamsar düşünceler, geçmişe yönelik oldukça yoğun ve pişmanlık içeren, suçluluk hissiyle birlikte

duygu ve düşüncelerinin karmaşıklaştığı, bazen ölüm düşüncesi, bazen intihar girişimi ve sonuçta ölüme yol açabilecek, uyku, iştah, cinsel istek vb. ile ilgili fizyolojik bozukluklara yol açabilecek bir rahatsızlıktır. Bununla birlikte depresyonda dünyaya karşı olan ilginin kaybı, kişilere ve günlük işlere yatırım yapma veya kişilere ve olaylara bağlanma kapasitesinin ve ihtiyacının kaybolması; kendini sürekli bir ayıplama, kınama, serzeniş döngüsünde bulma, her şeye sitem etme ve kendini aşağılama ve hor görme gibi duygularla birlikte ciddi öz benlik saygısı ve kendine güvenin düşmesi saptanır. [31]

Belirti ve bulgular

ICD- 10 ‘a göre depresif bozukluk tanı ölçütleri:

En az iki hafta süreyle aşağıdaki belirtilerden en az ikisinin bulunması

- Duygu durumunda çökme
- Çabuk yorulma
- Haz alamama
- İlgisizlik

Yukarıdakilere ek olarak en az iki hafta süreyle aşağıdaki belirtilerden en az ikisinin daha bulunması

- Dikkatinin azalması ve ya odaklanma zorluğu
- Öz benlik saygısında azalma ve ya kendine güvenin düşmesi
- Suçluluk ve değersizlik düşünceleri
- Geleceğe ilişkin karamsar düşünceler ve güvensizlik hissetme
- Kendine zarar verme düşünceleri ya da eylemleri
- Uyku düzensizliği, uyuyamama
- İştahın azalması [32]

Depresyonu Değerlendirme Ölçekleri

- Depresyon Anksiyete Stres Skalası [33]
- Zung Depresyon Ölçeği [34]
- Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HAM-D) [35]

2.4.2.3 Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi kavramı, kişinin duygusal, sosyal ve fiziksel iyilik halini ve günlük hayatındaki yetkinliklerini sürdürmesiyle alakalı bir tanımlamadır. Yaşam kalitesi, genel bir iyilik hali olmasının yanı sıra bir çeşit memnuniyet halini simgeler. Yaşam kalitesinden çıkarılacak sonuç; sağlığın, fiziksel, ruhsal, maddi, manevi, ailesel, duygusal iyilik hallerinin nesnel ve öznel olarak ortaya konması anlaşılmaktadır. Nesnel değerlendirmeler, kişilerin

fiziksel sağlığı, maddi kazancı, içinde yaşadığı konutun kalitesi, sosyal ilişkileri, fizik aktivite, sosyal roller gibi yaşam koşullarının tanımlanmasına dayalıdır. Öznel değerlendirmeler ise, bu koşullardan kişinin aldığı memnuniyet halini anlatmaktadır. [36]

Yaşam doyumunu, öznel olarak iyilik halini, mutluluk, fonksiyonel yeterlilik, sosyal iyilik gibi maddelerden oluşur. İçerisinde kültür, örf adet değer yargıları, kişinin iş yaşantısındaki konumu, hedeflerinin bulunduğu, yaşam koşulları içinde elde edilebilecek kişisel doyumun seviyesini etkileyen hastalıklara ve günlük yaşamın fiziksel, ruhsal ve toplumsal etkilerine verilen kişisel reaksiyonları gösteren bir kavramdır. [37]

Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçekleri

- NSP: Nottingham Sağlık Profili [38]
- SF-36 [39]
- Kısa form SF 12 [40]
- Life satisfaction questionnaire (lisat-9) [41]

2.4.2.4 Hasta Çocuk Anne-Babası Olmanın Psikolojik Yönleri

YBÜ’ünde olmak hasta ve ebeveynleri için oldukça stresli, travmatik ve korkutucu bir deneyimdir. Çünkü yoğun bakımda hastanın prognozunun hızlı değişmesi, belirsizliğin ve ölüm riskinin olması, hasta ve ailesinde kaygıya ve depresyona neden olmakta, yaşam kalitesinde hızlı bir düşüş görülmekte, birey ve ailenin psikolojik yardım gereksinimleri artmaktadır.

Aile üyeleri hastanın sağlığının aniden bozulması, hayatının tehdit altında olması, gidişatın belirsizliği, hastadaki ölüm korkusu, ailedeki rol değişiklikleri, günlük hayatın rutinlerinin bozulması ve bilmedikleri bir ortamda bulunmak nedeniyle sürekli kaygı yaşamaktadır. [42]

Çocuğunun hasta olduğunu öğrenen ebeveyn ve hasta olduğunu öğrenen çocukların değişik koşullarının farkına rağmen, geçirilen evreler benzerdir. İlk evre şaşkınlıktır. Tanıyı öğrenen çocuk ve aile o zamana kadar hiç aşına olmadıkları, fakat çok uzun bir süre birlikte yaşamak ve mücadele etmeyi gerektirecek bir durumla karşılaşmışlardır. Bu dönemde en sık kullanılan savunma mekanizması, inkârdır. Aile çocuğun tanısının yanlış olduğunu ileri sürebileceği gibi, hastalığı ve hastalığın ciddiyetini anlamamış gibi de davranıp inkar

mekanizması güdebilir. Bu ilk evre hastalığın kendisini kabullenmenin ve hastalığın tanınmasının aşamasıdır ve hastalığın tedavisinin gidişini önemli ölçüde etkileyecektir. İkinci evre “kızgınlık ve içerleme” evresidir. Bu dönemde görülen kızgınlığın önemli bir kısmı tedavi ekibine ve yaptıkları müdahalelere olur. Bu dönemi kendini suçlu hissetme izler, “niçin ben?”, “niçin biz?” sorularının kendisine sorduğu dönemdir. Aileler hastalığı kendilerine verilmiş bir ceza olarak düşünebilirler. Hastalık, genetik geçişli ise, sorumluluk duygusu daha fazla artar. Tüm bu geçişlerin sonunda “hastalığın kabulü” beklenir. Bu kabul, tedavinin etkinliğini ve gidişatını olumlu yönde etkileyecektir. Çocuk ve aile, bu evreleri yaşarken çeşitli nedenlerle evrelerden birinde kalabilir. Ağır travmalardan sonra bir önceki evreye yeniden dönebilirler. Bu gibi durumlarda profesyonel yardıma gereksinim duyulabilir. [43]

2.5 Yoğun Bakım Ünitesinin Fiziksel Ortam Özelliklerinin Aile Ve Çocuğun Psikolojisine Olan Etkisi

YBÜ'lerinin başlıca olumsuz fiziksel ortam özellikleri, ortamın aydınlatılmasının çoğunlukla yapay olarak sağlanması, ortamdaki yüksek ya da düşük ses düzeyi, ortamın yabancı olması ya da ortamda yabancı aletlerin olması, başka hastalara yapılan tıbbi işlemlere tanık olunması, hastaların acı çektiğine ve kötüleştiğine ya da ölümüne tanık olunması, TV, radyo gibi araçlarının olmaması ve saat ya da takvim olmaması olarak sıralanabilir. Tüm bu yabancı çevre, yoğun bakımda kalış süresinin uzunluğu da artınca aile ve çocuğun psikolojisinde olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Özellikle makinelerin sürekli çıkan sesleri ve başka hastalara yapılan işlem ve müdahaleleri görmek, diğer hastaların sesleri, ailelerin ve çocukların ağlaması kişide duysal olarak harabiyet oluşturacaktır. [44]

Yoğun Bakım Ünitesinin Fiziksel Ortam Özellikleri Tablo 3'de verilmiştir.

Tablo 3: Yoğun Bakım Ünitesinin Fiziksel Ortam Özellikleri

<p>Bilişsellik</p> <p>Ziyaretçi girişlerinin sınırlı olması</p> <p>Diğer hastaların acı çektiğini ve kötüleştiğini görmek</p> <p>Yabancı ortamda olma</p> <p>Başka hastalara yapılan tıbbi işlemlere tanık olmak</p> <p>Her an başkaları tarafından görülebilir olmak</p> <p>Saatin kaç olduğunu anlamada güçlük yaşamak</p> <p>Hangi gün olduğunu anlamada güçlük yaşamak</p> <p>Temel ihtiyaçların yatakta karşılanması</p> <p>Ortamda yabancı aletlerin mevcut olması</p> <p>Dış ortam ile iletişimin sınırlı olması</p>	<p>Aydınlatma, Isı ve Konfor</p> <p>Parlak ışıkların olması</p> <p>Ortamın ısısı</p> <p>Ortamın havalandırması</p> <p>Ortamın kokusu</p> <p>Sürekli yatakta bulunmak</p>
<p>Zamanı Değerlendirme Araçları</p> <p>TV, radyo vb. araçlarının olmaması</p> <p>Gazete, dergi vb. olmaması</p>	<p>Gürültü</p> <p>Ortamdaki makinelerin neden olduğu gürültü</p> <p>Telefonların sesi</p> <p>Personelin neden olduğu gürültü</p>

2.6 Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hasta Yakınlarının Gereksinimleri

Molter tarafından yapılan araştırmada, hasta çocuğu olan ailelerin tanımladıkları en önemli 10 ihtiyaç aşağıdaki şekilde sıralanmıştır. [45]

- Umut olduğunu hissetme,
- Hastane personelinin hastaya yeterli bakımı verdiğini bilmek,
- Hastaya yakın bir bekleme odasının olması,
- Hastanın durumundaki değişiklikler hakkında evden aranma,
- Günde en az bir kez hasta hakkında bilgi alma,
- Anlaşılır terimlerle açıklamaların yapılması,
- Sorulara dürüst cevap verilmesi,
- Prognozu bilme,
- Hastayı sık görme

2.7 Bilgi Eksikliği, Yeterli Bilgilendirilmeme Ve Bunun Zararları

Hasta yakınları hastalarına bakımın ve tedavinin en iyisinin verildiğine emin olmak ister. Hastalığın prognozunu, uygulanan tedavinin sebebini, hastada meydana gelen hayati değişiklikleri öğrenmek aile üyelerinin endişelerinin giderilmesinde oldukça önemlidir.

Holden ve ark.'nın, literatür araştırmalarına göre YBÜ' de yatan bir hastanın ailesinin karşılaşacağı aşamalar şunları içermektedir [46].

- Etrafta dolaşma: Ailenin belirsizlik, duygusal çatışma ve stres yaşadığı ilk evredir.
- Bilgi arama: İlk şoktan sonra aileler yeniden hasta bireye yönelirler. Hasta ile ilgili sorular sorar, gidişat hakkında bilgi almaya çalışırlar.

- Prognozu izleme: Daha sonra aileler hastanın prognozunu takip ederler. Hastanın verdiği her türlü olumlu ve olumsuz yanıt onlara hastanın nasıl olduğu ve olabileceği hakkında ipucu verir.
- Kaynakları toplama: Aile üyeleri enerjilerini, kendileri ve hastaları için yiyecek ve içecek temin edebilecekleri uygun bir çevre oluştururlar.

2.8 Yoğun Bakım Ünitesinde 24 Saat Refakatçi Olmak

Yoğun bakım ortamı yabancı yüzlerin olduğu, korkutucu seslerle dolu ve bir sürü invaziv işlemin yapıldığı bir ortamdır. Bu yabancı çevre hastalar açısından oldukça ürkütücü olabilmektedir. Tanıdık bir yüzün varlığı hastalar için moral kaynağı olacak ve prognoz açısından hastaya faydası dokunacaktır. Aile üyeleri, çocukları için hayata tutunma konusunda cesaretlendirici olacaktır. Zor bir anda çocuklarına vereceklerini fiziksel destekle ve telkin edici ve yumuşak bir ses tonuyla yapacakları konuşma ile durumu sakinleştirebilirler. Yani aile üyeleri/üyesi hastanın temel destek kaynağıdır, bu nedenle yoğun bakım ünitesinde aile üyelerinin bulunmalarına izin verilmesi hasta için yararlı olacaktır. [47]

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1 Çalışma Yer ve Zamanı

Değerlendirmeler Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde 01 Temmuz 2016-01 Ekim 2016 tarihleri arasında Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı servisi'nde yatan çocukların refakatçi anneleri ile yapılmıştır.

Çalışmamız prospektif ve yüz-yüze görüşme yöntemine dayalı olarak planlanmıştır. Çalışmaya ÇYBÜ' de ve çocuk servisinde 24 saat kalmış çocukların anneleri dahil edilmiştir. ÇYBÜ'nin hastaların refakatçi anneleri I. Gruba (çalışma grubu), çocuk servisindeki hastaların refakatçi anneleri de II. Gruba (kontrol grubu) dahil edilmiştir. Her iki grupta 20 anne değerlendirilmeye alınacak; toplam 40 kişi araştırmaya dahil edilmiştir.

3.2 Çalışmaya Alınma Kriterleri

- **Çalışma Grubu için:**

Çocukların;

- Yoğun bakımda yatıyor olmaları,
- 12 yaşından küçük olmaları
- Minimum yatış sürelerinin 24 saat olması gerekmektedir.

Annelerin;

- Gönüllü olmaları
- Yetişkin olmaları gerekmektedir.

- **Kontrol Grubu için:**

Çocukların;

- Yoğun bakım dışında hastanede yatıyor olmaları,
- 12 yaşından küçük olmaları
- Minimum yatış sürelerinin 24 saat olması gerekmektedir.

Annelerin;

- Gönüllü olmaları
- Yetişkin olmaları gerekmektedir

Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

- Çocukların 12 yaş ve 12 yaşından büyük olmaları
- Annelerin araştırmaya katılmak istememeleri
- Annelerin 18 yaşından küçük olmaları
- Yoğun bakımda ve hastanede yatışın 24 saatten az olması

3.3 Değerlendirmeler

3.3.1 Demografik bilgiler

Her iki gruptaki refakatçi olan annelerin demografik özellikleri, çocuk sayısı, eğitim durumu, gelir düzeyi, annelerin çalışma durumu, var olan tıbbi hastalıkları, çocuklarının geleceğinden beklenti durumu, hastanede kalış süreleri ve refakat etme süreleri kaydedilmiştir. (EK 1) Çocuk Yoğun Bakım veya serviste yatan çocukların doğum tarihi, gestasyon haftası, doğum şekli, kilosu, kardeş sayısı, geçirilmiş cerrahi, entübasyon süresi kaydedilmiştir. (EK 2)

3.3.2 Beck Depresyon Envanteri

Denekte depresyon yönünden riski ve depresif belirtilerin düzeyini belirlemek amacıyla Beck tarafından geliştirilen 4'lü likert tipi kendini değerlendirme ölçeğidir. (EK 3) Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hisli ve ark. tarafından yapılan Beck Depresyon Ölçeği karamsarlık, başarısızlık duygusu, doyum almama, suçluluk duyguları, huzursuzluk, yorgunluk, iştah azalması, kararsızlık, uyku bozukluğu, sosyal çekilme gibi depresif belirtilere ilişkin 21 maddeden oluşmaktadır. [48] Her madde depresyona özgü bir davranışı belirleyen dört dereceli kendini değerlendirme ifadesini içermektedir. Ölçekten alınacak toplam puan 0-63 arasında değişmektedir. [49]

3.3.3 Nottingham Sağlık Profili; (NSP)

NSP, kişinin algıladığı sağlık problemlerini ve bu problemlerin normal günlük aktiviteleri etkileme düzeyini ölçen bir genel yaşam kalitesi anketidir. (EK 4) Hunt & McEwen tarafından oluşturulan anket [38], 38 maddeden oluşur ve sağlık statüsü ile ilgili altı boyutu değerlendirir: Enerji (3 madde), ağrı (8 madde), emosyonel reaksiyonlar (9 madde), uyku (5 madde), sosyal izolasyon (5 madde) ve fiziksel aktivite (8 madde). Sorulara evet veya hayır şeklinde cevap verilir. Her bir bölüme 0-100 arası puanlama yapılır. 0 en iyi sağlık durumunu, 100 en kötü sağlık durumunu gösterir. Çalışma kapsamında NSP'nin alt skorları ve toplam NSP puanı değerlendirilmiştir. Toplam NSP puanı alt skorların toplamından elde edilmiştir. [50]

3.3.4 Spielberger Sürekli Kaygı Envanteri (STAI):

Stai Form TX-1 ve Stai Form TX-2 (Durumluluk ve Sürekli Kaygı Envanteri kullanılmıştır. (Ek 5) Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri Spielberger ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş), Öner ve LeCompte tarafından Türkçeye uyarlanmış 40 sorudan oluşan bir ölçektir. [26] Sorulardan 20'si durumluluk, 20'si sürekli kaygı düzeyini belirlemektedir. Durumluluk Kaygı Ölçeğindeki her bir ifade için dört seçenek bulunmakta olup bunlar; hiç (1), biraz (2), çok (3) ve tamamiyle (4) şeklindedir. Ölçekteki 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20. maddeler tersine dönmüş ifadelerden oluşmaktadır. Değerlendirmede doğrudan ifadelerin toplam puanından tersine dönmüş ifadelerin toplam puanı çıkarılır ve 50 sayısı eklenerek durumluluk kaygı puanı elde edilir Sürekli Kaygı Ölçeğindeki ifadeler için; hemen hiç bir zaman (1), bazen(2), çok zaman(3), hemen her zaman (4) seçenekleri vardır. Bu bölümde 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39. maddeler tersine dönmüş ifadelerden oluşmakta olup, yine doğrudan ifadelerin toplam puanından tersine dönmüş ifadelerin toplam puanı çıkarılır ve bulunan değere 35 sayısı eklenerek, sürekli kaygı puanı elde edilir. Sürekli kaygı düzeyi yüksek bireylerde, durumluluk kaygı düzeyi de yükseleceğinden, her iki kaygı düzeyinin de belirlenmesi amaçlanmıştır. Genel olarak, durumluluk ve sürekli kaygı puanlarının yüksek olması, anksiyete düzeyinin yüksek olduğunu göstermekte olup, puanları 60'ın üstünde olan bireylerin profesyonel yardıma gereksinimleri olduğu belirtilmektedir.[51]

3.4 İstatistiksel Yöntem

İstatistiksel analiz için Windows tabanlı SPSS programı 21 sürümü (Statistical Package for the Social Sciences) analiz programı kullanılmıştır. Çocuk yoğun bakımı refakatçi anneleri ile çocuk servisi refakatçi annelerinin verileri; ortalama, sayı ve yüzdeler dağılımları, Student-t ve Kruskal Wallis testleri ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

ÇYBÜ ve serviste yatan çocuklar yatış sebeplerine göre üç alt gruba (nörolojik, cerrahi, solunum yetmezliği) ayrılmışlardır. Bu alt gruplardaki annelerin kaygı, depresyon ve yaşam kalitesi düzeyleri birbirleri ile karşılaştırılmasında “tek yönlü varyans analizi (Anova) test tekniği” uygulanmıştır.

4. BULGULAR

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ÇYBÜ ve Çocuk Servisinde yatan çocukların refakatçi anneleri ile yüz-yüze görüşme yöntemine dayalı olarak çalışma yapıldı. Her iki grupta 20 anne değerlendirilmeye alındı; toplam 40 kişi araştırmaya dahil edildi. Annelerin demografik ve sosyokültürel özellikleri Tablo 4’de gösterildi.



Tablo 4. Annelerin demografik ve sosyokültürel özelliklerinin karşılaştırılması

	1.Grup (n=20)	2.Grup (n=20)	p Değeri
	X±SS	X±SS	p
Yaş (Yıl)	31.5 (3.76)	31.25 (4.86)	0,841
Canlı Doğum (n)	1.7 (0.98)	2.1 (0.78)	0,960
Ölü Doğum (n)	0.35 (0.93)	0.1 (0.3)	0,583
Günlük Refakat Etme Süresi (saat)	24	24	1,000
Eşlerin Akrabalığı	n (%)	n (%)	
Var	6 (30)	9 (45)	0,514
Yok	14 (70)	11 (55)	
Gelir düzeyi			
1400-2000 (TL)	4 (20)	8 (40)	0,413
2000-2500 (TL)	5 (25)	5 (25)	
2500-3000 (TL)	10 (50)	7 (35)	
3000 (TL) ve üstü	1 (5)	0	
Eğitim Durumu			
Okur-yazar değil	1 (5)	1 (5)	0.014
İlköğretim	4 (20)	13 (65)	
Lise	14 (70)	4 (20)	
Yükseköğretim	1 (5)	2 (10)	
Çalışma Durumu			
Evet	5 (25)	2 (10)	0.212
Hayır	15 (75)	18 (90)	
Psikiyatri Öyküsü			
Evet	0	1	1.000
Hayır	20 (100)	19 (100)	
Tıbbi Hastalık Öyküsü			
Evet	4 (20)	4 (20)	1.000
Hayır	16 (80)	16 (80)	
Tıbbi Hastalığından Dolayı Tedavi Almış mı?			
Evet	4 (20)	4 (20)	1.000
Hayır	16 (80)	16 (80)	
Ebeveynlere Yardımcı Olma Durumu			
Evet	12 (60)	10 (50)	0.525
Hayır	8 (40)	10 (50)	

Tablo 4. Annelerin demografik ve sosyokültürel özelliklerinin karşılaştırılması (**Devam**)

	1.Grup (n=20)	2.Grup (n=20)	p Değeri
	n (%)	n (%)	p
Çocuğun Geleceğiyle İlgili Beklentiler			
Daha iyi olacağını düşünüyorum	13 (65)	18 (90)	0.107
Gelecekte daha kötü olacağını düşünüyorum	3 (15)	0 (0)	
Kararsızım	4 (20)	2 (10)	
Kardeş Varlığı			
Evet	11 (55)	10 (50)	0.752
Hayır	9 (45)	10 (50)	

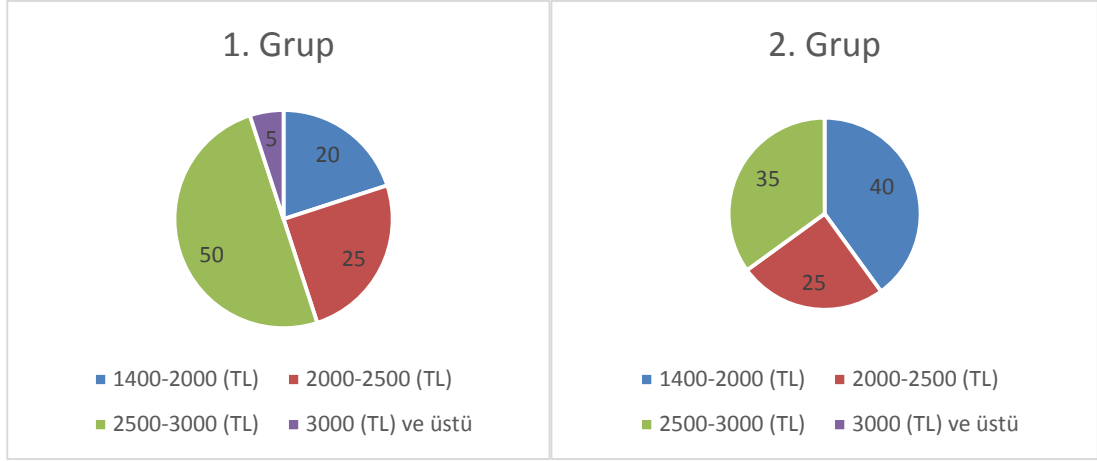
Çalışmaya alınan I. gruptaki annelerin minimum yaşı 26 maksimum yaşı 40 olup, yaş ortalamaları 31.5 ± 3.76 idi. Çalışmaya alınan II. gruptaki annelerin minimum yaşı 21 maksimum yaşı 43 olup, yaş ortalamaları 31.25 ± 4.86 idi.

I. gruptaki annelerin canlı doğum sayısı minimum 1 maksimum 4 olup ortalamaları 1.7 ± 0.98 dir. Ölü doğum sayısı minimum 0 maksimum 4 olup ortalamaları 0.35 ± 0.93 idi. II. gruptaki annelerin canlı doğum sayısı minimum 1 maksimum 3 olup ortalamaları 2.1 ± 0.78 dir. Ölü doğum sayısı minimum 0 maksimum 4 olup ortalamaları 0.10 ± 0.30 idi.

I. grup ve II. gruptaki annelerin refakat etme süreleri günlük 24 saattir.

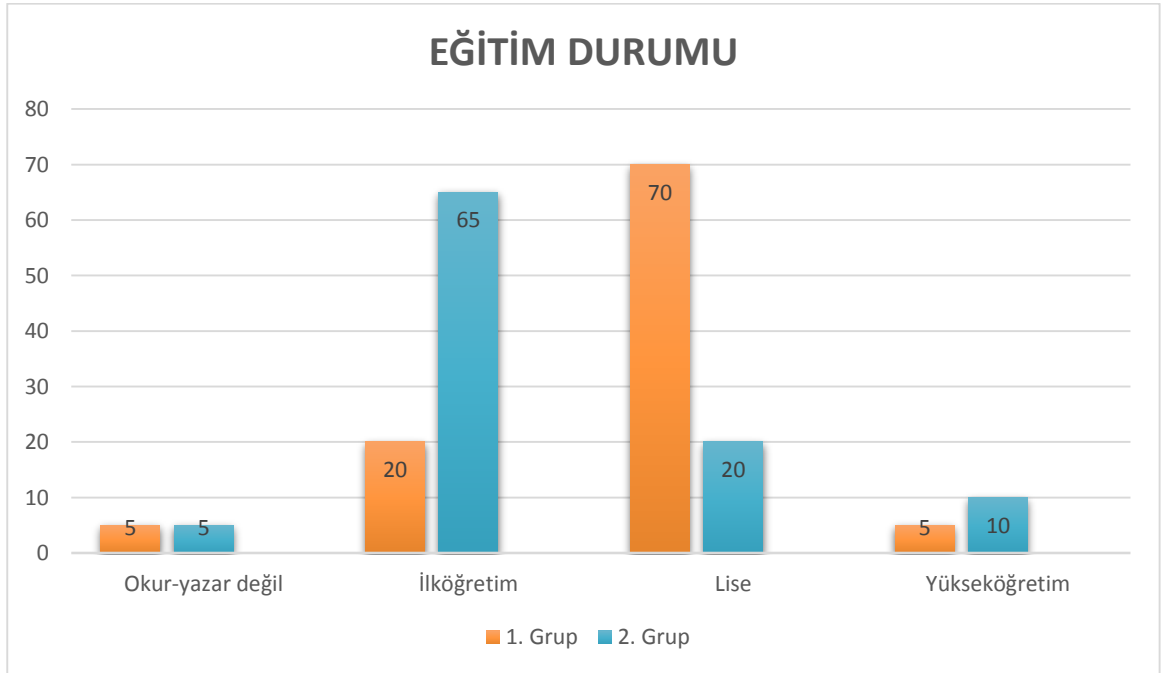
I. gruptaki annelerde eşleriyle akraba olanların sayısı 6 (%30), olmayanların sayısı 14 (%70)' dir. II. gruptaki annelerde eşleriyle akraba olanların sayısı 9 (%45) olmayanların sayısı 11 (%55)' dir.

I. grupta gelir düzeyi 1400-2000 TL arasında olanlar 4 (%20), 2000-2500 TL arasında olanlar 5(%25), 2500-3000 TL arasında olanlar 10 (%50), 3000 TL ve üstü olanlar 1(%5)' dir. II. grupta gelir düzeyi 1400-2000 TL arasında olanlar 8 (%40), 2000-2500 TL arasında olanlar 5(%25), 2500-3000 TL arasında olanlar 7 (%35), 3000 TL ve üstü olan aile yoktur. Çalışmaya alınan annelerin aile gelir durumları Şekil 2' deki gibidir.



Şekil 2. Grupların gelir durumunun yüzdelerik dağılımı

I. grupta okur-yazar olmayan anneler 1 (%5), ilköğretim mezunu olanlar 4 (%20), lise mezunu olanlar 14 (%70) ve yükseköğretim mezunu olanlar 1(%5)' dir. II. grupta okur-yazar olmayan anneler 1 (%5), ilköğretim mezunu olanlar 13 (%65), lise mezunu olanlar 4 (%20) ve yükseköğretim mezunu olanlar 2 (%10)' dir. Çalışmaya alınan annelerin eğitim durumları Şekil 1' deki gibidir:



Şekil 1. Grupların eğitim durumunun yüzdelerik dağılımı

I. grupta herhangi bir işte çalışan annelerin sayısı 5 (%25), çalışmayanların sayısı ise 15 (%75)' dir. II. grupta herhangi bir işte çalışan annelerin sayısı 2 (%10), çalışmayanların sayısı ise 18 (%90)' dir.

I. gruptaki annelerde psikiyatri öyküsüne rastlanmamıştır. II. grupta sadece bir kişide psikiyatri öyküsü mevcuttur.

I. gruptaki annelerde tıbbi hastalık öyküsü olanlar 4 (%20), tıbbi hastalık öyküsü olmayanlar 16 (%80)' dir. Bu grupta tıbbi hastalık öyküsü olanlardan tedavi alanlar 4 (%20), tedavi almayanlar 16 (%80)' dir. II. gruptaki annelerde tıbbi hastalık öyküsü olanlar 4 (%20), tıbbi hastalık öyküsü olmayanlar 16 (%80)' dir. Bu grupta tıbbi hastalık öyküsü olanlardan tedavi alanlar 4 (%20), tedavi almayanlar 16 (%80)' dir.

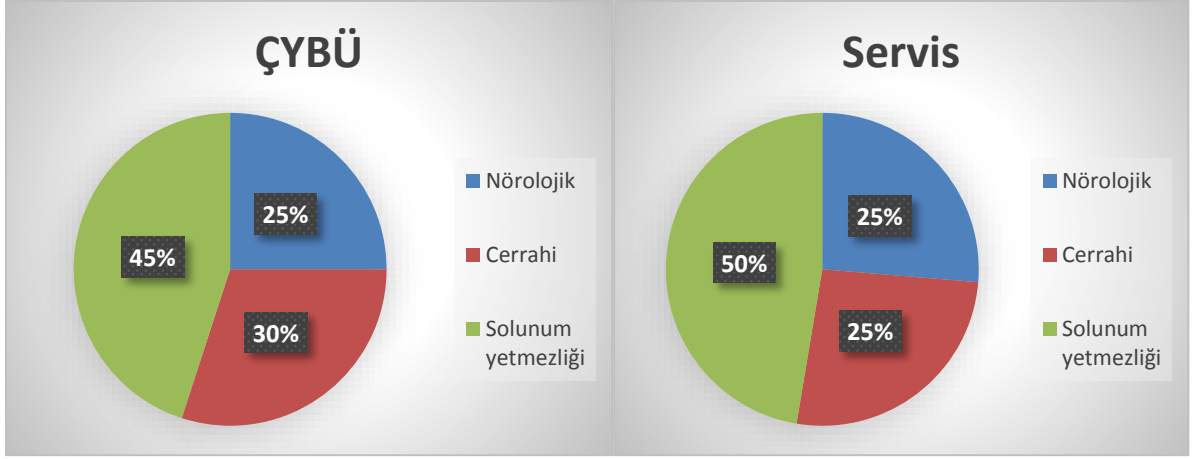
I. gruptaki annelerde bakım konusunda yardımcı olabilecek kişilerin varlığı 12 (%60), olamayanlar ise 8 (%40)' dır. II. gruptaki annelerde bakım konusunda yardımcı olabilecek kişilerin varlığı 10 (%50), olamayanlar ise 10 (%50)' dır.

I. gruptaki annelerde çocuğun geleceğiyle ilgili beklentilerde daha iyi olacağını düşünenler 13 (%65), gelecekte daha kötü olacağını düşünenler 3 (%15), kararsız kalanlar 4 (%20)' dir. II. gruptaki annelerde çocuğun geleceğiyle ilgili beklentilerde daha iyi olacağını düşünenler 18 (%90), gelecekte daha kötü olacağını düşünenler 0, kararsız kalanlar 2 (%10)' dir.

I. grupta kardeşi olan çocuklar 11 (%55), olmayan çocuklar 9 (%45)' dir. II. grupta kardeşi olan çocuklar 10 (%50), olmayanların sayısı 10 (%50)' dir.

Annelerin demografik özelliklerinde gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi ($p > 0.05$).

ÇYBÜ' de yatmakta olan çocuklar 5 (%25) nörolojik hastalıklar, 6 (%30) cerrahi sonrası, 9(%45)' i de solunum yetmezliği tanısıyla yatmaktadır. Serviste yatan çocuklar ise 5 (%25)nörolojik hastalıklar, 5 (%25) cerrahi sonrası, 10 (%50)' u da solunum yetmezliği tanısıyla yatmaktadır. ÇYBÜ ve serviste yatan çocukların hastalıklarına göre yüzdeler dağılımı Şekil 3 ' deki gibidir:



Şekil 3. ÇYBÜ ve serviste yatan çocukların hastalıklarına göre yüzdelik dağılımı

Annelerin depresyon değerlendirme sonuçları Tablo 5' de gösterildi.

Tablo 5. Annelerin depresyon değerlendirme sonuçları

	1.Grup	2.Grup	P
	X±SS	X±SS	
Beck Depresyon Toplam Skoru (BECK-D)	39.7 (9.71)	18.5 (7.94)	0.001

Beck Depresyon Toplam Skoru I. gruptaki annelerde minimum puan 18 maksimum puan 56 ortalama 39.7 ± 9.71 II. gruptaki annelerde minimum puan 5 maksimum puan 31 ortalama 18.5 ± 7.94 bulundu. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.001$).

Annelerin yaşam kalitesi Tablo 6' da gösterildi.

Tablo 6. Annelerin yaşam kalitesi değerlendirme sonuçları

	1.Grup	2.Grup	P
	X±SS	X±SS	
<u>Nottingham Sağlık Profili</u>			
Nel	74.12 (29.8)	27.5 (34.88)	0.001
Np	21.65 (24.9)	9.99 (22.5)	0.30
Ner	75.2 (23.8)	36.16 (28.39)	0.001
Ns	34.7 (26.9)	15.6 (22.9)	0.008
Nsi	58.5 (24.9)	19.14 (21.9)	0.001
Npa	14.7 (15.8)	4.8 (9.12)	0.076
Nottingham Toplam	279.0 (83.1)	113.33 (76.97)	0.001

Çalışma kapsamında NSP'nin alt skorları ve toplam NSP puanı değerlendirilmiştir. Toplam NSP puanı alt skorların toplamından elde edilmiştir. NSP gruplara göre ayrı ayrı değerlendirildiğinde I.grupta Nel (enerji) minimum 24 puan maksimum 100 puan bulunmuş olup ortalamaları 74.12±29.8 çıkmıştır. II. grupta Nel (enerji) minimum 0 puan maksimum 100 puan bulunmuş olup ortalamaları 27.5± 4.88 çıkmıştır. Gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0.001). I. grupta Np (ağrı) minimum 0 puan maksimum 91 puan bulunmuş olup ortalamaları 21.65±24.9 çıkmıştır. II. grupta Np (ağrı) minimum 0 puan maksimum 100 puan bulunmuş olup ortalamaları 9.99±22.5 çıkmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0.05). I. grupta Ner (emosyonel reaksiyonlar) minimum 29 puan maksimum 100 puan bulunmuş olup ortalamaları 75.2±23.8 çıkmıştır. II. grupta Ner (emosyonel reaksiyonlar) minimum 0 puan maksimum 86 puan bulunmuş olup ortalamaları 36.16±28.39 çıkmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0.001). I. grupta Ns (uyku) minimum 0 puan maksimum 78 puan bulunmuş olup ortalamaları 34.7±26.9 çıkmıştır. II. grupta Ns (uyku) minimum 0 puan maksimum 78 puan bulunmuş olup ortalamaları 15.6±22.9 çıkmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0.05). I. grupta Nsi (sosyal izolasyon) minimum 22 puan maksimum 100 puan bulunmuş olup ortalamaları 58.5±24.9 çıkmıştır. II. grupta Nsi (sosyal izolasyon) minimum 0 puan maksimum 62 puan bulunmuş olup ortalamaları 19.14±21.9 çıkmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0.001). I. grupta Npa (fiziksel aktivite) minimum 0 puan maksimum 44 puan bulunmuş olup

ortalamları 14.7 ± 15.8 çıkmıştır. II. grupta Npa (fiziksel aktivite) minimum 0 puan maksimum 34 puan bulunmuş olup ortalamları 4.8 ± 9.12 çıkmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$). Nottingham Toplam I. grupta minimum 121 puan maksimum 442 puan ortalama 279.0 ± 83.1 , II. grupta minimum 29 puan maksimum 345 puan ortalama 113.33 ± 76.97 çıkmıştır.

Annelerin anksiyete değerlendirme sonuçları Tablo 7' de gösterildi.

Tablo 7. Annelerin anksiyete değerlendirme sonuçları

	1.Grup	2.Grup	p
	X±SS	X±SS	
<u>Stai Form Tx1 ve Tx2</u>			
Stai Form Tx1 Doğrudan İfadeler	24.1 (4.37)	17.95 (3.85)	0.001
Stai Form Tx1 Tersine İfadeler	36.5 (3.48)	31.3 (4.6)	0.001
Stai Form Tx1 Toplamı	37.1 (4.88)	36.65 (4.46)	0.718
Stai Form Tx2 Doğrudan İfadeler	30.4 (4.36)	30.65 (3.78)	0.841
Stai Form Tx2 Tersine İfadeler	19.5 (2.37)	17.9 (3.05)	0.091
Stai Form Tx2 Toplamı	46.9 (6.01)	47.75 (4.07)	0.461

Stai Form Tx1 ve Tx2 testlerinde, Stai Form Tx1 Doğrudan İfadeler değerlendirmesinde I. grupta annelerde minimum puan 17 maksimum puan 36 ortalama 24.1 ± 4.37 çıkmıştır. II. grupta annelerde minimum puan 11 maksimum puan 25 ortalama 17.95 ± 3.85 çıkmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$). Stai Form Tx1 Tersine İfadeler değerlendirmesinde I. grupta annelerde minimum puan 27 maksimum puan 40 ortalama 36.5 ± 3.48 çıkmıştır. II. grupta annelerde minimum puan 23 maksimum puan 37 ortalama 31.3 ± 4.6 çıkmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$). Stai Form Tx1 Toplamı I. grupta minimum 30 maksimum 50 puan bulunmuş olup ortalama 37.1 ± 4.88 bulunmuştur. II. grupta minimum 31 maksimum 48 puan bulunmuş olup ortalama 36.65 ± 4.46 . Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Stai Form Tx2 Doğrudan İfadeler değerlendirmesinde I. grupta annelerde minimum puan 21 maksimum puan 40 ortalama 30.4 ± 4.36 çıkmıştır. II.

grupta annelerde minimum puan 24 maksimum puan 38 ortalama 30.65 ± 3.78 çıkmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Stai Form Tx2 Tersine İfadeler değerlendirmesinde I. grupta annelerde minimum puan 15 maksimum puan 23 ortalama 19.5 ± 2.37 çıkmıştır. II. grupta annelerde minimum puan 11 maksimum puan 23 ortalama 17.9 ± 3.05 çıkmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Stai Form Tx2 Toplamı I. grupta minimum 35 maksimum 60 puan bulunmuş olup ortalama 46.9 ± 6.01 bulunmuştur. II. grupta minimum 41 maksimum 57 puan bulunmuş olup ortalama 47.75 ± 4.07 bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).



Çocukların değerlendirme sonuçları tablo 8' de gösterildi.

Tablo 8. Çocukların değerlendirme sonuçları

	1.Grup (n=20) Annelerin Çocukları	2.Grup (n=20) Annelerin Çocukları	P değeri
	X±SS	X±SS	P
Yaşı (Ay)	55.8 (50.7)	51.9 (50.9)	0,842
Doğum Kilosu (gr)	2957 (664.07)	3041 (571.38)	0,980
Boy (cm)	87.55 (31.3)	89.55 (34.4)	0,850
Vücut Ağırlığı (kg)	22.7 (16.31)	19.2 (15.8)	0,940
	n (%)	n (%)	p
Gestasyon Haftası			
Miadında	14 (70)	18 (90)	0,550
Prematüre	6 (30)	2 (10)	
Doğum Şekli			
Normal Doğum	12 (60)	14 (70)	0,562
Sezaryen Doğum	8 (40)	6 (30)	
Cinsiyeti			
Kız	13 (65)	10 (50)	0,422
Erkek	7 (35)	10 (50)	
Tanısı			
Nörolojik Hastalıklar	5 (25)	5 (25)	0,120
Cerrahi Sonrası	6 (30)	5 (25)	
Solunum Yetmezliği	9 (45)	10 (50)	
Hastaneye Yatış Sıklığı			
Var	9 (45)	10 (50)	0,752
Yok	11 (55)	10 (50)	
Maddi Külfet			
Var	17 (75)	19 (95)	0,842
Yok	3 (15)	1 (5)	
Eşlik Eden Hastalıklar			
Var	7 (35)	11 (55)	0,435
Yok	13 (65)	9 (45)	
Geçirdiği Hastalıklar			
Var	7 (35)	9 (45)	0,441
Yok	13 (65)	11 (55)	
Entübasyon			
Var	10 (50)	5 (25)	0,762
Yok	10 (50)	15 (75)	

Tablo 8. Çocukların değerlendirme sonuçları (Devam)

	1.Grup (n=20) Annelerin Çocukları	2.Grup (n=20) Annelerin Çocukları	P değeri
	n (%)	n (%)	p
Geçirdiği Ameliyat Varlığı			
Var	4 (20)	2 (10)	0,852
Yok	16 (80)	18 (90)	
Analjezik Kullanımı			
Var	12 (60)	6 (30)	0,525
Yok	8 (40)	14 (70)	
Beslenme Şekli			
Peg	3 (15)	2 (10)	0,552
Oral	8 (40)	13 (65)	
Nazogastrik tüp	9 (45)	5 (25)	

Yoğun bakımda yatan çocuklar yatış nedenleri açısından Nörolojik (n=5), Cerrahi (n=6) ve Solunum yetmezliği (n=9) olmak üzere 3 alt gruba ayrıldı. Farklı hastalık gruplarındaki çocukların annelerinin kaygı, depresyon ve yaşam kalitesi düzeyleri ölçümleri bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi ile kıyaslandığında, hastalık grupları arasında annenin kaygı, depresyon ve yaşam kalitesi düzeyleri ölçümleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$).

Serviste yatan çocuklar yatış nedenleri açısından Nörolojik (n=5), Cerrahi (n=5) ve Solunum yetmezliği (n=10) olmak üzere 3 alt gruba ayrıldı. Farklı hastalık gruplarındaki çocukların annelerinin kaygı, depresyon ve yaşam kalitesi düzeyi ölçümleri bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi ile kıyaslandığında, hastalık grupları arasında annenin

kaygı, depresyon ve yaşam kalitesi düzeyleri ölçümleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$).



5. TARTIŞMA

Yoğun bakım ünitesine giriş hem hastalar hem de aileleri için oldukça stresli bir deneyimdir. Özellikle ÇYBÜ ve çocuk servislerinde refakat eden aile üyesi anneler için çocuklarının genel durumunun kötü olması, ciddi hayati tehlikesinin olması hastaneye ilk kabulünden itibaren zorlu bir sürecin başlangıcı olarak düşünülebilir.

Yoğun bakım üniteleri, hastaların kritik durumu, özellikle girişimsel uygulama yöntemleri, sesli ve karmaşık cihazlarla donatılmış olmasından dolayı bilinci açık olan hastalar için olduğu kadar hasta yakınlarında da strese neden olabilirler. [52] Bu karmaşık ortamlara hasta yakınlarının kısıtlı sürelerde alınması anksiyeteye sebep olmakta, bu dejeneratif süreç devam ettikçe depresyon meydana gelmektedir. Hastanın fiziksel sağlığı ve psikolojik durumu bozuldukça yakınlarının yaşam kalitesi etkilenmektedir.

Bizim çalışmamızda ÇYBÜ'deki refakatçi annelerin her ne kadar kaygı ve depresyon düzeyleri etkilenmiş bulunsa da onların 24 saat boyunca çocukların yanında olması bakım sürecine katılmaları ve tıbbi bilgilendirmenin daha sık yapılması annelerin sürece uyumunu arttırmıştır. Hastalık durumunu kabullenmelerini kolaylaştırmıştır. Carlson ve ark. çalışmalarında aile üyelerinin yoğun bakım ziyaretlerinin sık olmasının hastanın tıbbi durumu hakkında daha fazla bilgiye sahip olunabileceği, stresle baş etmede daha rahat olduklarını ve tıbbi ekiple olan iletişimin daha kolay sağlandığını belirtmişlerdir. [53] Çalışmamızda ise 1. Grubun NSP'nin Ner (emosyonel reaksiyonlar) 2. Gruba göre anlamlı derecede yüksek idi. Bunun sebebinin çocukların durumlarının daha kritik olması ve buldukları ortamdan kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Rennick JE ve ark. çocuklara yapılan invaziv uygulamalar esnasında annenin çocuğun yanında olması işlem esnasında çocuğun daha az ağrı hissetmesine, tıbbi işlemlerin daha rahat uygulanmasına yol açtığını düşünmektedirler. Ayrıca çocukların annelerinin dokuması ve sesli telkinleri ile rahatladıklarını belirtmişlerdir. [54]

Smith L. ve arkadaşlarının yaptığı araştırmaya göre; akut medikal bir tanı alan ve hastaneye yatırılı olan çocukların ebeveynleri, yatıştan 48 saat ve sonrasında kendilerini dış dünyadan soyutlanmış bir şekilde hissettiklerini belirtmişlerdir.[55] Biz değerlendirmelerimizi refakatçi annelerin içinde buldukları duruma yanıtlarını erken dönemde değerlendirmek ve buldukları mekanların fiziksel sıkıntılarından etkilenmesini engellemek amacıyla 24-48 saat içinde yaptık.

Çocukları için endişe duyan ebeveynlerin bu durumda, uygun ve açık bir şekilde bilgilendirilmesi, destek verilmesi, konuyla ilgili özel tavsiyeler verilmesi gerektiği ortaya çıkmıştır. [55] Benzer şekilde çalışmamızda da 1. Grubun NSP'nin Nsi (sosyal izolasyon) skoru 2. Gruptan daha yüksek bulundu.. Yapılan bir araştırmada, ailelerin ihtiyaçlarının, çocuğun sağlık durumu ve hakkında yazılı bilgi alma istekleri, ekonomik yardım ve taburculuk sonrası gözlemler olduğu görülmüştür. Ailelerin ihtiyaçlarının karşılanması, çocuklarının tedavisi ve iyileşme süreci açısından önemli bulunmuştur. [56]

Başbakkal ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada elde edilen bulgular incelendiğinde, çocuğun kliniğe yatırılmasının annelerin anksiyete düzeyini arttırdığı, annelere hastaneye yatış sonrası çocuklarda gözlemlenebilecek davranış değişikliklerine yönelik eğitimin, annelerin anksiyetesini azaltmakta etkili olmadığı, annelere klinik hakkında bilgi verilmesinin annelerin anksiyetesini azalttığı bulunmuştur. Hastaneye yatış sonrasında çocuklarda davranış değişikliklerinin ortaya çıktığı, çocuklarda hastaneye yatış sonrası davranış değişiklikleri konusunda verilen eğitimin annelerin bu davranış değişiklikleri hakkında farkındalıklarını arttırdığı, çocuğun cinsiyeti, yaşı, tanısı, annenin yaşı, çocuk sayısı değişkenlerinin annelerde anksiyete düzeyi üzerinde etkili olmadıkları saptanmıştır. [57]

Yaşam kalitesi Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından insanların, hedefleri, beklentileri, standartları ve endişeleri bakımından hayattaki konumları olarak tanımlanmıştır. Bu, kişinin fiziksel sağlığını, psikolojik durumunu, bağımsızlık seviyesini, sosyal ilişkilerini, kişisel inançlarını ve bunların çevrenin göze çarpan özellikleriyle ilişkisini de içeren geniş bir kavramdır. [58] Bu yüzden, yaşam kalitesi basit bir şekilde sağlık durumu, hayat stili, memnuniyet, mental durum, ya da sağlık durumuyla eşitlenemez; çünkü bu kişinin bunlar ve hayatın diğer yönlerini nasıl algıladığını da içeren çok boyutlu bir kavramdır. [59]

DSÖ'nün ruhsal sorunların önlenmesi konulu 2004 yılında yayınladığı rapora göre; stresli yaşam olayları, fiziksel rahatsızlıklar, aile düzeninin bozulması ruh sağlığını etkileyen risk faktörleridir. Bu durumların uzun süre devam etmesi halinde kardiyovasküler hastalık, kanser vb. riskinin arttırdığını belirtmektedir. [60] Çalışmamızda 1.Grubun NSP Nel (enerji) skoru ve Np (ağrı) 2.Grubun skorundan daha yüksek bulunması bu annelerin kendilerini daha fazla yorgun hissetmelerinin daha sonraki süreçte bazı fiziksel rahatsızlıklara neden olabileceğini düşünmekteyiz. N(p) skoru her iki grupta da yüksek olmasına rağmen gruplararası karşılaştırmalarda anlamlı fark çıkmamıştır. Refakatçi annelerin buldukları fiziksel şartların ve bakım yükünün tekrar gözden geçirilmesinin gerekliliği görüşünderiz.

Refakat etme süreleri diğer aile bireyleri ile paylaşılabilir. Refakatçilere kas iskelet sistemlerini koruyacak şekilde postürü koruma, çocuğu kucağına alma, emzirme ve oturma zamanlarında dikkat edilmesi gereken hususlarda tavsiyelerde bulunulabilir.

Literatürde ebeveynlerin çocuklarıyla ilgili olumsuz durumlardaki yaşam kalitesini ölçen pek çok çalışma mevcuttur. Gönener ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptıkları bir çalışmada okul yaş dönemi çocuğu olan ebeveynlerin hastalık ve hastaneye yatma durumunda ebeveynlerin endişe kaynaklarını ölçen bir ölçek geliştirmişler (Ebeveynlerin Endişe Kaynakları Ölçeği=EEKÖ) ve araştırmalarında Endişe Oluşturan Düşünce Kaynakları (ÇEKÖ), Beck Anksiyete Envanteri (BAE) ve Spielberger durumluk-sürekli kaygı ölçeğini kullanmışlardır [27]. Deniz M.E. ve arkadaşları bizim çalışmamıza benzer şekilde İstanbul ve Konya illerinde bulunan engelli çocuklara sahip 407 ebeveyne durumluk-sürekli kaygı envanteri, yaşam doyumu ölçeği uygulanmış ve araştırma sonucunda durumluk-sürekli kaygının yaşam doyumunu anlamlı düzeyde etkilediği görülmüştür ($p<0.01$). Ebeveynlerin sürekli kaygı düzeyleri cinsiyet değişkeni açısından anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır, çocuğun engel türüne göre ebeveynlerin durumluk-sürekli kaygıları ve yaşam doyumları da anlamlı düzeyde farklılaştığı saptanmıştır. [61] Gökçedağ ve arkadaşları 2012 yılında spina bifida tanısı alan 30 çocuğun anne ve babasına Beck Anksiyete Envanteri, Beck Depresyon Envanteri ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği uygulamıştır. Annelerin çocuğun hastalığının en çok yük getiren yönüne ilişkin düşüncelerine bakıldığında; % 46.7'sinin “duygusal çöküntü” yaşadığını dile getirmiştir. Babaların çocuğun hastalığının en çok yük getiren yönüne ilişkin düşüncelerine bakıldığında ise; % 26,7'sinin “duygusal çöküntü” yaşadığını, % 20'si “hiçbir yük getirmediğini” dile getirmiştir. Bizim çalışmamızın sonuçlarına göre ÇYBÜ’de olan annelerin emosyonel değişikliklerin daha fazla olmasının yoğun bakımın daha stresli ve çocuktaki invaziv girişimlerim daha fazla olduğu bir ortamından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Erdoğan ve arkadaşları tarafından 2015 yılında ÇYBÜ ne çocuğu yatırılan ebeveynlerin depresyon düzeyini, anne ve babaların depresyon düzeyleri arasında farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla 25 çocuk hastanın ebeveynlerine Beck depresyon ölçeği uygulanmış. ÇYBÜ ‘de yatan çocukların hem anne hem de babalarında depresyon oranları normal popülasyona göre belirgin derecede yüksek bulunmuş. Çalışma, hastaların anne ve babalarına psikolojik danışmanlık ve psikiyatrik destek verilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır. [62] Bahadır A. ve arkadaşları 2015 yılında yaptıkları çalışmada Pediatrik Hematoloji-Onkoloji ünitesinde takip edilmekte olan tedavisi

devam eden veya tedavisi tamamlanmış 70 hastanın annesi çalışmaya alındı. Hasta annelerinin durumluluk-sürekli kaygı, umutsuzluk, anksiyete, depresyon ve tükenmişlik durumları değerlendirildi. Durumluk-süreklilik kaygı envanteri (STAI-1, STAI-2), Beck Umutsuzluk Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği , Beck Depresyon Ölçeği ve Tükenmişlik Ölçeğini içeren altı anket uygulanmıştır. Sonuç olarak annelere babanın ve diğer aile fertlerinin desteğine ilave olarak sağlık personeli tarafından destek sağlanması psikolojik bozuklukların büyük ölçüde önlenmesini sağlayacaktır. Hasta ebeveynlerinin tanı ve sonrasında bilgilendirilmeleri onların anksiyetelerini hastalığın başında azaltacağı düşünülmektedir. Dolayısı ile yaşam şartlarını yeni duruma göre ayarlayıp hem çocuk hem de ailenin yaşam kalitesi artırılabilir. Ayrıca ailelere ekonomik destek sağlanması çocuklarına bakım konusunda yardımcı olunması onların kaygılarını büyük ölçüde azaltmaya yardımcı olacaktır. [63]

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

ÇYBÜ’de refakatçi anne olarak bulunmak sıkıntılı bir süreçtir. Bu sıkıntılı sürecin hazırlayıcısı olarak; yaşamı tehdit eden durumun bulunuyor olması, aile bireylerinden veya sevdiklerinden ayrılma kaygısı, günlük aktiviteleri yerine getirememe, sosyal izolasyon, tedavinin sonucunun belli olmaması ve yoğun bakım ünitesinin yabancı bir yer olması, fiziksel ortamın günlük yaşantıya uygun olmaması etkileyici faktörler olabilir. Refakatçi annelerin bu süre içerisinde gerekli görülürse destek alması önerilebilir.



7.KAYNAKLAR

1. Er, M., *Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler*. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2006. **49**: p. 155-168.
2. Özyıldız A, B.N., *Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların yakınlarının gereksinimleri*. Ankara Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2006.
3. Sönmez, S., *Yoğun Bakımda Çocuğu Yatan Ailelerin Algılanan Gereksinimlerinin Hemşirelerce Algılanması*. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir), 2001.
4. Uzun Ö, Ö.N., Akyıl ÇR *Cerrahi Kliniklerinde ve Cerrahi Yoğun Bakım Ünitelerinde Yatan Hastaların Aile Üyelerinin Gereksinimleri*. AÜTD, 2002. **34**: p. 39- 45.
5. Çavuşoğlu, H., *Hastaneye yatmanın çocuk ve aile üzerindeki etkileri*. Çocuk Sağlığı Hemşireliği Cilt 1. Genişletilmiş 9. Baskı, Ankara: Sistem Ofset Basımevi, 2008.
6. Orr DP, W.S., Satterwhite B, Pless IB. , *Psychosocial implications of chronic illness in adolescence*. J Pediatr, 1984(104): p. 152-157.
7. Er., D., *Hastanede yatan çocuklar ve ailelerinin kaygı düzeyini etkileyen faktörlerin incelenmesi*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi) Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1998.
8. Govier, L., *Spiritual Care İn Nursing: A Systematic Approach*. 2000. **14**: p. 32-36.
9. Rennick, J., et al. , *Children's psychological and behavioral responses following pediatric intensive care unit hospitalization: the caring intensively study*. BMC Pediatrics, 2014. **14**: p. 276.
10. Sekmen K, H.S., *Yoğun bakım ünitesi teknolojik ortamının hasta ve ailesi üzerine etkileri*. Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi 1999. **3**: p. 22-26.
11. Topuz, S., ve ark., *Türkiye'de farklı engellere sahip çocukların annelerinin yaşam kalitesinin ve psikososyal destek ihtiyaçlarının araştırılması*. Turk J Physiother Rehabil, 2014. **25(2)**: p. 63-71.
12. Clark, E., et al, *Stress in families with medically fragile children*. Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 2002. **25(3)**.
13. Çelebioğlu, A., *Yenidoğanın Hastaneye Kabulünde Ebeveynlerin Duyguları ve Hemşirelik Yaklaşımı*. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 2004. **1(1)**: p. 3-7.
14. Sabuncu N, Ş.L., Gülseven B. , *Visiting in ICUs: the opinions of nurses and patients' relatives*. Connect Critical Care Nursing in Europe, 2001. **1**: p. 87-92.
15. Taşdemir N, Ö.E., *Yoğun bakım ünitesinde ziyaret uygulaması: ziyaretin hasta, hasta ailesi ve hemşire üzerine etkileri*. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2007. **11**: p. 27-31.
16. Jackson, K., et al. , *Quality of care of the preterm infant/the parent and nurse perspective*. Acta Pædiatrica, 2006. **95**: p. 29-37.
17. Uzun Ö., Ö.N., *Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Aile Üyelerinin Gereksinimleri*. Sendrom, 2003: p. 121-123.
18. *Pediyatrik Çocuk Yoğun Bakım Raporu*. Çocuk Acil Tıp Ve Yoğun Bakım Derneği, 2006.
19. Buket Pınar A., T.S., *Çocuk Yoğun Bakım Ünitelerinin Tarihçesi Ve Günümüzde Türkiye'deki Durumunun Örneklerle İncelenmesi*. Sigma 4 2012: p. 64-76.
20. <http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/5ce9ee5f01004b89a5c00ccad7550728.pdf>.
21. Polat, S., ve ark., , *İkinci Basamak Sağlık Kuruluşunda Yatan Çocuk Hastaların Özellikleri*. Türk Tabipleri Birliği Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED), 2006. **15**: p. 9.

22. Riddle II, H.J., Eberly TW, Carter MC, Miles MS. , *Stressors in the pediatric intensive care unit as perceived by mothers and fathers*. MCN Am J Matern Child Nurs, 1989. **18**: p. 221-233.
23. Galvin, E., Boyers ,L., Schwartz, Pk., Jones, Mw., Warwick, J.,Davis J. , *Challenging the precepts of family-centered care: testing a philosophy*. Pediatric Nursing, 2000. **26**(6): p. 625-632.
24. Shields, L., Kristensson-Hallström, I.,O'callaghan, M. , *An examination of the needs of parents of hospitalized children: Comparing parents's and staff perceptions*. Scandinavian Journal Caring Science, 2003. **17**: p. 176-184.
25. Kaplan H.I., S.B.J., *Pocket Handbook of Clinical Pschiatry.Anxiety Disorders*. Williams&Wilkins, Baltimore, 1990: p. 96-99.
26. Spielberger, C.D., Gorsuch, R. L., &Lushene, R. E. , *Manual for state and anxiety inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist, 1970.
27. Gönener, D., *Okul Yaş Dönemi Çocuğu Olan Ebeveynlerin Hastalık ve Hastaneye Yatma Durumunda "Ebeynlerin Endişe Kaynakları Ölçeği" nin Geliştirilmesi ve Çocukların Endişe Kaynakları ile Etkileşimi*. Gaziantep Tıp Dergisi 2009. **15**(1): p. 31-40.
28. Steer, R.A.B., Aaron T. Zalaquett, Carlos P. (Ed); Wood, Richard John (Ed). (1997), *Evaluating stress: A book of resources*. Lanham, MD, US: Scarecrow Education, 1997: p. 23-40.
29. Holroyd, J., *Questionnaire on Resources and Stress for families with chronically ill or handicapped members*. Branboon, VT: Clinical Psychology
1987.
30. Knafl K., Z.L., *Childhood chronic illness: a comparison of mothers' and fathers' experiences* J Fam Nurs, 2000. **6**: p. 287-302.
31. Çevik A, V.V., *Depresyonun psikodinamik etiyojisi*. Depresyon Monografları Serisi 3, 1993: p. 109-122.
32. Köroğlu, E., *Amerikan Psikiyatri Birliğı: Mental Bozuklukların Tanısal ve sayımsal El Kitabı (DSM-IV)*. Washington, DC: Amerikan Psikiyatri Birliğı,1994'ten çeviri,. Hekimler Yayın Birliğı, Ankara, 1998. **4**.
33. Akın A., Ç.B., *Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği(DASÖ): (Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri Ocak* 2007: p. 241-268.
34. Zung, W.W.K., *A Self-Rating Depression Scale*. Archive of General Psychiatry, 1965. **12**: p. 63-70.
35. Hamilton, M., *A rating scale for depression*. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 1960. **23**: p. 56-62.
36. Felce P, P.J., *Exploring current conceptions of quality of life*. Sage Pub, 1996.
37. Eiser, C., *The measurement of Quality of Life in Children: Past and future perspectives*. J Dev Behav Pediatr, 2001. **22**: p. 248-256.
38. Hunt, S., *The Nottingham health profile: Subjective health status and medical consultations*. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology, May 1981. **15**(3): p. 221-229.
39. Ware JE Jr1, S.C., *The MOS 36-item short-form health survey (SF-36), Conceptual framework and item selection*. Med Care., 1992. **30**(6): p. 473-483.
40. Ware J, J., Kosinski M, Keller SD., *A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity*. Med Care., 1996: p. 220–233.

41. Boonstra AM1, R.M., Stewart RE, Balk GA. , *reliability and validity for patients with acquired brain injury*. Int J Rehabil Res., 2012. **2**(35): p. 153-160.
42. Curry, S., *Identifying family needs and stresses in the intensive care unit*. Br J Nurs, 1995. **4**: p. 15-19.
43. Baysal, B., *Süreğen hastalıklar ve hastaneye yatış: çocuk, aile ve tedavi ekibi*. Katkı Pediatri Dergisi 1996. **17**: p. 912-918.
44. Granberg A, E.I.B., Lunberg D., *Patients' experience of being critically ill or severely injured and cared for in an intensive care unit in relation to the ICU syndrome Part I*. Intensive and Critical Care Nursing, 1998. **14**: p. 294-307.
45. Molter, N., *Needs of the critically ill: A descriptive study*. Heart and Lung, 1979 **8**: p. 332-339.
46. Holden J, H.L., Johnson M., *Families, nurses and intensive care patients: a review literature*. Journal Clinical Nursing, 2002: p. 140-148.
47. Hupcey, J., *Looking out for the patient and ourselves the process of family integration into the ICU*. Journal of Clinical Nursing, 1999. **8**: p. 253- 262.
48. Hisli, N., *Beck Depresyon Envanteri'nin Üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği*. Psikoloji Dergisi, 1988. **7**(23): p. 3-13.
49. Beck, A., *An Inventory for measuring depression*. Arch Gen Psychiatry, 1961. **7**: p. 151-169.
50. Küçükdeveci AA, M.S., Kutlay S, et al. , *The development and psychometric assessment of the Turkish version of the Nottingham Health Profile*. Int J Rehabil Res., 2000. **23**: p. 31-38.
51. Öner N, L.C.A., *Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*. İstanbul Boğaziçi Üniversitesi Yayınları 1983: p. 333.
52. Engli, M., Kirsivali Farmer, K., , *Needs of family members of critically patients with and without acute brain injury*. J. Neurosci Nurs, 1993. **25**: p. 78-85.
53. Carlson EB, S.D., Muhtadie L, McDade-Montez L, Macia KS. , *Care and Caring in the ICU: Family Members' Distress and Perceptions about Staff Skills, Communication, and Emotional Support*. Journal of critical care, 2015. **3**(30): p. 557-561.
54. Rennick, J.E., et al. , *Mothers' experiences of a Touch and Talk nursing intervention to optimise pain management in the PICU: A qualitative descriptive study*. Intensive and Critical Care Nursing 2011. **3**(27): p. 151-157.
55. Smith L., D.H., *Weaving the seamless web of care: an analysis of parents' perceptions of their needs following discharge of their child from hospital*. J Adv Nurs, 2000. **4**(31): p. 812-820.
56. Bragadottir, H., *A descriptive study of the extent to which selfperceived needs of parents are met in paediatric units in Iceland*. Scand J Caring Sci, 1999. **3**(13): p. 201-207.
57. Başbakkal, Z., ve ark., *3-6 yaş grubu çocukların hastaneye yatışa karşı davranışsal tepkileri konusunda verilen eğitimin annelerin anksiyete düzeyi üzerine etkisinin incelenmesi*. Journal of Pediatric Nursing, 2003. **18**(3).
58. WHO, *The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization*. Soc Sci Med, 1995: p. 1403–1409.
59. WHO, *The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL):Development and general psychometric properties*. Soc Sci Med, 1998. **46**: p. 1569– 1585.

60. WHO, *Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options: Summary report*. 2004.
61. Deniz, M.E., Dilmaç, B., Arıca, , *Engelli çocucağı sahip olan ebeveynlerin durumluk-sürekli kaygı ve yaşam doyumlarının incelenmesi*. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 2009.
62. Seher, E., *Depression Status in Children's Parents During Hospitalization in the Pediatric Intensive Care Unit* ACU Sağlık Bil Derg, 2016. 2: p. 79-82.
63. Bahadır, A., ve ark., *Kanserli Çocukların Annelerinde Psiko-Sosyal Durumun Değerlendirilmesi* Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi, 2015. 3(29): p. 131-134.



EKLER

EK 1

BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ EBEVEYN DEĞERLENDİRME FORMU

1. Anne Adı-Soyadı: Tarih:
2. Annenin Yaşı:
3. Annenin canlı doğum sayısı: Annenin ölü doğum sayısı:
4. İlk anne olma yaşı:
5. Baba Adı-Soyadı: Babanın Yaşı:
6. Eşler arasında akrabalık durumu: EVET HAYIR
7. Gelir Düzeyi: 1400-2000 tl 2000-2500 tl
 2500-3000 tl 3000tl- üstü
8. Annenin Eğitim Durumu:
Okur-yazar değil: İlköğretim : Lise : Yükseköğretim:
9. Annenin Çalışma Durumu: EVET HAYIR
10. Babanın Eğitim Durumu:
Okur-yazar değil: İlköğretim: Lise : Yükseköğretim:
11. Babanın Çalışma Durumu: EVET HAYIR
12. Anne Daha Önce Herhangi Bir Psikiyatrik Hastalık Tanısı Almış mı? :
EVET HAYIR
13. Evet ise hastalık:.....
14. Annenin Tıbbi Hastalığı Var mı? EVET HAYIR
Evet ise hangi hastalık:.....
15. Geçmişte bu nedenle tedavi almış mı? EVET HAYIR
16. Çocuğun Bakımına Ebeveynlere Yardımcı Kişi Olma Durumu: VAR
YOK
17. Ebeveynlerin Çocuğun Geleceği İle İlgili Beklenti Durumu:
Gelecekte daha iyi olacağını düşünüyorum :
Gelecekte daha kötü olacağını düşünüyorum :
Kararsızım:
18. Kardeşleri varsa; eşlik eden ve ya geçirdiği hastalıklar:
19. Günlük refakat etme saati:

EK 2

BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK DEĞERLENDİRME FORMU

Protokol No:

TARİH:

1. Adı-Soyadı:
2. Doğum Tarihi-Yaşı: Gestasyon haftası:
3. Doğum şekli:
4. Doğum kilosu: Cinsiyeti: Irkı:
5. Boy: Vücut Ağırlığı:
6. Tanısı: Tanısı Ne Zaman Kondu?:
7. Sık sık hastaneye yatmak zorunda kaldı mı? EVET HAYIR
8. Tedavisi Maddi Külfet Gerektiriyor mu? EVET HAYIR
9. Eşlik eden hastalıklar:
10. Geçirdiği Hastalıklar:
11. Entübasyon: EVET HAYIR
12. Evet ise süresi nedir?:
13. Ekstübasyon sonrası geçen süre?
14. Önceden geçirdiği ameliyatlara var mı? EVET HAYIR
15. Evet ise bu ameliyat/ların isim/leri nedir?
16. Kullandığı İlaçlar, Dozları ve Sıklığı:
17. Analjezik kullanıyor mu? EVET HAYIR
18. Kullanıyorsa en son ne zaman aldı?
19. Hastaneye yattığı tarih:
20. Beslenme Şekli:

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- | | |
|--|---|
| <p>1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.</p> <p>2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.</p> <p>3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.</p> <p>4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.</p> <p>5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.</p> <p>6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.</p> <p>7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.</p> <p>8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.</p> <p>9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.</p> <p>10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.</p> <p>11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.</p> | <p>12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.</p> <p>13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.</p> <p>14 (0) Eskisi kadar iyi iş gücü yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.</p> <p>15 (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.</p> <p>16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.</p> <p>17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.</p> <p>18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.</p> <p>19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.</p> <p>20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilğim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.</p> <p>21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.</p> |
|--|---|

Toplam BECK-D skoru:.....

EK 4

Nottingham Sağlık Profili

BÖLÜM 1

Aşağıda insanların günlük hayatta karşılaşılabilecekleri bazı problemler sıralanmıştır. Listeye bakınız ve şu anda sahip olduğunuz problem için *Evet*, olmadığınız problem için *Hayır* kutucuğunu işaretleyiniz. *Lütfen her soruyu cevaplayınız*. Emin değilseniz, şu anda *en doğru* olduğunu düşündüğünüz cevabı işaretleyiniz.

ENERJİ

- | | <i>Evet</i> | <i>Hayır</i> |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Enerjim Kısa sürede tükeniyor. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Herşey çaba harcamamı gerektiriyor. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Her zaman yorgunum. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

AĞRI

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Merdivenleri inerken ve çıkarken ağrım oluyor. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ayakta durduğum zaman ağrım oluyor. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Pozisyonumu değiştirirken ağrım oluyor. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Oturduğum zaman ağrım oluyor. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Yürüdüğüm zaman ağrım oluyor. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Geceleri ağrım var. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Dayanılmaz ağrılarım var. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Sürekli ağrılar içindeyim | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

DUYGUSAL REAKSİYONLAR

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Günler çok ağır geçiyor. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Kendimi sinirli hissediyorum. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Eğlenmenin ve hoşça vakit geçirmenin nasıl bir şey olduğunu unuttum. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Bu günlerde kolaylıkla öfkeleniyorum. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Birtakım şeyler beni huzursuz ediyor. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Keyfim kaçmış bir şekilde uyanıyorum. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Endişelenmek geceleri uykumu kaçırıyor. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Sanki kontrolümü kaybediyormuşum gibi hissediyorum. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Hayatın yaşamaya değer olmadığını düşünüyorum. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

UYKU**Evet****Hayır**

1. Sabahın erken saatlerinde istemeden uyanıyorum.
2. Uykuya dalmam uzun sürüyor.
3. Geceleri kötü uyuyorum.
4. Uyumama yardımcı olması için ilaç alıyorum.
5. Gecenin büyük bir kısmında uyanık olarak yatıyorum.

SOSYAL İZOLASYON

1. İnsanlarla geçinmek güç geliyor.
2. İnsanlarla iletişim kurarken zorlanıyorum.
3. Kendimi yakın hissedeceğim kimsenin olmadığını düşünüyorum.
4. Kendimi yalnız hissediyorum.
5. İnsanlara yük olduğumu düşünüyorum.

FİZİKSEL HAREKETLİLİK

1. Bir şeylere uzanmak çok zor geliyor.
2. Eğilirken zorlanıyorum.
3. Merdivenlerden inerken ve çıkarken güçlük çekiyorum.
4. Uzun süre ayakta duramıyorum.
5. Sadece ev içinde yürüyebiliyorum.
6. Giyinirken zorlanıyorum.
7. Dışarıda yürümek için yardıma ihtiyaç duyuyorum.
8. Kesinlikle yürüyemiyorum.

EK 5**STAI FORM TX – I**

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:..... Tarih:...../...../.....

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 sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Su 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)

STAI FORM TX – 2

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:..... Tarih:...../...../.....

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 sarfetmeksizin **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	Herşeyi 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)

ÖZGEÇMİŞ

A. KİŞİSEL BİLGİLER

Adı soyadı: Burcu ÇABUK

Doğum tarihi: 17.05.1989

Yabancı dil bilgisi: İNGİLİZCE

Görev yeri: BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ

E-posta adresi: burcu.cabuk@yandex.com

Telefon: 0553 604 67 13

B. EĞİTİM BİLGİLERİ

Mezun olduğu üniversite/fakülteyi lütfen belirtiniz: İstanbul Bilgi Üniversitesi Sağlık

Bilimleri Yüksek Okulu Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

Mezuniyet tarihini lütfen yıl olarak belirtiniz: 2014

Varsa, akademik ünvanları lütfen belirtiniz:

C. İŞ TECRÜBESİNE AİT BİLGİLER

Bugüne kadar çalıştığı kurum/kuruluşları lütfen belirtiniz:

2014-2015 Esenyurt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon
Bölümü- Araştırma Görevlisi

2015- Halen Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Fiziksel Tıp ve
Rehabilitasyon Bölümü-Fizyoterapist

D. KLİNİK ARAŞTIRMALARLA İLGİLİ GENEL BİLGİLER

İyi klinik uygulamaları (İKU) ve klinik araştırma konularında eğitim alınmışsa, alınan
kurum/kuruluşun adı ve tarihi ile lütfen belirtiniz:

Varsa, araştırmacı olarak katılan klinik araştırmaları lütfen belirtiniz: Varsa, araştırmacı
olarak katılan klinik araştırmaları lütfen belirtiniz:

Varsa, izleyici (monitör) olarak katılan klinik araştırmaları lütfen belirtiniz:

Varsa, saha görevlisi olarak katılan klinik araştırmaları lütfen belirtiniz:

Varsa, araştırma eczacısı olarak katılan klinik araştırmaları lütfen belirtiniz:

E. ÖZGEÇMİŞ SAHİBİNİN İMZASI

El yazısıyla adı soyadı:

Tarih (gün/ay/yıl olarak): .../.../.....

İmza:

