



**T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**TRAKEOSTOMİLİ ÇOCUĞA SAHİP AİLELERİN  
YAŞADIKLARI GÜÇLÜKLERİN VE DEPRESYON  
DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

**GÜL KIRAN  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HEMŞİRELİK**

**DANIŞMAN  
Yard. Doç. Dr. SERAP BALCI**

**İSTANBUL-2015**

## SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

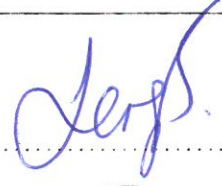
Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Öğrencisi Gül KIRAN tarafından hazırlanan **"Trakeostomili Çocuğa Sahip Ailelerin Yaşadığı Güçlüklerin ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi"** konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 19.10.2015

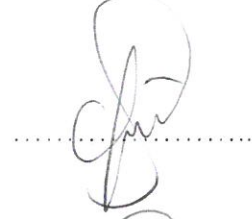
(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

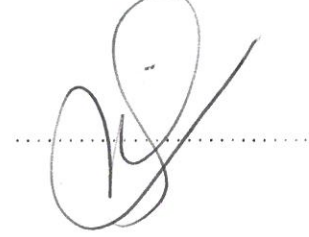
Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Serap BALCI  
: İst.Üniv.(Danışman)



Jüri Üyesi : Doç.Dr.Gülümser DOLGUN  
: İst. Üniv.



Jüri Üyesi : Prof.Dr.Suzan YILDIZ  
: İst. Üniv.



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.



Doç.Dr.Leman ŞENTURAN  
Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü V.

## TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans öğrenimimde ve araştırmanın her aşamasında sabırlı, hoşgörülü olan ve bilgisiyle bana yol gösteren değerli hocam ve danışmanım Sn. Yard. Doç. Dr. Serap Balcı'ya,

Eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan başta Sn. Öğr. Gör. Fatma Özhan olmak üzere tüm hocalarıma,

Araştırmanın yürütüldüğü üniversite hastanesinin Çocuk Acil ve Yoğun Bakım Bilim Dalı Başkanı'na, meslektaşlarıma ve diğer çalışanlara,

Araştırmaya katılan değerli tüm anne ve babalara,

Yaşamım boyunca sevgisini ve ilgisini hiç eksik etmeyen anneme, babama ve desteğinden ötürü eşim Başaran'a sonsuz TEŞEKKÜRLER.

## İÇİNDEKİLER

	<b>Sayfa no:</b>
TEŞEKKÜR	II
İÇİNDEKİLER	III
TABLolar	V
ŞEKİLLER	VI
KISALTMALAR	VII
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	5
4.1. Tanım ve Tarihçe	5
4.2. Trakeotomi Endikasyonları	6
4.3. Trakeotominin Uygulanması ve Trakeostomi Kanülünün Seçimi	8
4.3.1. Trakeotominin Uygulanması	8
4.3.2. Trakeostomi Kanülünün Seçimi	10
4.4. Trakeostomi Komplikasyonları	12
4.5. Yoğun Bakımdaki Trakeostomili Çocuğun Hemşirelik Bakımı	13
4.6. Ev Tipi Ventilasyona Geçiş ve Taburculuk Eğitimi	15
4.7. Evde Ventilatör Uygulaması ve Bakım	16
4.8. Trakeostominin Çocuk ve Aile Üzerine Etkisi	17
4.9. Dekanülasyon	20

5. GEREÇ VE YÖNTEM	21
5.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı	21
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	21
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	21
5.5. Araştırmanın Değişkenleri	21
5.6. Araştırma Soruları	22
5.7. Verilerin Toplanması	22
5.7.1. Veri Toplama Araçları	22
5.7.2. Uygulama	23
5.8. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi	24
5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	24
5.10. Araştırmanın Güçlükleri	24
5.11. Araştırmanın Etik Yönü	24
6. BULGULAR	25
7. TARTIŞMA	36
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	48
9. KAYNAKLAR	50
10. EKLER	56
EK-1: Bilgilendirme ve Onam Formu	56
EK-2: Bilgi Formu	57
EK-3: Beck Depresyon Envanteri	60
EK-4: Etik Kurul Onayı	64
11. ÖZGEÇMİŞ	65

## TABLÖLAR

	<b>Sayfa no:</b>
<b>Tablo 6-1.</b> Aileye Ait Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımı	26
<b>Tablo 6-2.</b> Çocuğa Ait Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımı	28
<b>Tablo 6-3.</b> Ailelerin Yaşadıkları Güçlüklerin Dağılımı	29
<b>Tablo 6-4.</b> Ailelerin Yaşadıkları Güçlüklerle Yönelik Çözüm Önerilerinin Dağılımı	30
<b>Tablo 6-5.</b> Ailelerin Beck Depresyon Envanterinden (BDE) Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	31
<b>Tablo 6-6.</b> Ailelerin Sosyo-Demografik Özellikleri İle BDE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	32
<b>Tablo 6-7.</b> Çocuğun Sosyo-Demografik Özellikleri İle Ailelerin BDE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	33
<b>Tablo 6-8.</b> Ailelerin Yaşadıkları Güçlükler İle BDE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	34
<b>Tablo 6-9.</b> Bazı Demografik Özellikler İle Ailelerin BDE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	35

## ŞEKİLLER

	<b>Sayfa no:</b>
<b>Şekil 4-1.</b> Trakeostominin Bölümleri	10
<b>Şekil 4-2.</b> Kaflı Trakeostomiler	11
<b>Şekil 6-1.</b> Ailelerin BDE Düzeylerinin Dağılımı	31

## KISALTMALAR

<b>Ark.</b>	Arkadaşları
<b>BDE</b>	Beck Depresyon Envanteri
<b>BDI</b>	Beck Depression Inventory
<b>Max</b>	Maximum
<b>Min</b>	Minimum
<b>MÖ</b>	Milattan Önce
<b>MS</b>	Milattan Sonra
<b>MV</b>	Mekanik Ventilätör
<b>Ort.</b>	Ortalama
<b>Sd.</b>	Standart Sapma
<b>SPSS</b>	Statistical Package for the Social Sciences
<b>T.C.</b>	Türkiye Cumhuriyeti



## 1. ÖZET

Araştırma, trakeostomili çocuğa sahip ailelerin yaşadıkları güçlükleri ve depresyon düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak gerçekleştirildi. Araştırmanın örneklemini, bir üniversite hastanesinin çocuk yoğun bakım ünitesinde yatıp, trakeostomi açılarak eve taburculuğu gerçekleşen 32 çocuğun aileleri oluşturdu. Araştırma verileri Haziran 2013-Mart 2014 tarihleri arasında toplandı. Veri toplama araçları olarak Bilgi Formu ve Beck Depresyon Envanteri (BDE) kullanıldı. Araştırmadan elde edilen verilere göre; annelerin %50'si ilköğretim, babaların %40,6'sı ortaöğretim mezunu olup, ailelerin %40,6'sının çocuk sayılarının 2 olduğu saptandı. Anne yaş ortalaması 32,90±6,09 yıl, baba yaş ortalaması 36,38±6,52 yıl idi. Çocukların %59,4'ü erkek olup, %56,3'ü evde 1 yıldan az takipli, %87,5'i Mekanik Ventilator (MV)'e bağlı bulunuyordu. Ailelerin, günlük planlarını hasta çocuklarına göre yaptıkları (%96,9), çocuklarının sürekli bakıma muhtaç olacağı düşüncesinden dolayı endişeli oldukları (%87,5), çocuklarının rahatsızlığından dolayı kendilerine (%87,5), eşine ve diğer çocuklarına zaman ayıramadıkları (%65,6), ailenin diğer bireylerinin ihtiyaçlarını karşılamakta zorlandıkları (%71,9), çocukları hakkında soru sorulmasından dolayı üzüldükleri (%65,6) ve acil bir durumda ne yapacaklarını bilmedikleri (%59,4) belirlendi. Depresyon düzeylerinin; hafif (%25), orta (%25) ve şiddetli (%28,1) düzeyde olduğu ve depresyon puan ortalamaları ile çocuğun, anne ve babanın yaşları, çocuk sayısı, evde bakılma süresi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ( $p>0,05$ ) saptandı. Bunun yanında, bazı durumlar ile (çocuğun bakımında anneye yardımcı kişinin olmaması, çocuğun MV'ye bağlı olmaması, ebeveynlerin ekipman sorunu yaşamaları ve diğer aile bireylerinin ihtiyaçlarını karşılayamamaları vb.) BDE puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılık olduğu bulundu ( $p<0,05$ ). Trakeostomili çocuğa sahip ailelere yönelik planlı taburculuk eğitimi, psikolojik danışmanlık verilmesinin, izlem ve evde bakım politikalarının geliştirilmesinin yanı sıra ülkemizde de bu konuda yapılacak araştırmaların artırılması önerilebilir.

**Anahtar kelimeler:** Aile, Depresyon, Evde Bakım, Trakeostomi.

## 2. SUMMARY

### **Determination The Difficulties And Depression Levels Of Families Having Children With Tracheostomy**

The research was conducted to define and correlate difficulties that parents have been going through and depression levels of the parents who have child with tracheostomy. The sample of the study consists of 32 parents whose children stay in a university hospital's child intensive care unit with tracheostomy and discharged to home. The data of the study were collected between June 2013 and March 2014. Information form and Beck Depression Inventory (BDI) were used as data collection tools. The results of the research indicate that 50 % of the mothers graduated from primary school, 40,6 % of the fathers graduated from middle school and they have two children. The average of the mothers' age was  $32,90 \pm 6,09$  and father's  $36,38 \pm 6,52$ . 59,4 % of the children were boy, 56,3 % of them tracked less than a year at home and 87,5 % of them attached to the Mechanical Ventilators. It was determined that parents make their daily plans according to their sick children (96,9 %), are worried because of the idea of their children might be needing continuous care (87,5 %), cannot take personal time off because of their children illnesses (87,5 %), cannot allocate time for their husbands / wives and other children (65,6 %), have difficulties in meeting the needs of other members of the family (71,9 %), are getting upset when asked questions about their sick child's condition (65,6 %) and do not know what to do in case of an emergency (59,4 %). It was detected that level of depressions are mild (25 %), moderate (25 %), and severe (28,1 %), there is no significant relation between the average scores of the depression levels and age of children, mother and father, the number of children, the spent time in home care ( $p > 0,05$ ). In addition, there is a significant differences between the BDI score average and some conditions (if there is a person helps the mother in children's care, if the children attached to Mechanical Ventilator, if the parents are having device problems and meeting the needs of the other family members and etc.). It could be advised to increase the researches in this area beside, of giving education to the parents who have a child with tracheostomy about planned discharged, giving psychological counseling, monitoring and developing the home care policies.

**Key words:** Parents, Depression, Home Care, Tracheostomy

### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

Trakeotomi, uygulanan en eski cerrahi işlemlerden bir tanesidir. Trakeotomi kavramı, antik Yunan kökenlidir ve “bir açıklık yaratmak” anlamına gelmektedir. Trakeostomi ise, bu eylem sonunda gelişen trakeadaki açıklığı ve delik içerisindeki tüpü tanımlamak için kullanılmaktadır (Wetmore, 2003).

Geçen yıllar içerisinde trakeotomi açılma endikasyonları değişmiştir. Başlangıçta enfeksiyonlar trakeotomi endikasyonlarında ilk sırayı alırken, günümüzde özellikle yoğun bakım ünitelerinde uygulanan tedavilerin etkinliğinin artmasıyla trakeotomi uzun dönem ventilatör gereksinimi olan ve ventilatöre bağımlı hastalarda daha çok açılmaya başlamıştır (Ertuğrul, 2010).

Trakeostominin hastalara sağladığı avantajlar; mekanik ventilatör uygulanan hastanın rahatlığı, daha etkili hava yolu temizliği, hava yolu direncinde azalma, hasta mobilizasyonunda artış, konuşmaya ve oral alıma olanak verme, daha güvenli bir havayolu sağlamadır. Bu avantajların, teorik olarak ventilatörde ve yoğun bakımda kalış sürelerini azaltabileceği düşünülmektedir (Lin et al., 1999).

Çocuklarda uzun süreli ventilasyon desteği kullanılmaya başlandığından bu yana, uzun dönemli bakım kavramları gelişmeye başlamış ve ev tipi mekanik ventilasyon ile desteklenen çocuk sayısı günden güne artmıştır. Evde ventilatör uygulamaları erişkinlerde son 25 yıldır uygulanırken, çocuk hastalarda son 15 yıldır gelişme kaydetmiş ve büyük bir hızla artmıştır. Teknolojideki yenilikler ve kullanımı konusundaki deneyimlerin artmasıyla, yaşam beklentisi düşük, kronik solunum yetmezliğine neden olan çeşitli hastalıklarda yaşam süresini ve kalitesini arttırmak için de uygulanır olmuştur. Evde solunum desteği sağlanan çocuklarda amaç; yaşam süresini uzatmak, başka hastalık oluşumunu engellemek, fiziksel ve psikolojik durumlarını iyileştirmek, çocuğun ve ailenin yaşam kalitesini en iyi düzeye getirmek ve maliyeti azaltmaktır (Öktem ve Ersu, 2008; Gökdemir ve Ersu, 2011).

Çocuktaki kronik bir hastalık tüm aile bireylerinin yaşamlarını olumsuz yönde etkiler ve ciddi düzeyde stres yaşamalarına neden olur. Çocuğun süregelen hastalığı, anne-babanın çalışma gücünü ve dolayısıyla ailenin ekonomik durumunu da etkiler. Ailelerde ekonomik problemler görülebildiği, pek çok anne-babanın artan düzeyde kaygı ve depresyon yaşadıkları, düşük benlik saygısı gösterdikleri, evlilik ilişkilerinde

ve kişisel doyumda azalma olduğu ileri sürülmektedir (Akcan ve Dursun, 2010). Evde teknolojiye bağımlı çocuğu olan aileler bunların yanı sıra, çocuklarının hastalığı ve bakımı ile ilgili korku, panik, uyku bozukluğu ve çocuklarının önceden bilinmeyen tıbbi durumları ile ilgili kronik anksiyete yaşayabilirler. Makine alarmlarından sürekli seslerin çıkması ebeveynler tarafından karşılaşılan stres etmenlerinden birkaçı olarak belirlenmiştir. Özellikle çocuklarını ölmüş bulmak ve onlar üzerinde teknik işlemler yapmak, tıbbi makineye dokunmak da ebeveynlerde korku yaratabilir (Miles et al., 1999; Kohlen et al., 2000).

Evde ventilatör uygulamalarının, hastaneden kaynaklanan enfeksiyonlarda azalma, çocukların beslenme durumunun iyileşmesi, aile iletişiminin artışı ve daha düşük hasta bakım maliyeti gibi avantajları vardır. Ancak evde mekanik ventilasyon desteği alan hastalarda, profesyonel sağlık ekibi tarafından sürekli izlenememe, ventilatör ve ekipman yetersizliği gibi nedenler ciddi sorunlara yol açabilir. Bu yüzden evde hastayı takip eden tüm aile bireyelerine, ventilatör, ekipman ve trakeostomi bakımı, olası sorunlar ve çözümleri, acil durumlarda yapılması gerekenler vb. konularda eğitim verilmeli ve izlem politikaları geliştirilmelidir (Gökdemir ve Ersu, 2011).

Ülkemizde, trakeostomili çocuğun evde bakımında yaşanan sorunlar konusunda herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Araştırma, trakeostomili çocuğa sahip ailelerin yaşadıkları güçlükleri ve depresyon düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma sonuçları, trakeostomi ile eve taburculuğu gerçekleştiren çocukların ebeveynlerinin gereksinimleri, yaşadıkları güçlükler ve çözüm önerileri konusunda sağlık profesyonellerine rehber olacaktır.

## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1. Tanım ve Tarihçe

Günümüzde, yoğun bakım ünitelerindeki gelişmeler ve artan mekanik ventilatör kullanımı sonucu trakeostomi en sık uygulanan cerrahi işlemlerden biri olmuştur (Goldenberg and Bhatti, 2005). Trakeotomi ile trakeostomi birbirinin yerine kullanılabilen terimlerdir. Trakeotomi, trakea ön duvarına hava yolu açıklığını sağlamak amacıyla yapılan cerrahi işlemin adıdır. Yunanca'dan köken alır ve "açıklık yaratmak" anlamına gelmektedir. Trakeostomi ise, bu eylem sonunda gelişen trakeadaki açıklığı ve delik içerisindeki tüpü tanımlamak için kullanılmaktadır (Wetmore, 2003).

Trakeotomi işlemi, MÖ 3600 yılında Mısırlılar'ın çizimlerinde görülmüş ve ilk trakeotomi tanımı, MÖ 2000 yılında Hindular'ın kutsal kitaplarından "Rigveda"da yapılmıştır (Ünal, 2004). Trakeotomi, MÖ 100 ve MS 200 yıllarında Asclepiades, Arteus ve Galen tarafından "trakeaya cerrahi olarak delik açılması işlemi" olarak tanımlanmıştır. Nicholas Hobicot ise 1620'de dört başarılı trakeotomi uygulamasından bahsetmiştir. Bu vakalardan, hırsızlıktan yakalanmamak için bir kese altını yutmaya çalışırken üst hava yolu tıkanıklığı gelişen 14 yaşındaki hasta yayınlanmış olan ilk başarılı pediatrik trakeotomi vakasıdır. 1766'da Caron ise 7 yaşındaki bir hastaya trakeotomi açtığını bildirmiştir. 17. ve 19. yüzyıllar arasında trakeotomi işlemi tercih edilmemeye başlanmış ve geçen 2000 yıl içinde yalnızca yirmi sekiz başarılı trakeotomi bildirilmiştir (Ertuğrul, 2010). Trakeotomiye ilgi 19. yüzyılda, Napoleon Bonaparte'ın kuzeni differi nedeniyle 1807'de öldükten sonra artmıştır. Brattonneau ve Trousseau cerrahi tekniği örneklerle açıklamış ve yaygınlaştırmıştır. Brattonneau 1825 yılında, beş yaşında differi olan bir kız çocuğunda yaptığı başarılı trakeotomiyi, Trousseau ise 1833 yılında differi tanısı konulan 200 çocuğun 50'sini trakeotomi uygulayarak tedavi ettiğini rapor etmiştir. Önceleri trakeotominin en sık açılma nedeni olan laringeal differi, günümüzde etkin aşılarla nadir görülür hale gelmiştir. 1909 yılında Chevalier Jackson, işlemi standardize etmiş ve uygun şekilde yapılabildiği, işlem öncesi ve işlem sonrası bakım verildiğinde mortalite ve morbiditenin önemli ölçüde azaldığını bildirmiştir. 1952 yılında Kopenhag'taki poliomiyelit salgınlarında, trakeotominin kullanım endikasyonları genişlemiş ve solunum yetmezliği olan hastaların acil yaklaşımlarında da yer almıştır (Akcan ve Dursun, 2010).

Perkütan trakeotomi fikri ise orta çağa kadar uzanmaktadır. Modern perkütan trakeotomi araçları 1969 yılında Toye ve Weinstein tarafından geliştirilmiş ve 1986'da yüz travması geçiren hastalarda uygulanmıştır ( Kılavuz telli perkütan trakeotomi tekniği de Ciaglia tarafından 1985 yılında tarif edilmiş olup ilerleyen yıllar içinde geliştirilmeye çalışılmıştır (Ertuğrul, 2010).

Endotrakeal entübasyonun gelişmesi ile 1900'lü yıllarda trakeotomi gereksinimi azalmıştır. Yoğun bakım ünitelerinde uzayan mekanik ventilatör süreleri ve artan sağ kalım sonucunda trakeotomi ihtiyacı tekrar artmış, ancak uygulama endikasyonları farklılaşmıştır. Değişen endikasyonlar nedeniyle daha uzun süreli uygulamalar gerçekleştirilmektedir (Lewis et al., 2003).

#### **4.2. Trakeotomi Endikasyonları**

Yaklaşık 2000 yıldır trakeotomi üst havayolu obstrüksiyonu nedeniyle açılmaktadır. 1970-1980 yıllarında çocuklarda en sık trakeotomi endikasyonu enfeksiyona bağlı gelişen üst havayolu obstrüksiyonu olsa da *Haemophilus influenzae* ve *Corynebacterium diphtheriae* aşılarının geliştirilmesiyle bu endikasyonların yerini günümüzde uzun süreli entübasyon almıştır. Bununla birlikte ventilasyon desteği gereken hastalarda da sekresyonların temizliği ve uzun süreli entübasyon sonucunda gelişen laringeal lezyonlar nedeniyle de trakeotomi açılmaktadır (Ozmen et al., 2009).

Yapılan bir çalışmada, hastaların %72'sinde trakeotomi endikasyonunu üst havayolu obstrüksiyonu oluştururken geri kalan hastalarda ise uzamış entübasyon oluşturmuştur (Carron et al., 2000).

Erişkin hastalarda entübasyonun bir sonraki haftasında laringeal zedelenme oluşmaktadır. Erişkin yoğun bakım ünitelerinde iki hafta veya daha uzun süreli invazif ventilasyon beklentisi varsa sadece laringeal zedelenme nedeniyle değil aynı zamanda yoğun bakımda yatış süresinde kısılma, sedasyon ihtiyacında azalma sağlaması, monitörizasyonun daha kolay olması ve hasta bakımı için daha az sayıda personel gerektirmesi nedeniyle trakeotomi açılmaktadır (Rumbak et al., 2004). Pediatrik hastaların ise trakeotomi risk ve endikasyonları erişkinlerden farklıdır.

Pediyatrik trakeotomi endikasyonlarını Şu Şekilde sıralayabiliriz:

- Konjenital nedenler (Konjenital kalp anamolisi vb.) (Wetmore, 2003; Akcan ve Dursun, 2010),
- Travmatik nedenler (Yabancı cisim aspirasyonu, yüz zedelenmesi, intrapulmoner kanama vb.) (Özgürsoy, 2007; Çavuşoğlu,2011),
- Enfeksiyonlar (Pnömoni, bronşiyolit vb.) (Akcan ve Dursun 2010; Çavuşoğlu, 2011),
- Neoplastik nedenler (Tümörler vb.) (Özgürsoy, 2007; Çavuşoğlu, 2011),
- Metabolik nedenler (Kistik fibrozis vb.) (Wetmore, 2003),
- Etyolojisi kesin olmayan nedenler (Kalp yetmezliği, solunum yetmezliği, nöromusküler dejenerasyon, Gullian-Barre sendromu vb.) (Wetmore, 2003; Karaböcüoğlu, 2008),
- Alerjik nedenler (Ağır astım vb.) (Wetmore, 2003),
- Profilaktik nedenler (UzamiŐ entübasyon vb.) (Öktem ve Ersu, 2008; Fraga, 2009; Çavuşoğlu 2011),
- Diğer nedenler (Obstrüktif uyku apnesi vb.) (Wetmore, 2003; Akcan ve Dursun 2010).

Trakeotominin ne zaman açılması gerektiğine ilişkin kesinleŐmiŐ bir zaman dilimi yoktur. Pulmoner veya nöromusküler geri dönüşüm beklendiği takdirde bu süre uzayabilir (Trachsel and Hummer, 2006).

Yanık gibi bazı özel durumlarda on günden önce açılan trakeotomilerde subglottik stenoz gelişme sıklığının daha düşük olduğu bildirilmiştir. Ayrıca bu tür durumlarda trakeotominin açılması hastaların pansuman ve bakımlarının da daha kolay yapılmasını sağlamaktadır (Barret et al., 2000).

Üst havayolları, inspiryum sırasında hava yollarındaki direncin %50'sini oluşturur. Bu nedenle özellikle ekstübasyon başarısızlığı yaşanan ve altta yatan nörolojik hastalığı olan hastalarda trakeotomi açılması hastanın ventilatörden ayrılmasını sağlayabilir. Bu hastalarda trakeotomi açılması hava yolu direncini azaltıp solunum iŐini de kolaylaştırır. Ayrıca pulmoner sekresyonların kolaylıkla temizlenmesini sağlayarak ventilasyon sorunu yaşayan hastaların yoğun bakımda yatış sürelerini de kısaltmaktadır (Brook et al., 2000).

Pediatride trakeotomi kararını etkileyen faktörlerden bazıları; hastalığın seyri, doktorun işlemi uygulamadaki beceri ve deneyimi ile gerekli ekipman ve personelin varlığıdır. Aynı zamanda bu duruma ailelerin endişeleri de eklenir. Her hastanın kendine özgü olduğu ve bu şekilde değerlendirilmesi gerektiği unutulmamalıdır (Cerit, 2011).

Stool ve Eavey, trakeotomi endikasyonu ve zamanını belirlerken “Tissue (T), Time (T), Team (T)” kısaltmalarından yararlanılmasını önermektedir. “Tissue” hastanın yaşını ve hastalığın etiyolojisini belirtir. Hastanın yaşı küçüldükçe hava yolu daralır. Hava yolundaki minimal ödem bile obstrüksiyona yol açabilir. Hastanın bu daralmayı tolere edebilecek gücü olmaz ve çabuk yorulur. Alev nedeniyle gelişen yüz yanıklarında da dakikalar içerisinde hava yolunda obstrüksiyon gelişebileceği unutulmamalıdır. “Time”, trakeotominin zamanlamasına dikkat edilmesi gerektiğidir. “Team” ise bu işlemin tecrübeli hemşire ve doktor grubuyla yapılmasıdır (Ertuğrul, 2010).

Altta yatan tıbbi problemlerin giderek karmaşıklaşması nedeniyle, bir çocuğa trakeotomi açılması kararı multidisipliner olarak verilmelidir. İşlem için, çocuk yoğun bakım uzmanı, göğüs hastalıkları uzmanı, çocuk cerrahı veya kulak-burun-boğaz uzmanı, sosyal hizmet uzmanı, hemşire ve aile birlikte karar vermelidir (Trachsel and Hummer, 2006).

### **4.3. Trakeotominin Uygulanması ve Trakeostomi Kanülünün Seçimi**

#### **4.3.1. Trakeotominin Uygulanması:**

Trakeotomi genel olarak ameliyathane koşullarında genel anestezi ile olsa da gerekli durumlarda (acil durumlarda) lokal anestezi veya genel anestezi ile hasta başında da yapılabilir. Çocuklarda kooperasyon sağlanamayacağı için genel anestezi uygulanması ve işlem esnasında bronkoskopi endoskobu bulunması tercih edilmektedir (Ertuğrul, 2010).

Trakea yumuşak ve hareketli olduğu için palpe edilmesi zordur. Bu nedenle çocuklar, erişkinlerde tercih edilen perkutan dilatasyonel trakeotomiye elverişli değildir. Ayrıca havayolu dardır ve işlem sırasında havayolu açıklığının devamlılığını sağlamak



mümkün olmayabilir. Bebeklerde özafagus içindeki tüpler de (nazogastrik tüp vb.) trakea palpasyonunu kolaylaştırmak için çıkarılmaktadır (Kost, 2005).

Uygulama aşağıda belirtildiği şekilde yapılır:

- Çocuk operasyon masasına supine pozisyonunda yatırılır. Başını omuz altına konulan bir destekle ekstansiyona getirilip larenks ve trakeanın yeterli pozisyonu alınması sağlanır.
- Cerrahi alan temizliği yapıldıktan sonra steril örtülerle örtülür.
- Tiroid ve krikoid kıkırdaklar palpe edilir. Temel cerrahi teknik suprasternal çentiğin bir parmak kadar üzerinden vertikal veya horizontal insizyonla başlar. İnsizyon cilt altı dokuya kadar devam eder. İşlem sırasında trakea sık sık palpe edilir. Orta hatta kalmaya dikkat edilmelidir. Trakea görüldükten sonra tespit dikişleri yerleştirilir. Küçük çocuklarda erişkinde yapıldığı gibi trakeal halkadan kıkırdak çıkarılarak pencere açılması önerilmez. Çünkü kanül geçecek genişlikte pencere açabilmek için birden fazla halkadan kıkırdak çıkarmak gerekir ki bu trakea ön duvarında malazi ve daha sonra dekanülasyon zorluğuna yol açar. Bu nedenle orta hatta yapılacak vertikal trakea insizyonu önerilmektedir.
- İnsizyon bölgesine trakeostomi kanülü yerleştirilir.
- Aspirasyon sondası ile kanülün içerisi aspire edilir ve hasta kanülden havalandırılarak kanülün yerinde olup olmadığı kontrol edilir.
- Kanül balonu (kafi) şişirilir.
- Trakeadan geçirilmiş olan süturlar insizyonun iki yanına yapıştırılır.
- Kanül ekstraforları bağlanarak boyun çevresinden dolaştırılıp bağlanır ve kanül yerine tespit edilmiş olur. Düğüm tespiti ne gevşek ne sıkı olacak şekilde atılmalıdır.
- Trakeostomi tüpünün yerinden emin olmak için ön-arka akciğer grafisi çekilir.
- Her iki akciğerin eşit havalandığından emin olunmalıdır. Havalanmada farklılık varsa trakeotomi tüpünün çok uzun olabileceği veya hastada pnömotoraks gelişebileceği unutulmamalıdır ( Ünal, 2004; Cochrane and Bailey, 2006; Akcan ve Dursun, 2010).

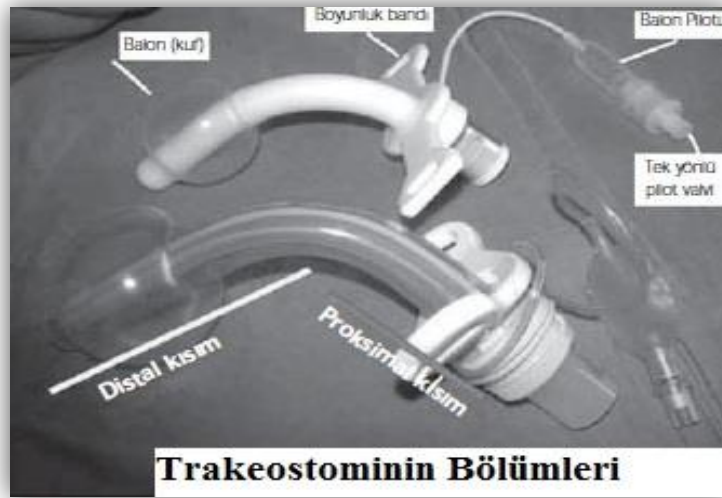
Cerrahi yönteme alternatif olarak gösterilen kılavuz iğne kullanılarak gerçekleştirilen perkütan trakeotomi tekniği günümüzde yaygınlaşmasına karşın güvenilirlik ve etkinliği hakkında tartışmalar sürmektedir. Perkütan trakeotomi, kolay

uygulanabilmesine, ucuz olmasına ve transport sırasında gelişebilecek komplikasyonları engellemesine karşın, kör olarak trakeaya girilmesi nedeniyle oluşabilecek komplikasyonlar açısından kullanımından kaçınılmaktadır (Lalwani, 2004).

Acil trakeotomiye özgü geliştirilmiş olan bazı araç ve prosedürler pediatrik yaş grubunda perforasyon ve kanamaya neden olup cilt üzerinden anatomik pozisyon hakkında bilgi sahibi olunamaması nedeniyle kullanımı önerilmemektedir (Ertuğrul, 2010).

#### 4.3.2. Trakeostomi Kanülünün Seçimi:

Trakeotomi öncesi çocuğun yaşı, trakeasının boyu ve genişliği dikkate alınarak uygun trakeostomi kanülü seçilmelidir. Hasta uzun süredir entübe ise hava kaçığını önlemek için entübasyon tüpünün bir büyüğü olan kanül tercih edilmelidir. Seçilen kanülün bir numara küçüğü ve büyüğü işlem sırasında hazır tutulmalıdır (Ünal, 2004).

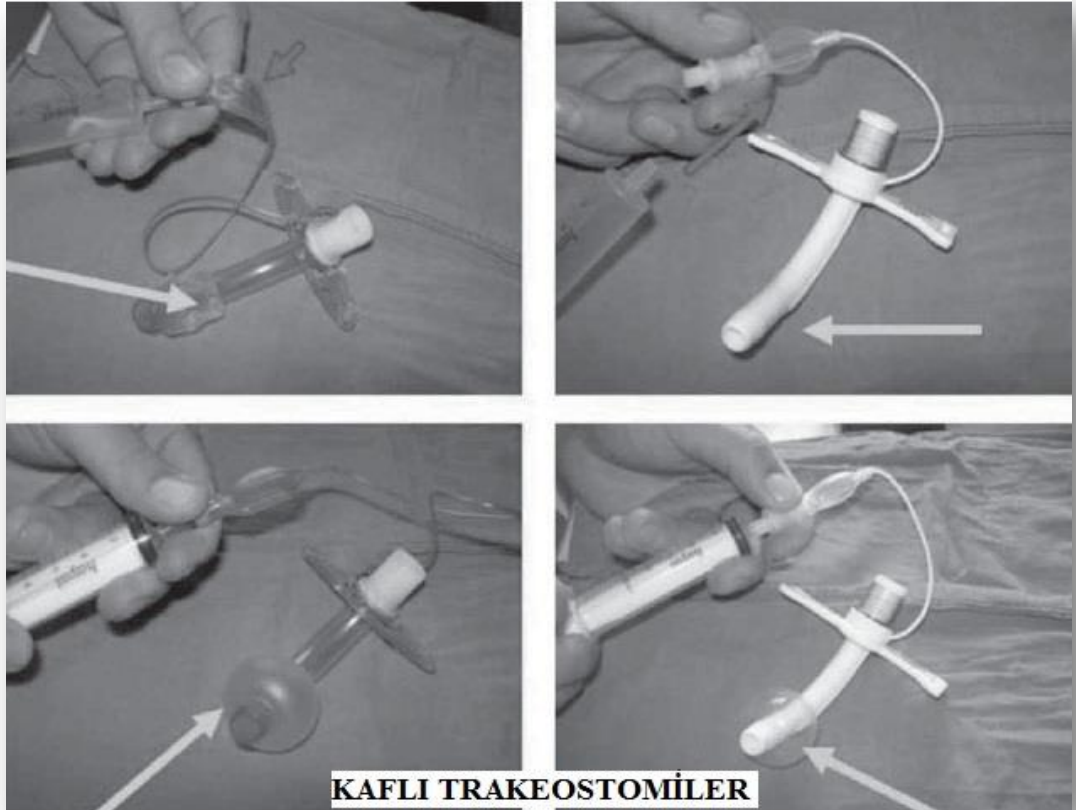


Şekil 4-1. Trakeostominin Bölümleri (Karakuş, 2011)

Değişik model ve boyutta trakeostomi kanülleri ticari olarak mevcuttur. Her birinin kendine göre avantajı ve dezavantajı vardır (Wyatt, 1999). Trakeostomi tüpü (kanülü), yumuşak, esnek, kolay temizlenebilir, çeşitli uzunluk ve genişlikte olmalıdır. Malzemesi doku reaksiyonu geliştirmemeli, çok yumuşak olup kıvrılmamalı veya sert olup çevre dokulara zarar vermemelidir (Fraga et al., 2009). Metal tüpler pahalı olması, rijit yapısı, kafsız olması ve ventilatöre bağlanamaması nedeni ile daha az tercih edilmektedir. Ancak iç içe geçen iki parçadan oluşan gümüş kanüller, dekanülasyona

gerek kalmaksızın içteki parçanın çıkarılarak temizlenebilmesi nedeni ile ventilatöre bağlı olmayan hastalarda da kullanılabilir. Genellikle cerrahi sonrası erken dönemde tercih edilen kanüller (tüpler) polivinil klorit tüplerdir. Vücut ısısına duyarlı olması nedeni ile hasta anatomisine daha uygun bir pozisyon olarak trakea içinde santral bir yerleşim imkanı sağlar (Hess, 2005).

Trakeostomi tüpleri kafli, kafsız ve fenestreli olmak üzere çeşitli şekillerde olmaktadır. Kaf, tüpün distal kısmında bulunan, hava ile şişirilebilen yumuşak bir balondur. Ventilatöre bağlı olmayan hastalarda, tüpün etrafında hava kaçağına izin veren, laringeal hasarı azaltıp konuşmayı sağlayan tüpler kullanılır. Fenestreli tüplerde, tüpte var olan ikinci bir açıklık sayesinde hava geçişi olur ve açıklık kapatıldığında tüm hava vokal kordların arasından geçerek konuşma sağlanabilir. Fenestreli tüpler küçük çocuklarda granülasyon dokusu geliştirip var olan açıklığı kapayabileceğinden ötürü önerilmemektedir (Cynthia and Bissell, 2008).



Şekil 4-2. Kafli Trakeostomiler (Karakurt, 2011)

Trakeotomi üst havayolu obstrüksiyonu nedeniyle açılmışsa kanülün stomayı tam olarak kapatması gerekmez. Fakat trakeotomi sonrasında mekanik ventilatör kullanılmaya devam edilecekse hava kaçağı olmasını engellemek için kafli tüpler tercih edilmelidir. Küçük bebeklerde kafli tüpler çoğu zaman gerekli değildir, daha büyük çocuklarda ise düşük basınçlı kafli tüpler kullanılabilir (Ertuğrul, 2010).

#### 4.4. Trakeostomi Komplikasyonları

Trakeostomiye bağlı ölümler %2'den azdır. Acil trakeostomilerde komplikasyon gelişme olasılığı 2-5 kat kadar artmaktadır (Deskin, 2006). Çocukların %25-50'sinde komplikasyon gelişir. Prematürelde ve küçük çocuklarda ise daha fazla komplikasyon görülür. Kafı travması, obezite, yanık gibi özel durumlarda da komplikasyon gelişme olasılığı fazladır (Goldenberg and Bhatti., 2005). Komplikasyonlar genel olarak şu şekilde sıralanabilir:

- **Kanülün yerinden çıkması:** Trakeostomi kanülünün yerleştirildikten 3-5 gün sonra dikkatsizce çıkarılmasıdır. İnsizyonun stoma halini alması ve kanülün çıkarıldığında tekrar yerine konulmasına izin verecek duruma gelmesi birkaç gün sürer. Bu süreden önce yapılacak çıkarılıp takılma girişimi trakeal alanda yalancı bir yol oluşmasına neden olur. Yanlış yerleşimli kanülle hastayı pozitif basınçlı havalandırma girişimleri servikal amfizeme ve trakeanın dıştan basısı ile asfiksiye sebep olabilir. En sık görülen erken komplikasyonlardan biridir (Wetmore, 2003; Çavuşoğlu, 2011).
- **Kanülün tıkanması:** Kanül içi sekresyonlar nedeniyle olur. Önlenemez veya mümkün olduğunca en aza indirilebilir (Wetmore, 2003; Akcan ve Dursun, 2010).
- **Kanama:** En sık görülen erken komplikasyonlar arasındadır. Cerrahi işlem yapılacak çocukta koagülasyon bozukluklarının araştırılması kanama riski için önemlidir. Kanama aylar sonra bile görülebilir. Bu tür kanamalar geç dönem komplikasyonları olup arteriyel erozyon gelişmesi sonucunda meydana gelir. Arteriyel erozyon gelişiminden trakeostomi tüpü sorumludur. Bu nedenle uygun büyüklükte tüp kullanımı komplikasyonun önlenmesi için şarttır. Kanama sık aralıklarla tekrarlıyorsa trakeostomi tüpü değiştirilmeli ve kafsız tüpler kullanılmalıdır (Wetmore, 2003; Öktem ve Ersu, 2008)

- **Cilt altı amfizem:** Yumuşak doku katları arasında hava kaçağıyla gelişir ve dikiş atılmayarak kendi kendine rezorbe olması beklenir. Daha geniş alana yayılan cilt altı amfizem gelişmişse boyundaki kesi genişletilebilir, gerekiyorsa da dren yerleştirilir. Cilt altı amfizem, pnömotoraks veya pnömomediastiniuma ilerleyebilir (Wetmore, 2003; Özgürsoy, 2007)
- **Solunum durması:** İşlem sonrasında karbondioksitin hızla düşmesi sonucu solunum durması ve aritmi görülebilir. Hipotansiyon gelişebilir (Wetmore, 2003).
- **Enfeksiyon:** Trakeostomi sebebiyle cilt bütünlüğü kaybolur ve enfeksiyon bariyerleri ortadan kalkar. Bunun sonucunda trakea çevreyle doğrudan ilişkiye geçer ve enfeksiyon gelişmesi kolaylaşır. *Pseudomonas* ve *stafilokoklar* en sık görülen enfeksiyon etkenleridir (Wetmore, 2003; Çavuşoğlu, 2011).
- **Yutma bozuklukları:** Sıklığı az olsa da yutma bozukluğu uzun dönem komplikasyonlar olarak gelişebilir. Trakeostomi tüpü, laringeal elevasyonu önleyip ve özofagusu baskı oluşturarak yutmayı engeller. Disfaji veya aspirasyon gelişmesine neden olabilir (Wetmore, 2003; Özgürsoy, 2007)
- **Trakeokutenöz fistül** (Özgürsoy, 2007)
- **Konuşamamak:** Ebeveynler ve sağlık ekibi hastanın iletişim stresinin farkında olmalıdır. Uzun süreli trakeostomi planlanıyorsa konuşma terapisi gerekebilir (Wetmore, 2003).

#### 4.5. Yoğun Bakımdaki Trakeostomili Çocuğun Hemşirelik Bakımı

Trakeostomi açılması hangi nedenle olursa olsun, evde invazif mekanik ventilasyon uygulamalarına olanak sağlayarak çocukların yoğun bakım ve hastanede kalış sürelerinin kısalmasına ve taburcu edilmelerine olanak sağlar. Aynı zamanda havayolu direnci oluşturan üst havayollarının devre dışı bırakılmasıyla solunum işi azalan çocukların ventilatörden ayrılma larını da kolaylaştırır (Karaböcüoğlu, 2008).

Trakeostomi için en önemli periyot, hastanın anormal hava adaptasyon süresi olan ilk haftadır. Özellikle ilk hafta, hemşirenin postoperatif bakımı büyük dikkat ve bilgi ister (Sabuncu ve Ay, 2009). Yoğun bakımdaki trakeostomili çocuğun bakımını aşağıdaki şekilde özetleyebiliriz.

- **Aspirasyon:** Cerrahi sonrası hasta, yoğun bakım şartlarında anestezi uygulanarak mekanik ventilatörde ve monitörize edilerek izlenir. Aspirasyon, cerrahi sonrası ilk ve daha sonraki günlerde dikkatli bir şekilde uygulanmalıdır. Aspirasyon, birinci gün kanama riskinden ötürü bir veya en fazla iki kez uygulanmalıdır. Birinci gün atıldıktan sonra hastanın ihtiyacına göre ilk günler bir-iki saat arayla aspirasyon yapılmalıdır (Öktem ve Ersu, 2008). Sekresyonların sertleşmesini ve kurummasını engellemek için nemlendirilmiş hava ile hasta solutulabilir. Hemşire, ilerleyen günlerde aspirasyonun derinliğini ve sıklığını belirlemek için hastayı değerlendirmelidir. Bazı hastaların günde sadece bir veya iki kez aspire edilmesi gerekirken, bazı hastaların bir ya da iki saatte bir aspire edilmesi gerekebilir. Aspire edilemeyen sekresyonlar solunum yetmezliğini artırır. Aspirasyonun bazı riskleri de vardır. Hipoksi, larenks spazmı ve bradikardi kardiyak aritmilere neden olabileceği için önemlidir. Aynı zamanda aspirasyon sondasından kaynaklı burun travması ve kanama için de dikkatli olunmalıdır (Sabuncu ve Ay, 2009).
- **Analjezik kullanımı:** Aspirasyon, pozisyon değişikliği ve uygulanabilecek diğer ağırlı girişimler sırasında oluşan ağrıyı azaltmada doktor orderi ile analjezikler kullanılmalıdır (Akcan ve Dursun, 2010).
- **Trakeostomi kanülünün değişimi ve seçimi:** Trakeostomi kanülü (tüpü) ilk olarak cerrahi sonrası 5-7. günlerde değiştirilir. Tüp değişimi sonrasında tespit dikişleri çıkarılabilir. Çocuk çok küçük değilse, konuşmanın sağlanması ve herhangi bir maddenin solunum sistemine aspirasyonunun önlenmesi açısından kafalı tüpler tercih edilmelidir. Mukozal nekrozu önlemek için kaf basıncı, saatte bir indirilmelidir (Öktem ve Ersu, 2008; Sabuncu ve Ay, 2009).
- Trakeal aspirasyon, trakeostomi bakımı, kanül değişimi ve diğer girişimsel uygulamalar sırasında aseptik tekniğe dikkat edilmelidir (Çavuşoğlu, 2011).
- **Trakeostomi bakımı:** Trakeostomi yarası açık yaradır ve bakımı çok önemlidir. Hemşire enfeksiyon gelişimini önlemek için yeterli sıklıkta trakeostomi bakımı yapmalıdır. Trakeostomi, her gün, steril gazlı bezle ve uygun antiseptik solüsyonlarla temizlenmelidir. Steril bir spançla kanül çevrelenmelidir. Trakeostomi etrafında sekresyon birikmemesine dikkat edilmelidir. Sekresyon biriktiği takdirde bakım tekrarlanmalıdır. Trakeostomi bölgesinde dikiş var ise

herhangi bir kızarıklık, şişlik olup olmadığı, tüpün yerinde olup olmadığı, trakeostomi etrafındaki derinin durumu, boyun bağının pozisyonu ve bağın kirli olup olmadığı değerlendirilmelidir (Sabuncu ve Ay, 2009; Çavuşoğlu, 2011).

- **İzlem ve taburculuk eğitimi:** Enfeksiyon açısından trakeostomi, akıntı, hassasiyet, kızarıklık, kötü koku açısından değerlendirilmelidir. Hastanın ateş takibi yapılmalıdır. Enfeksiyon varlığında sekresyon koyulaşır. Gerekirse doktor istemine göre kültür alınabilir. Hemşire, gelişebilecek komplikasyonları, komplikasyonların nedenlerini bilmeli, yapılacak uygun hemşirelik girişimlerini planlayarak uygulamalı ve bu doğrultuda ebeveynlere taburculuk eğitimi vermelidir. Trakeostomi sonrası yedinci günden sonra ebeveynler trakeostomi bakımı konusunda eğitilebilir (Sabuncu ve Ay, 2009).
- **İletişim:** Trakeostomili hastalarda vokal kordların fonksiyonunda azalma olduğundan hastalar sözel iletişim kurmakta problem yaşar. Ameliyat sonrası çocuk ile iletişim kurmak için okuması yazması olanların yanında kağıt, kalem veya küçük yazı tahtaları bulundurulmalıdır. Ameliyat sonrası hastaların konuşabilmesi için trakeostomi tüpünde bulunan kafın basıncı alınmalı veya kafsız tüp ile değiştirilmelidir. Trakeostomi kalıcı ise veya hasta solunum cihazına bağlı değilse bir konuşma valfi tüpe takılabilir. Hemşire bu süreci, hastanede yatan çocuğun korku ve anksiyetesini azaltarak, alışmış rutinlerini olabildiğince sürdürerek, ailenin bakıma katılımını destekleyerek ve gereksinimlerinin farkında olarak çocuk ve ailesi için olumlu hale getirebilir (Sabuncu ve Ay, 2009; Çavuşoğlu, 2011).

#### 4.6. Ev Tipi Ventilasyona Geçiş ve Taburculuk Eğitimi

Mekanik ventilatördeki hastanın, oksijen ve karbondioksit düzeyleri normal hale geldikten sonra ventilasyon desteği aşamalı olarak azaltılır ve hastanın spontan solunumuna izin verilir. Uygun tekniklere rağmen hasta ventilatörden ayrılamıyorsa ve solunum yetmezliği geri dönüşümsüzse bu hastalara evde ventilasyon desteği sağlanır (Öktem ve Ersu, 2008; Karaböcüoğlu, 2008).

Trakeostomisi olan hastaları ev ventilatörüne geçirmek beraberinde birçok ön hazırlığı da gerektirmektedir. Hastaneden taburcu olmadan önce aileler hasta bakımını ayrıntılı şekilde öğrenmelidir. Ventilatör, ekipman ve trakeostomi bakımı, akciğer

fizyoterapisi, aerosol ilaç tedavisi ve kardiyopulmoner resüsitasyon vb. uygulamalar ailelere anlatılmalı ve uygulatılmalıdır. Hemşire, taburculuk eğitimini sürekli geliştirir ve değerlendirir. Eğitim, hasta yakınının uygulama becerisine göre ayarlanır ve kendilerine olan güvenini artırır. Bu sürece hasta ve ailesinin en iyi şekilde hazırlanması ve sağlık profesyonelleri ile işbirliği içinde olmalarının sağlanması önemlidir (Öktem ve Ersu, 2008).

Evde kullanılan ventilatör teknolojisindeki gelişmeler uzun dönem ventilasyona gereksinim duyan hastaların yoğun bakım ünitelerinden taburcu edilmelerine olanak sağlamıştır. Ancak evde mekanik ventilasyon desteği alan hastalarda, 24 saat profesyonel sağlık ekibi tarafından izlenmeme, ventilatör ve ekipman yetersizliği gibi nedenler hipoksik beyin hasarı ya da ölüme yol açabilir. Bu yüzden evde hastayı izleyecek tüm aile bireyelerine, ventilatör, ekipman ve trakeostomi bakımı, olası sorunlar ve çözümleri, doktora ve hastaneye güvenli ve kısa bir sürede ulaşmaları için eğitim verilmeli ve evde takip planı oluşturulmalıdır (Gökdemir ve Ersu, 2011).

Hastaya ev tipi ventilasyon kararı alındığında, hasta kendi aletleri ile en az iki hafta süre ile hastanede kalmalı, ventilatör ayarları yapılmalı ve ayarlar hastanın ihtiyacını karşılayabilecek şekilde olduğunda eve gönderilmelidir. Firmaya hastanın taburcu olacağı tarih ve adresi bildirilmeli, aileye de cihazın bozulma durumunda yetkili teknik servise ulaşabilecekleri telefon numarası verilmelidir (Öktem ve Ersu, 2008).

#### **4.7. Evde Ventilatör Uygulaması ve Bakım**

Evde solunum desteği sağlanan çocuklarda amaç; yaşam sürelerini uzatmak, başka hastalığa yakalanmalarını engellemek, fiziksel ve psikolojik durumlarını iyileştirmek, çocuğun ve ailenin yaşam kalitesini en iyi düzeye getirmek ve ailenin maddi yükünü azaltmaktır (Öktem ve Ersu, 2008; Gökdemir ve Ersu, 2011).

Uzun süre trakeostomili olup evde takip edilecek çocuklar için trakeostomi bakımı ve acil durumlarda yapılacaklar konusunda ebeveynlerden en az biri eğitilmelidir. Acil müdahaleler için gerekli tüm malzemeler çocuğun başucunda olmalıdır. Ev ortamı çocuğa ve gereksinimlerine göre hazırlanmalıdır. Evde cihazlar hastanın bulunduğu yere yakın ve emniyetli şekilde yerleştirilmelidir. Evden herhangi bir yere gidilmesi durumunda iki gün önceden transportta kullanılması gereken tüm ekipmanların pil ve şarj durumlarını kontrol edip, çalışıklarından emin olunmalıdır.



Aile, çocuk ve deneyimli sağlık personeli arasında dzenli bir iletişim kurulmalıdır. Acil durumlar için 24 saat telefon ile danışma imkanının sağlanması ocuk için yararlı olup ebeveynler için de rahatlatıcıdır (Öktem ve Ersu, 2008; Cerit, 2011).

Kontroller; ventilatör kontrolleri, günlük rutin kontroller, haftalık kontroller ve aylık kontroller olmak üzere yapılmalıdır. Ventilatör kontrolleri; hortumlar ve bağlantı yerleri, batarya ve pillerin çalışıp çalışmadığı, elektrik ıkışları ve nemlendirici kontrolü olarak sıralanabilir. Günlük kontroller; varsa kateter kontrolü ve ilaç durumu, oksijenin çocuğun ihtiyaç düzeyine göre ayarlanması, aspirasyonun ihtiyaca göre ayarlanması vb. dir. Haftalık kontroller; ventilatör setlerinin değişimi, filtrelerin değişimi, malzemelerin temini vb. dir. Aylık kontroller; bütün ekipmanların kontrolüdür. Hastaların belli aralıklarla hastaneye kendi ventilatörü ile çağırılarak, rutin tetkiklerinin yapılması gerekmektedir (Öktem ve Ersu, 2008).

#### **4.8. Trakeostominin ocuk ve Aile Üzerine Etkisi**

Tüm toplumlarda çocuklar, geleceğin yetişkini olarak özenle yetiştirilen, eğitilen ve eldeki olanaklar en üst düzeyde tutularak, tüm gereksinimleri karşılanan değerli bireylerdir (Köse, 2012). Aileler ocuk sahibi olmaya karar verdiklerinde, sağlıklı bir çocuğa sahip olmayı isterler. ocuklarının fiziksel ve duygusal yetersizlikleri olmadan doğacağını, büyüyeceğini ve gelişeceğini ümit ederler. Kronik bir hastalığı ya da engeli olan bir çocuğa sahip olmak ailenin tüm hayallerinin yıkılmasına neden olur. Yani aile bir kayıp yaşar. Kayıp yaşayan aile, çocuklarına kronik hastalık tanısının konulması ile çok, inkar, keder ve kabullenmeyi de beraberinde yaşar (Ak, 2013).

Kronik hastalık tanısı, aileler için çeşitli kayıpların yanında, yaşamlarını yeniden düzenlemeleri anlamına gelmektedir. Aile üyeleri değişen koşullara göre günlük yaşamlarını ve ailedeki rollerini yeniden tanımlar ve bu değişime olabildiğince uyum sağlama çabası gösterir. Ebeveynin yaşı, ailenin yaşam biçimi, eğitim düzeyi ve maddi durumu, ailenin problem çözme yetenekleri, ebeveynler ve diğer kardeşler arasındaki ilişki, çocuğun yaşı ve hastalığı anlayabilme düzeyi, hastalığın şiddeti ve süresi, hastalığın ölümcül olup olmaması gibi faktörler kronik hastalığın getirdiği yeni durumu ailenin fizyolojik, psikolojik ve sosyal olarak kabullenmesinde etkilidir (Törüner ve Büyükönen, 2012).

Çocuktaki kronik bir hastalık tüm aile bireylerinin yaşamlarını etkiler ve ciddi düzeyde stres yaşamalarına sebep olur. Ailenin sosyal ilişkilerini etkileyip sosyal izolasyona yol açabilir. Aileler çocuklarının bakımından günde 24 saat sorumlu olmaktadır. Bu durum ailelerin bakım yükünü arttırmakta ve bunaltıcı olabilmektedir (Tanır ve Kuşuoğlu, 2006; Ak, 2013;).

Kronik hastalık aile işleyişinde, aile yaşamı üzerinde olumsuz etki yapar ve aile bireylerinin arasındaki ilişkiler zarar görebilir. Ebeveynlerin birbirlerine karşı toleransları azalabilir. Aynı zamanda kronik hastalık ortaya çıktıktan sonra empati, saygı, kişisel olgunluk ve aile bütünleşmesinin artması gibi pozitif etkilerin de olduğu saptanmıştır (Ak, 2013).

Kronik hastalıklarda tıbbi bakım ve hemşirelik bakımı uzun süreli ve çoğu zaman da hastanın geri kalan yaşamı boyunca gerekli olmaktadır. Kronik hastalıklarda temel hemşirelik hedefleri; çocuğun ve tüm aile bireylerinin psşkososyal uyumuna yardım etmeyi, çocuğun evde bakımını sağlamayı, aileleri sağlık sisteminde yer alan kaynakları uygun şekilde kullanmaları için yönlendirmeyi ve çocukların rehabilitasyonunu sağlamayı içermektedir (Köse, 2012).

Çocuğun kronik hastalığı, anne ve babanın çalışma gücünü, dolayısıyla ailenin ekonomik durumunu etkiler. Çoğu ailede, anne-babaların (primer olarak annenin) ev dışındaki işleri kısıtlanır. Ailelerde ekonomik problemler görülebildiği, pek çok anne-babanın artan düzeyde kaygı, depresyon, düşük benlik saygısı gösterdikleri, evlilik ilişkilerinde bozulma ve kişisel doyumda azalma olduğu ileri sürülmektedir (Er, 2006).

Son yıllarda sağlık profesyonelleri, kronik hastalığı olan çocukların kardeşlerinin de psikososyal gereksinimlerinin olduğunu ve onların da en az anne-babalar kadar desteklenmelerinin gerektiğini vurgulamaktadır (Alderfer et al., 2003). Hasta çocuğun hastaneye yatırıldığı dönemler, akrabalara, komşulara veya arkadaşlara bırakılan sağlıklı kardeşler öfke duyup, güvensizlik hissedebilirler. Hastalık konusunda yeterli bilgi verilmeyen sağlıklı kardeşler, hastalıktan dolayı kendilerini suçlayabilirler, hastalığın bulaşıcı olabileceğini düşünebilirler. Sağlıklı kardeşler hasta kardeşleri nedeniyle arkadaşları tarafından reddedilmekten korkarlar (Ak, 2013). Bu nedenle en önemli destek kaynağı olan ebeveynlerin, sağlıklı çocuklarına karşı dürüst olmaları ve aralarındaki iletişimi açık tutmaları gerekmektedir.

Kronik hastalığı olan kardeşe sahip olmak birçok olumsuz etki yaratmanın yanında, sağlıklı kardeş üzerinde duyarlılığın artması, hastalara karşı empati kurabilme, sabırlı olabilme ve yaşamın değerlerini bilme gibi olumlu etkileri de olabilmektedir (Er, 2006).

Hastanede yatma planlı da olsa, acil bir durum nedeniyle de olsa, tüm yaşlardaki çocuklar ve aileleri için stresli bir deneyimdir (Köse, 2012). Hastanede yatan çocuklar, bilmedikleri ortam, bu ortamda bulunan tanımadıkları kişiler, bilmedikleri araç-gereçler, korkutucu sesler ve kokular nedeniyle farklı duygular yaşarlar. Çocuklar için, sağlığın bozulması, çevrenin değişmesi, aileden ayrılma ve rutinlerinin bozulması stres yaratır. Çocukların yaşam deneyimleri, zihinsel gelişimleri ve kendilerini sözel olarak ifade etme becerileri yetersiz olduğundan, stresli olaylarda baş etme yetenekleri sınırlıdır ve hastanede yatma kolaylıkla krize neden olabilmektedir. Ayrıca hastanede uzun süre yatan çocukların zaman kavramı ve sosyal ilişkileri de bozulabilmektedir. Davranış sorunları ve depresyon sık görülen bulgulardır. Kısa süreli yatışlarda, uzun süre yatan çocuklarda gözlenen tüm bulgular görülmektedir (Törüner ve Büyüköneç, 2012).

Ailelerin hastane ortamında yaşadıkları kaygılar ev ortamında olumlu katkı da sağlayabilir. Ev ortamı, genellikle çocuklar için sosyal ve emosyonel olarak destek oluşturan, gelişimsel açıdan uygun olan, sosyal becerileri kazanmak için fırsatlar yaratan, aile inanç ve değerlerini dolaylı olarak ya da açıkça gösteren, aktivitelere katılım sağlayan bir çevredir. Bir çocuğun hastalığını evde kontrol etmenin çocuk üzerinde emosyonel, psikososyal ve sosyal boyutlarda olumlu yönde düzelmeler sağladığını gösteren kanıtlar vardır. Hem çocuk hem de bakım vericilerin anksiyete düzeylerinin azalmasında etkilidir (McKenzie, 2000).

Teknolojiye bağımlı trakeostomili çocukların bakımı için hastane masraflarının artması, ailenin tercihi ve tıbbi teknolojinin ev içine taşınmasında yeterlilik gibi etkenler pediatrik evde bakımın gelişimine ve büyümesine katkı sağlamıştır (Tanır ve Kuşuoğlu,2006). Ancak olumlu etkileri yanında olumsuz etkileri de bulunmaktadır. Ebeveynler uyku bozukluğu, yüksek düzeyde anksiyete, depresyon yaşar ve bu stres belirtileri oldukça önemlidir. Çocuklarının önceden bilinmeyen tıbbi durumları ile ilgili kronik anksiyete, makine alarmlarından sürekli seslerin çıkması ebeveynler tarafından karşılaşılan stres etmenlerinden birkaçı olarak belirlenmiştir (Kohlen et al., 2006). Evde teknolojiye bağımlı çocuğu olan ebeveynler çocuklarının hastalığı ve bakımı ile ilgili

koru ve panik yaşayabilir. Özellikle çocuklarını ölmüş bulmak ve onlar üzerinde teknik işlemler yapmak, tıbbi makineye dokunmak da ebeveynlerde korku yaratabilir (Tanır ve Kuşuoğlu, 2006).

Ebeveynler ve hemşireler arasında iletişimin ve işbirliğinin artırılması ebeveynlerin stresini azaltır (Mutlu ve Savaşer, 2007). Bunu sağlamak için sağlık profesyonelleri ailenin bilgi almak istediği durumlarda ailenin anlayabileceği düzeyde açıklamalar yapmalı, gerekli durumlarda psikososyal destek vermeli ya da verebilecek ilgili kurumlara yönlendirmelidir.

#### **4.9. Dekanülasyon**

Dekanülasyon, trakeostominin endikasyonuna bağlıdır. Altta yatan hastalık düzelmiş, trakeostomi endikasyonu ortadan kalkmış ve trakeostominin gerekli olmadığı düşünülüyorsa dekanülasyon için gerekli işlemler yapılmaya başlanabilir (Ertuğrul, 2010). Dekanülasyondan önce, dekanülasyonu önleyebilecek herhangi problemi değerlendirmek amacıyla laringoskopi veya bronkoskopi uygulanmalıdır (Ünal, 2004).

Trakeostominin kapanmasıyla hava yolu direnci yaklaşık üç kat, ölü boşluk ise iki kat artar ve bu durum özellikle uzun süredir trakeostomiyle nefes alan hastanın solunum yükünü artırır. Bu durum ise hastanın anksiyetesinin artışına ve dekanülasyonda başarısızlığa neden olabilir. Hastaya kısa süreli trakeal solunum egzersizleri yaptırılarak bu komplikasyon engellenmeye çalışılır (Ertuğrul, 2010).

Trakeostomiden ayrılmadan önce trakeostomi tüpü stomanın etrafından da nefes almasını sağlamak amacıyla mümkün olan en küçük boya kadar küçültülür. Rahat nefes alabileceğinden emin olunca gözetim altında denemek üzere kapatılmalıdır (Wetmore, 2003). Ayrıca farklı bir yöntem olarak trakeostomiye delikli bir kanül yerleştirilerek kanülün normal hava giriş deliği kapatılır ve hastanın normal solunum yapıp yapmadığı gözlenir. Eğer solunum rahatsa kanül çıkartılır ve yara dudakları birbirine yaklaştırılır (Ünal, 2004).

Tüp çıkarıldıktan sonra baskılı pansuman ile stoma kapatılır ve çocuk hastanede 24-48 saat monitörizasyon altında tutulur. Trakeostomi traktı herhangi bir problem olmazsa 2-3 gün içinde kapanır. Trakeostomi traktlarının yaklaşık % 40'ı bu şekilde kapanır ve arkalarında trakeokutanöz bir fistül bırakırlar. Fistül 6 ay veya daha fazla sürerse traktın içindeki epitel cerrahi işlemle kapatılmaktadır (Akcan ve Dursun, 2010).

## 5. GEREÇ VE YÖNTEM

### 5.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı

Araştırma, evde trakeostomili çocuğa sahip ailelerin yaşadıkları güçlükleri ve depresyon düzeylerini belirlemek amacıyla retrospektif, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak gerçekleştirildi.

### 5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, İstanbul'da bir üniversite hastanesinde, Haziran 2013- Mart 2014 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

### 5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, bir üniversite hastanesinin çocuk yoğun bakım ünitesinde (2003-2014 yılları arasında) yatıp, trakeostomi açılarak eve taburculuğu gerçekleştiren ve birime kayıtlı olan 63 çocuğun ebeveynleri oluşturdu. Hastane kayıtlarından bu ailelerin tamamına ulaşılması hedeflendi. Fakat 14 hastaya iletişim bilgilerinin değişmesinden dolayı ulaşılamaması, 14 hastanın ex olması ve 3 hastanın da trakeostomisinin kapatılması nedeniyle toplam 31 hasta çalışmaya alınmadığı için **örnekleme** sadece **32 çocuğun ebeveyni** oluşturdu.

### 5.4. Araştırma Seçim Kriterleri

- Trakeostomili çocuğa sahip olma,
- Trakeostomili çocuğun ev ortamında bakım ve takibinin yapılması,
- Ailelerin araştırmayı kabul etmesi.

### 5.5. Araştırmanın Değişkenleri

- **Bağımlı değişkenler:** Ailelerin Beck Depresyon Envanterinden aldığı puanlar.

- **Bağımsız değişkenler:** Ailelerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, eğitim, çalışma durumu, ekonomik durum, çocuk sayısı, sosyal destek alma durumu), çocuğun sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, evde takip edilme süresi, kontrole götürülme durumu, mekanik ventilatöre bağlılık durumu) ve ailelerin çocuklarının rahatsızlığı konusunda yaşadıkları güçlükler.

## 5.6. Araştırma Soruları

- Trakeostomili çocuğa sahip ebeveynlerin evde yaşadığı güçlükler nelerdir?
- Trakeostomili çocuğa sahip ebeveynlerin depresyon durumları ne düzeydedir?
- Trakeostomili çocuğa sahip ebeveynlerin yaşadığı güçlükler depresyon düzeylerini etkiler mi?
- Trakeostomili çocuğa sahip ebeveynlerin sosyo-demografik özellikleri depresyon düzeylerini etkiler mi?
- Trakeostomili çocuğun sosyo-demografik özellikleri ebeveynlerin depresyon düzeylerini etkiler mi?

## 5.7. Verilerin Toplanması

### 5.7.1. Veri Toplama Araçları

Veri toplama araçları olarak, araştırmacı tarafından literatür bilgisi doğrultusunda hazırlanan Bilgi Formu (Ek-2) ve Beck Depresyon Envanteri (Ek-3) kullanılmıştır (Şen, 2004; Özsoy ve ark., 2006; Ergin ve ark., 2007; Mımoğlu ve ark., 2008; Öner, 2012).

### **Bilgi Formu**

Form, çocuğun yaşı, cinsiyeti, tanısı, anne-baba yaşı, anne-baba eğitim durumu, anne-baba gereksinimlerini içeren çoktan seçmeli 23 ve açık uçlu 7 olmak üzere toplam 30 sorudan oluşmaktadır.

## **Beck Depresyon Envanteri**

“Beck Depression Inventory”, A. T. Beck tarafından 1961 yılında geliştirilmiş, Türkiye’de birbirinden bağımsız iki uyarlama çalışması yapılmıştır. Bunlardan biri Buket Teğin (1980) tarafından “Beck Depresyon Ölçeği” adı altında yapılan uyarlama çalışmasıdır. Diğeri ise, Nesrin Hisli Şahin (1989) tarafından “Beck Depresyon Envanteri” adı ile yapılan çalışmadır. Envanter, depresyonda görülen duygusal, bedensel, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçen 21 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde ‘a’, ‘b’, ‘c’, ‘d’ şeklinde 4 şıkla belirtilmiştir. On beş yaş üzerindeki kişilere uygulanabilir. Kişilerden uygulama günü de dahil son bir hafta içinde kendilerini nasıl hissettiğini en iyi ifade eden cümleyi seçerek işaretlemesi istenir. Her madde ‘0’ ile ‘3’ arasında puan alır. Puanların toplanması ile toplam puan elde edilir. Alınabilecek en yüksek puan ise ‘63’tür. Kesim puanı genel olarak ‘17’ kabul edilmektedir. Buna göre ‘10-17’ puan: Hafif düzeyde depresyon, ‘18-29’ puan: Orta düzeyde depresyon, ‘30-63’ puan: Şiddetli düzeyde depresyon olarak kabul edilmektedir

Beck Depresyon Envanteri (BDE)’nin, Şahin (1989) tarafından yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında, Cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada envanterin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,96 olarak belirlenmiştir.

### **5.7.2. Uygulama**

Veriler, bir üniversite hastanesinin çocuk yoğun bakım ünitesinde yatmış ve trakeostomi açılarak eve taburculuğu gerçekleştirmiş çocukların ailelerinden elde edildi. Hastane kayıtlarından 2003-2014 yılları arasında eve taburculuğu gerçekleştiren çocukların ailelerinin iletişim bilgilerine ulaşıldı. Araştırmacı tarafından, ailelere telefonla araştırmanın amacı ve şekli anlatılarak hastaneye çağrıldı. Çağrılan ailelerin tamamı hastaneye geldi. Yüz yüze görüşme sağlanarak, uygulamaya başlamadan önce ailelerin sözlü ve yazılı onamları alındı. Onamları alındıktan sonra veri toplama formları dolduruldu. Formun doldurulma süresi yaklaşık 30 dakika sürdü.

## **5.8. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi**

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 17,0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma, minimum-maksimum değer, sayı, yüzde ve tek yönlü varyans analizi) yanı sıra gruplar arası niceliksel karşılaştırmalarda Mann-Whitney U Testi ve Kruskal-Wallis Testi kullanıldı. Ayrıca olguların (anne-baba-çocuk) yaşları, çocuk sayısı ve çocuğun evde bakılma süresi ile ailelerin BDE'den aldıkları puanlar arasındaki ilişki ise Spearman korelasyon testi ile değerlendirilmiştir. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık  $p<0,05$  düzeyinde değerlendirildi (Akgül, 2003).

## **5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma, bir üniversite hastanesinden trakeostomi ile taburcu olan 32 çocuğun ebeveynlerinden elde edilen veriler ile sınırlıdır, genellenmemelidir.

## **5.10. Araştırmanın Güçlükleri**

- Sadece son 10 yıla ait hasta kayıtlarının bulunması, daha önceki yıllara ait kayıtlara ulaşılamaması,
- Hasta kayıtlarının düzenli ve okunur şekilde tutulmaması,
- Arşivde yer alan telefon numaralarının eksik veya yanlış yazılması,
- Ex olan hasta sayısının fazla çıkması veriye ulaşmada zorluk yaratmıştır.

## **5.11. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmaya başlamadan önce Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Ek-4) ve çalışmaya katılmayı kabul eden ebeveynlerden yazılı onamları ( Ek-1) alındı.



## **6. BULGULAR**

Araştırma, trakeostomili çocuğa sahip ailelerin yaşadığı gúçlükleri ve depresyon düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak gerçekleştirildi.

Araştırma bulguları iki başlık halinde incelendi.

**I. Aileye ve Çocuğa Ait Sosyo-Demografik Özellikler, Ailelerin Yaşadıkları Güçlükler ve Depresyon Düzeylerine İlişkin Bulgular**

**II. Aileye ve Çocuğa Ait Sosyo-Demografik Özellikler ile Ailelerin Yaşadıkları Güçlüklerin ve BDE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular**

## I. Aileye ve Çocuğa Ait Sosyo-Demografik Özellikler, Ailelerin Yaşadıkları Güçlükler ve Depresyon Düzeylerine İlişkin Bulgular

Aileye ait sosyo-demografik özellikler Tablo 6-1’de verilmiştir.

**Tablo 6-1. Aileye Ait Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımı (N=32)**

<b>Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Annenin Eğitim Düzeyi</b>		
İlköğretim	<b>16</b>	<b>50,0</b>
Ortaöğretim	12	37,5
Üniversite	4	12,5
<b>Annenin Çalışma Durumu</b>		
Çalışıyor	2	6,3
Çalışmıyor	<b>30</b>	<b>93,7</b>
<b>Babanın Eğitim Düzeyi</b>		
İlköğretim	12	37,5
Ortaöğretim	<b>13</b>	<b>40,6</b>
Üniversite	7	21,9
<b>Babanın Çalışma Durumu</b>		
Çalışıyor	<b>30</b>	<b>93,7</b>
Çalışmıyor	2	6,3
<b>Ekonomik Gelir</b>		
İyi	6	18,7
Orta	<b>18</b>	<b>56,3</b>
Düşük	8	25,0
<b>Sosyal Güvenlik</b>		
Var	<b>30</b>	<b>93,7</b>
Yok	2	6,3
<b>Çocuk sayısı</b>		
1	11	34,4
2	<b>13</b>	<b>40,6</b>
3 ve üstü	8	25,0
<b>Ailede Bakıma Muhtaç Başka Bir Kişinin Olma Durumu</b>		
Var	4	12,5
Yok	<b>28</b>	<b>87,5</b>
<b>Maddi Destek Alma Durumu</b>		
Alıyor	12	37,5
Almıyor	<b>20</b>	<b>62,5</b>
<b>Acil Durumda Başvurulan Sağlık Çalışanı</b>		
Doktor	13	40,6
Doktor veya Hemşire	<b>19</b>	<b>59,4</b>
<b>Çocuğun Hastalığı Konusundaki Bilgi Durumu</b>		
Yeterli	<b>27</b>	<b>84,4</b>
Yeterli Değil	5	15,6
<b>Yaş Ortalamaları (yıl)</b>	<b>Min-Max</b>	<b>Ort±Sd</b>
Anne Yaş Ortalaması	22-45	32,90±6,09
Baba Yaş Ortalaması	25-49	36,38±6,52

Tablo 6-1’de ailelerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; araştırmaya katılan annelerin %50’sinin eğitim düzeyinin ilköğretim, %37,5’inin ortaöğretim, %12,5’inin ise üniversite olduğu ve %93,7’sinin herhangi bir işte çalışmadığı saptandı. Babaların ise %37,5’inin eğitim düzeyinin ilköğretim, %40,6’sının ortaöğretim, %21,9’unun üniversite olduğu ve %93,7’sinin ise bir işte çalıştığı belirlendi.

Ailelerin çoğunlukla gelir durumunun orta düzeyde (%56,3), çocuk sayısının 2 (%40,6) olduğu ve sosyal güvencesinin bulunduğu (%93,7) bulundu.

Tabloda, anne yaş ortalamasının  $32,90 \pm 6,09$  yıl, baba yaş ortalamasının ise  $36,38 \pm 6,52$  yıl olduğu görüldü.

Çocuğa ait sosyo-demografik özellikler Tablo 6-2’de verilmiştir.

**Tablo 6-2. Çocuğa Ait Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımı (N=32)**

Özellikler	n	%
<b>Cinsiyeti</b>		
Kız	13	40,6
Erkek	<b>19</b>	<b>59,4</b>
<b>Tanısı</b>		
Nörolojik Sistem Hastalığı	10	31,3
Metabolik Sistem Hastalığı	<b>14</b>	<b>43,8</b>
Kardiyolojik Sistem Hastalığı	3	9,4
Nöromusküler Sistem Hastalığı	4	12,5
Solunum Sistemi Hastalığı	1	3,1
<b>Evde Takip Edilme Süresi</b>		
1 yıl altı	<b>18</b>	<b>56,3</b>
1 yıl ve üstü	14	43,7
<b>Mekanik Ventilatöre Bağlılık Durumu</b>		
Bağlı	<b>28</b>	<b>87,5</b>
Bağlı Değil	4	12,5
<b>Çocuğun Bakımı İçin Anneye Yardımcı Birisinin Olup Olmadığı</b>		
Var	15	46,9
Yok	<b>17</b>	<b>53,1</b>
<b>Düzenli Olarak Kontrole Götürülme Durumu</b>		
Götürülüyor	<b>27</b>	<b>84,4</b>
Götürülüyor	5	15,6
	<b>Min-Max</b>	<b>Ort±Sd</b>
<b>Yaş Ortalaması (yıl)</b>	1-17	5,23±4,40

Çalışmaya dahil edilen çocukların sosyo-demografik özelliklerine bakıldığında; çocukların çoğunlukla erkek (%59,4) olduğu, %43,8'inin "Metabolik Hastalığı", %31,3'ünün "Nörolojik Sistem Hastalığı", %12,5'inin "Nöromusküler Sistem Hastalığı", %9,4'ünün, "Kardiyolojik Sistem Hastalığı" ve %3,1'inin ise "Solunum Sistemi Hastalığı" tanı grubuna dahil olduğu görüldü. Çocukların %56,3'ünün 1 yıldan az, %43,7'sinin ise 1 yıl ve üzeri süreyle evde buldukları, %87,5'inin Mekanik Ventilatöre (MV'ye) bağlı olarak yaşamını devam ettirdiği görüldü. Ailelerin %53,1'i çocuğunun bakımı için anneye yardımcı birisinin olmadığını ve %84,4'ü çocuğunu düzenli olarak kontrole götürdüğünü belirtti. Çocukların yaş ortalamalarının ise 5,23±4,40 yıl olduğu belirlendi.

Ailelerin çocuklarının rahatsızlığı nedeniyle yaşadıkları güçlükler Tablo 6-3'te verilmiştir.

**Tablo 6-3. Ailelerin Yaşadıkları Güçlüklerin Dağılımı (N=32)**

<b>Ailelerin Yaşadıkları Güçlükler</b>	<b>Evet</b>		<b>Hayır</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Ailenin diğer bireylerinin ihtiyaçlarını karşılamakta zorlanıyor musunuz?	<b>23</b>	<b>71,9</b>	9	28,1
Çocuğunuzun sürekli bakıma muhtaç olacağını düşünmek sizi endişelendiriyor mu?	<b>28</b>	<b>87,5</b>	4	12,5
Çocuğunuz hakkında sorular sorulması sizi üzüyor mu?	<b>21</b>	<b>65,6</b>	11	34,4
Kendinize yeterli kadar zaman ayırabiliyor musunuz?	4	12,5	<b>28</b>	<b>87,5</b>
Eşinize ve varsa diğer çocuklarınıza zaman ayırabiliyor musunuz?	11	34,4	<b>21</b>	<b>65,6</b>
Günlük planlarınızı hasta çocuğunuza göre mi yaparsınız?	<b>31</b>	<b>96,9</b>	1	3,1
Çocuğunuzun rahatsızlığından dolayı hiç psikolojik destek aldınız mı?	7	21,9	<b>25</b>	<b>78,1</b>
Hastaneye ulaşım konusunda güçlük çekiyor musunuz?	13	40,6	<b>19</b>	<b>59,4</b>
Acil bir durumda ne yapılacağını biliyor musunuz?	13	40,6	<b>19</b>	<b>59,4</b>
Acil bir durumda arayabileceğiniz telefon numarası var mı?	<b>26</b>	<b>81,2</b>	6	18,8
Malzeme temini konusunda sorun yaşıyor musunuz?	11	34,4	<b>21</b>	<b>65,6</b>
Ventilatör ve ekipmanları konusunda sorun yaşıyor musunuz?	11	34,4	<b>21</b>	<b>65,6</b>
İhtiyaç duyduğunuzda doktor veya hemşireye ulaşabiliyor musunuz?	<b>22</b>	<b>68,7</b>	10	31,3
Çocuğunuzun bakımında güçlük çekiyor musunuz?	7	21,9	<b>25</b>	<b>78,1</b>

Tablo 6-3'te, çalışmaya katılan ailelerin %71,9'unun ailede bulunan diğer bireylerin ihtiyaçlarını karşılamakta zorlandıkları, %87,5'inin çocuklarının sürekli bakıma muhtaç olacağından dolayı endişeli oldukları, %65,6'sının çocukları hakkında soru sorulmasından dolayı üzüldükleri, %87,5'inin kendilerine zaman ayıramadıkları, %65,6'sının eşine ve diğer çocuklarına zaman ayıramadıkları, %96,9'unun günlük

planlarını hasta çocuklarına göre ayarladıkları, %78,1'inin psikolojik destek almadıkları, %59,4'ünün hastaneye ulaşım konusunda güçlük çekmedikleri ve acil bir durumda ne yapılacağını bilmedikleri, %81,2'sinin acil bir durumda arayabilecekleri telefon numaralarının olduğu, % 65,6'sının malzeme temini ve ventilatör (ve ekipmanları) konusunda sorun yaşamadıkları, % 68,7'sinin ihtiyaç duyduklarında doktor veya hemşireye ulaşabildikleri ve %78,1'inin ise çocuklarının bakımı konusunda güçlük çekmedikleri belirlendi.

Ailelerin ifadelerine göre, yaşadıkları güçlüklerle yönelik çözüm önerileri Tablo 6-4'te verilmiştir.

**Tablo 6-4. Ailelerin Yaşadıkları Güçlüklerle Yönelik Çözüm Önerilerinin Dağılımı (N=32)**

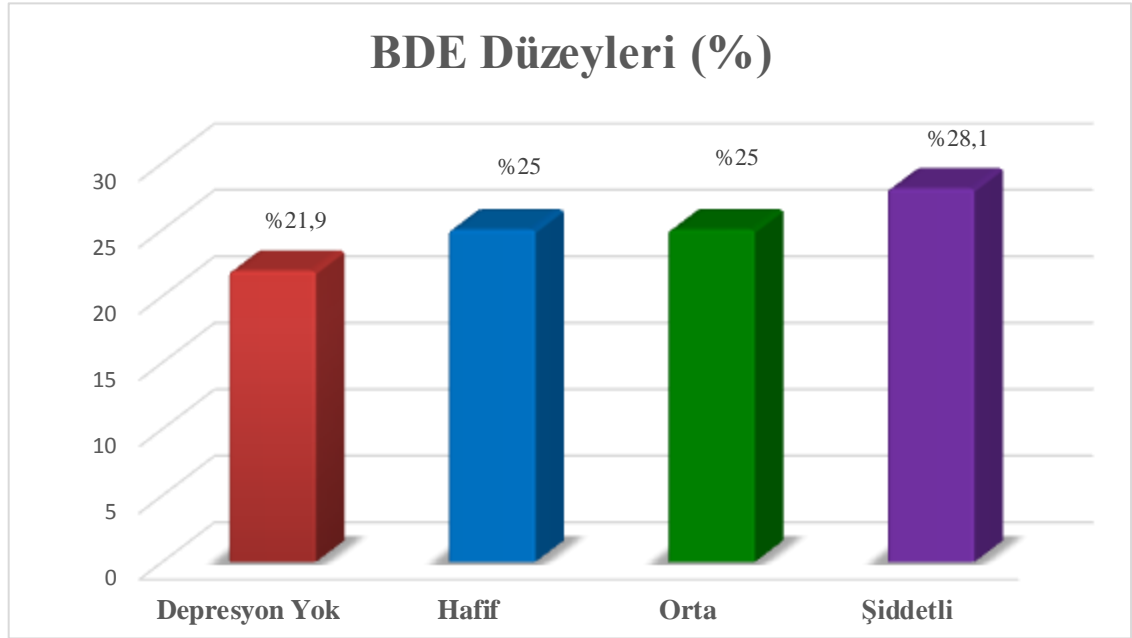
<b>Çözüm Önerileri</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Malzeme temini kolaylaştırılmalı	5	15,6
Kontrollerde muayene için yer tahsisi olmalı	4	12,5
Evde bakım ve kontrol yapılmalı	5	15,6
Ekipmanların çeşitliliği arttırılmalı	4	12,5
Acil durumlarda danışmak için arayabileceğimiz telefon numaraları belirlenmeli	<b>9</b>	<b>28,2</b>
Hastanelere ulaşım kolaylaştırılmalı	5	15,6

Aileler çözüm önerisi olarak, acil durumlarda danışmak için telefon numaralarının belirlenmesi gerektiğini (%28,2), hastanelere ulaşımın kolaylaştırılmasını (%15,6), malzeme temininin kolaylaştırılmasını (%15,6), evde bakım ve kontrollerin yapılması gerektiğini (%15,6), kontrollerde muayene için yer tahsisinin olmasını (%12,5) ve ekipmanların çeşitliliğinin arttırılmasını (%12,5) belirtmişlerdir.

Ailelerin Beck Depresyon Envanterinden aldıkları puan ortalamaları Tablo 6-5'te ve Şekil 6-1'de verilmiştir.

**Tablo 6-5. Ailelerin Beck Depresyon Envanterinden (BDE'den) Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=32)**

BDE Puanı	n	%	Min	Max	Puan Ort±Sd
Depresyon Yok (0-10 puan)	7	21,9	0	9	5,86±3,62
Hafif (11-17 puan)	8	25,0	12	17	14,88±1,81
Orta (18-29 puan)	8	25,0	18	29	23,00±4,34
Şiddetli (30-63 puan)	9	28,1	36	49	42,55±5,03
<b>Toplam Puan</b>			0	49	22,72±14,44



**Şekil 6-1. Ailelerin BDE Düzeylerinin Dağılımı**

Çalışmaya katılan ailelerin BDE'den aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde, ailelerin % 21,9'unun depresyon yaşamadıkları (5,86±3,62 puan), %25'inin hafif düzeyde (14,88±1,81 puan), %25'inin orta düzeyde (23,00±4,34 puan), %28,1'inin ise yüksek düzeyde (42,55±5,03 puan) depresyonda olduğu belirlendi. Ailelerin BDE'den aldıkları toplam puan ortalamaları ise 22,72±14,44 puan olarak bulundu.

## II. Aileye ve Çocuğa Ait Sosyo-Demografik Özellikler İle Ailelerin Yaşadıkları Güçlüklerin ve BDE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Ailelerin sosyo-demografik özellikleri ile BDE puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 6-6'da verilmiştir.

**Tablo 6-6. Ailelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile BDE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=32)**

	Özellikler	BDE Puan Ort±Sd	Test Değeri	p
<b>Annenin Eğitim Düzeyi (n=24)</b>	İlköğretim	26,38±14,89	-1,640*	0,101
	Ortaöğretim ve üstü	19,06±13,44		
<b>Babanın Eğitim Düzeyi (n=8)</b>	İlköğretim	14,54±4,20	1,389**	0,499
	Ortaöğretim	14,96±4,15		
	Üniversite	14,02±5,30		
<b>Ekonomik Gelir</b>	İyi	16,50±16,75	1,897**	0,387
	Orta	25,00±15,63		
	Düşük	22,25±9,07		
<b>Maddi Destek Alma Durumu</b>	Alıyor	17,33±11,24	-1,266*	0,206
	Almıyor	25,95±15,42		
<b>Acil Durumda İlk Başvurulan Kişi</b>	Doktor	26,46±13,02	-1,516*	0,129
	Doktor veya Hemşire	20,16±15,13		
<b>Çocuğun Rahatsızlığı Konusundaki Bilgi Düzeyi ***</b>	Yeterli	21,85±14,82	-1,142*	0,253
	Yeterli Değil	27,40±12,48		

\*Mann-Whitney U Testi =Z, \*\*Kruskal-Wallis Testi= KW, p<0,05

\*\*\*Ebeveynlerin ifadelerine göre

Tablo 6-6'da görüldüğü gibi, ailelerin BDE'den aldıkları puan ortalamaları ile anne eğitim düzeyi (Z=-1,640;p=0,101), baba eğitim düzeyi (Z=1,389;p=0,499), ekonomik gelir (Z=1,897;p=0,387), maddi destek alma durumu (Z=-1,266;p=0,206), acil durumlarda ilk başvuru kişi (Z=-1,516; p=0,129) ve ailelerin bilgi düzeyleri



( $Z=-1,142;p=0,253$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı bulundu ( $p>0,05$ ).

Çocuğun sosyo-demografik özellikleri ile ailelerin BDE puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 6-7’de verilmiştir.

**Tablo 6-7. Çocuğun Sosyo-Demografik Özellikleri ile Ailelerin BDE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=32)**

Özellikler	BDE Puan Ort±Sd	Test Değeri	p	
<b>Cinsiyet</b>	Kız	26,31±17,47	-0,749*	0,454
	Erkek	20,26±11,83		
<b>Bakımında Anneye Yardımcı Kişi Varlığı</b>	Evet	17,73±13,30	-2,343*	<b>0,019</b>
	Hayır	27,12±14,33		
<b>Kontrollere Düzenli Götürülme Durumu</b>	Götürülüyor	23,63±14,64	-0,961*	0,337
	Götürülüyor	17,80±13,66		
<b>Mekanik Ventilatöre Bağlı Olma Durumu</b>	Bağlı	20,21±13,61	-2,309*	<b>0,021</b>
	Bağlı Değil	40,25±4,35		

\*Mann-Whitney U Testi=Z,  $p<0,05$

Tablo 6-7’de görüldüğü gibi, ailelerin BDE’den aldıkları puan ortalamaları ile çocuğun cinsiyeti ( $Z=-0,749;p=0,454$ ) ve kontrollere düzenli götürülme durumu ( $Z=-0,961;p=0,337$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ( $p>0,05$ ). Ancak çocuğun bakımında anneye yardımcı bir kişinin olup olmaması ( $Z=-2,343;p=0,019$ ) ve Mekanik Ventilatöre bağlı olup olmaması ( $Z=-2,309; p=0,021$ ) ile ailelerin aldıkları BDE puan ortalamaları arasındaki farklılık ise istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0,05$ ).

Ailelerin yaşadıkları güçlükler ile BDE puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 6-8’de verilmiştir.

**Tablo 6-8. Ailelerin Yaşadıkları Güçlükler İle BDE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=32)**

Ailelerin Yaşadıkları Güçlükler		BDE Puan Ort±Sd	Test Değeri	p
Ailenin diğer bireylerinin ihtiyaçlarını karşılamakta zorlanıyor musunuz?	Evet	25,96±13,75	-2,453*	<b>0,014</b>
	Hayır	14,44±13,45		
Çocuğunuz hakkında sorular sorulması sizi üzüyor mu?	Evet	25,91±14,71	-1,826*	0,068
	Hayır	16,64±13,50		
Eşinize ve varsa diğer çocuklarınıza zaman ayırabiliyor musunuz?	Evet	14,64±13,71	-2,580*	<b>0,010</b>
	Hayır	26,95±13,20		
Çocuğunuzun rahatsızlığından dolayı hiç psikolojik destek aldınız mı?	Evet	32,42 12,99	-1,984*	<b>0,047</b>
	Hayır	20,00±13,85		
Hastaneye ulaşım konusunda güçlük çekiyor musunuz?	Evet	20,93±13,96	-0,749*	0,454
	Hayır	23,94±15,00		
Acil bir durumda ne yapılacağını biliyor musunuz?	Evet	27,21±13,40	-2,361*	<b>0,018</b>
	Hayır	16,15±13,80		
Acil bir durumda arayabileceğiniz telefon numarası var mı?	Evet	24,00±13,21	-0,386*	0,699
	Hayır	22,42±14,93		
Malzeme temini konusunda sorun yaşıyor musunuz?	Evet	21,55±12,02	-0,139*	0,889
	Hayır	23,33±15,80		
Ventilatör ve ekipmanları konusunda sorun yaşıyor musunuz?	Evet	32,18±13,64	-2,739*	<b>0,006</b>
	Hayır	17,76±12,45		
İhtiyaç duyduğunuzda doktor veya hemşireye ulaşabiliyor musunuz?	Evet	28,30±16,43	-1,363*	0,173
	Hayır	20,18±13,05		
Çocuğunuzun bakımında güçlük çekiyor musunuz?	Evet	23,43±12,65	-0,502*	0,616
	Hayır	22,52±13,31		

\*Mann-Whitney U Testi=Z,  $p<0,05$

Ailelere çocukları hakkında sorular sorulmasından dolayı üzülmeleri ( $Z=-1,826;p=0,068$ ), ailelerin hastaneye ulaşımında güçlük çekip çekmemeleri ( $Z=-0,749;p=0,454$ ), acil bir durumda arayabilecekleri telefon numaralarının olup olmaması ( $Z=-0,386;p=0,699$ ), malzeme temini konusunda sorun yaşamaları

( $Z=-0,139;p=0,889$ ), ihtiyaç duyduklarında doktor veya hemşireye ulaşma durumları ( $Z=-1,363;p=0,173$ ) ve çocuklarının bakımında güçlük çekmeleri ( $Z=-0,502;p=0,616$ ) ile BDE puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı bulundu ( $p>0,05$ ).

Ancak ailenin diğer bireylerinin ihtiyaçlarını karşılamakta zorlanmaları ( $Z=-2,453;p=0,014$ ), ailenin diğer bireylerine zaman ayıramamaları ( $Z=-2,580;p=0,010$ ), psikolojik destek almaları ( $Z=-1,984;p=0,047$ ), acil durumda ne yapmaları gerektiğini bilmeleri ( $Z=-2,361;p=0,018$ ), ventilatör ve ekipmanları konusunda sorun yaşamaları ( $Z=-2,739;p=0,006$ ) gibi durumlar ile BDE puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu görüldü ( $p<0,05$ ).

Bazı demografik özellikler ile ailelerin BDE puan ortalamaları arasındaki ilişki durumunun karşılaştırılması Tablo 6-9'da verilmiştir.

**Tablo 6-9. Bazı Demografik Özellikler İle Ailelerin BDE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=32)**

Özellikler	Test Değeri*	BDE
Çocuğun Yaşı	r	-0,012
	p	0,946
Annenin Yaşı	r	-0,021
	p	0,908
Babanın Yaşı	r	0,068
	p	0,712
Çocuk Sayısı	r	-0,084
	p	0,648
Çocuğun Evde Bakılma Süresi	r	-0,139
	p	0,448

\*Spearman Korelasyon Testi ,  $p<0,05$ .

Tablo 6-9'da, çocuğun yaşı ( $r=-0,012;p=0,946$ ), annenin yaşı ( $r=-0,021;p=0,908$ ), babanın yaşı ( $r=0,068;p=0,712$ ), çocuk sayısı ( $r=-0,084;p=0,648$ ) ve çocuğun evde bakılma süresi ( $r=-0,139;p=0,448$ ) ile ailelerin BDE puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görüldü ( $p>0,05$ ).

## 7. TARTIŞMA

Trakeostomi, mekanik ventilasyon uygulanan hastanın rahatlığını, daha etkili hava yolu temizliğini, hava yolu direncinde azalmayı, hasta mobilizasyonunda artışı, konuşmaya ve oral alımı arttırmayı, daha güvenli bir havayolunu sağlamanın yanı sıra, hastaların yoğun bakımda kalış sürelerini de azaltmakta ve ev tipi mekanik ventilatöre geçişe olanak vermektedir (Lin et al.,1999). Evde ventilatör uygulamalarının, hastaneden kaynaklanan enfeksiyonlarda azalma, aile iletişiminin artışı, daha normal günlük yaşantı ve daha düşük hasta bakım maliyeti gibi avantajlarının yanında, evde mekanik ventilasyon desteği alan hastalarda, 24 saat profesyonel sağlık ekibi tarafından izlenmeme, ventilatör ve ekipman yetersizliği gibi nedenlerden dolayı hipoksik beyin hasarı ya da ölüme yol açabildiği için dezavantajları da bulunmaktadır (Gökdemir ve Ersu, 2011). Evde teknolojiye bağımlı çocuğu olan aileler, çocuklarının hastalığı ve bakımı ile ilgili korku ve panik yaşayabilirler (Tanır ve Kuşuoğlu, 2006). Bunların yanı sıra ebeveynlerde uyku bozukluğu, yüksek düzeyde anksiyete, depresyon da görülebilir (Kohlen et al., 2000). Bu nedenle bu aileler sağlık profesyonelleri tarafından izlenmeli ve desteklenmelidirler.

Araştırma, trakeostomili çocuğa sahip ailelerin yaşadıkları güçlükleri ve depresyon düzeylerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Tartışma, bulguların veriliş sırasına göre yapılmıştır.

## **7.1. Aileye ve Çocuğa Ait Sosyo-Demografik Özellikler, Ailelerin Yaşadıkları Güçlükler ve Depresyon Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Araştırmaya alınan ailelerin sosyo-demografik özelliklerine bakıldığında; anne ve baba eğitim durumları çoğunlukla ilköğretim ve ortaöğretim düzeyindedir. Annelerin çoğunlukla çalışmadığı, babaların ise herhangi bir işte çalıştığı, ekonomik gelirlerinin genellikle orta düzeyde, sosyal güvencelerinin de olduğu saptanmıştır. Ailelerin çoğunlukla maddi destek almadıkları, evde trakeostomili çocuk dışında başka çocukların da bulunduğu ve az da olsa bazı ailelerde evde bakıma muhtaç başka bir kişinin de bulunduğu belirlenmiştir. Ailelerin acil durumlarda çoğunlukla hem doktor hem de hemşireye başvurdıkları, kendi ifadelerine göre bilgi düzeylerinin de çoğunlukla yeterli olduğu görülmüştür. Anne yaş ortalamasının 32,90±6,09 yıl, baba yaş ortalamasının ise 36,38±6,52 yıl olduğu bulunmuştur (Tablo 6-1).

Çocukların ise çoğunlukla erkek olduğu, Metabolik Sistem Hastalıklarının daha fazla olduğu, 1 yıldan az süreyle evde takip edildikleri, Mekanik Ventilatore bağlı oldukları, evde çocuğun bakımı için anneye yardımcı bir kişinin olmadığı (%53,1), ailenin çocuğu düzenli olarak kontrole götürdüğü (%84,4) belirlendi. Çocukların yaş ortalaması ise 5,23±4,40 yıl idi (Tablo 4-2).

Literatürde, kronik solunum yetmezliği olan çocuklarda ev tipi mekanik ventilasyon uygulamasının en yaygın sebebinin nöromusküler hastalıklar olduğu (Muir, 1993), bunun yanında metabolik ve nörometabolik hastalıkların da ön plana çıktığı görülmektedir (Cerit, 2011).

Cinsiyetlerine bakıldığında, bazı çalışmalarda (Ergin ve ark., 2007; Yıldırım ve ark., 2012) ve literatürde (Öktem ve Ersu, 2008) trakeostomi ihtiyacı duyan veya engelli çocukların çoğunlukla erkek oldukları belirtilmiştir.

Araştırma verilerinde de çocukların metabolik sistem hastalıklarının daha fazla olduğu, nöromusküler hastalıkların da sıklık olarak 3. sırayı aldığı görülmekte olup, cinsiyetlerinin çoğunlukla erkek olduğu saptanmıştır.

Yapılan çalışmalarda, evde bakım altındaki çocukların çoğunlukla 6-12 yaş (Willts ve ark., 2006), 7-14 yaş (Mimoğlu ve ark., 2008), 10-13 yaş (Dereli ve Okur,

2008) ve 0-19 yaş (Yıldırım ve ark., 2012) aralığında oldukları bulunurken, araştırmadaki çocukların 1-17 yaş aralığında olduğu ve yaş ortalamalarının 5 yaş olduğu bulunmuştur.

Araştırmada trakeostomili çocuğa sahip aileler, yaşadıkları güçlükler olarak çoğunlukla kendilerine yeterince zaman ayıramadıklarını, günlük planlarını hasta çocuklarına göre yaptıklarını, hasta çocukları için endişe duyduklarını, evdeki diğer bireylerin ihtiyaçlarını karşılamakta zorluk çektiklerini ve onlara yeterince zaman ayıramadıklarını, hasta çocukları hakkında soru sorulmasının onları üzdüğünü ve acil bir durumda ne yapacaklarını bilmediklerini belirttiler. Bunların haricinde de bazı konularda sorun yaşamadıklarını ifade ettiler. Bunlar; hastaneye ulaşım, acil bir durumda arayabilecekleri telefon numaralarının olması, malzeme temini, ventilatör ve ekipmanlarının kullanımı, ihtiyaç duyduklarında doktor veya hemşireye ulaşabilme idi (Tablo 6-3).

Çocuğun kronik hastalığı nedeniyle ailelerin normalden çok daha fazla evde bulunmaları ve çalışmaları gerektiğinden aileye ek bir yük gelmektedir. Çoğu ailede, anne ve babaların (primer olarak annenin) ev dışındaki işleri sınırlanarak yapılır. Annenin çalışma olasılığı azalır. Ayrıca bu çocukların, aileleri üzerinde hastalık durumunun olumsuz etkilerinin olduğu da belirtilmiş, evlilik ilişkilerinin bozulduğu, düşük benlik saygısı geliştiği ve pek çok anne ve babanın artan düzeyde kaygı yaşadıkları görülmüştür (Er, 2006).

Yapılan bir çalışmada, engelli çocuğu olan ebeveynlerin birbirleri arasındaki ilişkilerde sorun yaşadıkları, diğer çocuğa yeterince zaman ayıramadıkları saptanmıştır (Mimoğlu ve ark., 2008).

Evgin ve ark. (2013)' nin yaptığı bir çalışmada, periton diyalizi uygulanan çocukların annelerinin diğer çocuklarına gösterdiği ilgide azalma olduğu, aile içi ilişkilerde sorun yaşadıkları, ailelerin sosyal aktivitelerinin kısıtlandığı, sosyal ilişkilerinin azaldığı ve çocuğun hastalığı nedeniyle maddi konularda sıkıntı yaşadıkları bulunmuştur.

Şen (2004) ise engelli çocuğu olduktan sonra annelerin çoğunun sosyal yaşamlarının etkilendiğini, maddi güçlük yaşadıklarını ve yeterli maddi destek

almadıklarını saptamıştır. Ailelerin büyük çoğunluğunun hemşirelerden destek almak istediğini ve çoğunun istediği desteğin çocuğun durumuna yönelik bilgi ve danışmanlık olduğunu belirtmiştir.

Özsoy ve ark. (2006), engelli çocuğu olan ailelerin çoğunun gelecek kaygısı, çocuğa ilişkin sürekli kaza ya da yaralanma korkusu yaşadıklarını ve çevrelerinden hiçbir zaman sosyal destek görmediklerini belirlemişlerdir.

Hastings (2003) yaptığı bir çalışmada, engelli çocuğu olan ailelere yönelik profesyonel destek hizmetlerinin ebeveynlerin stresini azalttığını ve iyilik düzeylerini arttırdığını bildirmiştir.

Araştırmada, ailelerin yaşadıkları güçlükler, diğer çalışmalarda yer alan, evde sürekli gözlem ve bakım altında olan çocuğa sahip ailelerin yaşadıkları sorunlar ve gereksinimleri ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmada, ailelerin çocuklarının bakımında genellikle güçlük çekmedikleri ve psikolojik destek almadıkları belirlendi (Tablo 6-3).

Kronik hastalığı olan çocuğa sahip ebeveynlerin, çocuğun bakımı nedeniyle duygusal gereksinimlerinin arttığı ve bu gereksinimlerin ailenin iç ortamı ve dengesini bozduğu, ailelerin zamanla depresyon yaşayabilecekleri, anksiyetelerini azaltmak için psikiyatrik yardım almaları ve doktor istemine göre ilaç kullanmaları gerektiği vurgulanmaktadır (Törüner ve Büyüköğnenç, 2012).

Araştırmada literatürün tersine ebeveynlerin çoğunun psikolojik destek almamış olmasının nedeni; genç olmalarından, çocukların evde bakım sürelerinin 1 yıl altı ve yaş ortalamalarının küçük olması nedeniyle bakım yüklerinin az olmasından, tükenmişlik düzeylerinin de buna bağlı olarak düşük olmasından kaynaklı olabileceği düşünülmüştür.

Araştırmada, aileler yaşadıkları güçlüklerle yönelik çeşitli çözüm önerileri sunmuşlardır. Çözüm önerilerinin sırasıyla; acil durumlarda danışmak için telefon numaralarının belirlenmesi, hastanelere ulaşımın kolaylaştırılması, malzeme temininin kolaylaştırılması, evde bakım ve kontrollerin yapılması, kontrollerde muayene için yer tahsisinin olması ve ekipmanların çeşitliliğinin artırılması olduğu bulundu (Tablo 6-4).

Araştırmada, ailelerin hastane kontrolleri sırasında bekleyecek yerlerinin olmaması ve çocuklarının diğer çocuklarla aynı ortamda bulunması aile açısından bir sorun olarak görölmektedir. Bu nedenle özellikle bu çocukların belirlenen randevu gününde kendilerine ayrılan ayrı bir odada (yedek malzemeler ile donatılmış, elektrik, oksijen, aspiratör bağlantıları olan vb.) bekletilmeleri ve kontrollerinin bu odalarda kısa sürelerde yapılması sorunun azalmasına katkı sağlayabilir. Aileler ayrıca daha kolay ulaşabildikleri, daha çeşitli, fiyatı uygun, yeni geliştirilen ve işlevselliği daha kolay olan malzemeler konusunda bilgilendirilmeli ve teminini sağlamada onlara destek olunmalıdır. Malzemelerin kaliteli ve kullanılabilir olması hem bakım süresini azaltabilir, hem de çocuğun konforunu arttırabilir. Ayrıca kontrol zamanlarında ailelerden çözüm önerileri hakkında sürekli fikir alınmalı ve olabildiğince sorunlara çözüm bulunmalıdır.

Araştırmada ailelerin Beck Depresyon Envanterinden aldıkları puanlara göre, ebeveynlerin büyük oranda depresyonda olduğu, yarısından fazlasının orta-şiddetli düzeyde depresyon yaşadığı göröldü (Tablo 6-5).

Kronik sağlık sorunu olan bir çocuğun olması aile üyelerinin farklı duyguları yaşamalarına sebep olmaktadır. Bu duygular kaygı, suçluluk, korku, küskünlük, öfke ve depresyon olup, pek çok ebeveyn bu duygularla baş edebilmek için yardıma gereksinim duymaktadır (İnanç, 1999).

Yapılan bir çalışmada, engelli çocuğu olan annelerin yarısından fazlasının çaresizlik yaşadığı, %12,5'inin intihar etmek istediği, %28,1'inin depresyon yaşadığı belirlenmiştir (Mimoğlu ve ark., 2008).

Şen'in yaptığı bir çalışmada (2004), engelli çocuğu olduğu için annelerin yarısından fazlasının aşırı üzüntü yaşadıkları ve ruhsal olarak da yeterli destek alamadıkları saptanmıştır.

Toros ve ark. (2002)' nin çalışmasında, kronik hastalığı olan çocukların anne ve babalarının, sağlıklı çocukların anne ve babalarına göre daha yüksek depresyon ve anksiyete düzeylerine sahip oldukları görölmüştür.



Bayramoğlu da (2009), mental ve fiziksel nedene bağlı kronik hastalık tanısı alan çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinde değişen oranlarda depresyon, anksiyete ve tükenmişlik düzeylerine rastlamıştır.

Dereli ve Okur (2008) ise engelli çocuğa sahip ailelerin ciddi düzeyde depresyonda olduğunu, psiko-sosyal desteğe ihtiyaç duyduklarını belirtmiştir.

Yapılan çalışmalar ve araştırma bulguları teknolojiye bağımlı, engeli ve kronik sağlık sorunu olan çocuğa sahip ebeveynlerde depresyon geliştiğini göstermektedir. Bu nedenle bu tür ebeveynlerin eve taburcu olmadan önce çocuğun bakımı konusunda yönlendirilmeleri, malzeme ve ekipman konusunda bilgilendirilmeleri, uyum sürecinden geçmeleri ve gerekiyorsa psikolojik desteği erken dönemde almaları evde bakım sürecine uyumu kolaylaştırabilir. İlerleyen dönemlerde ise çocukların ve ebeveynlerin ev ziyaretleri ile izlenmeleri ve desteklenmeleri gerekmektedir.

## **7.2. Aileye ve Çocuğa Ait Sosyo-Demografik Özellikler İle Ailelerin Yaşadıkları Güçlüklerin ve BDE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Ailelerin sosyo-demografik özellikleri ile BDE düzeylerinin karşılaştırılması incelendiğinde, anne-baba eğitim düzeyi, ekonomik gelir düzeyi, maddi destek alma durumu, acil durumda başvuru alan kişi ve ailenin çocuğun rahatsızlığı konusunda bilgi düzeyi ile BDE puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği bulundu ( $p>0,05$ ;Tablo 6-6).

Yapılan bazı çalışmalarda, annelerin eğitim düzeyi arttıkça depresyon düzeyinin azaldığı, bir anlamda ruhsal belirti gösterme durumunun etkilendiği tespit edilmiştir (Fırat ve ark., 2002; Dereli ve Okur, 2008).

Araştırmada ise eğitimi düzeyinin depresyon puanlarını etkilemediği, ancak eğitim düzeyi düşük olan ailelerde depresyon puanlarının anlamlı olmasa da daha yüksek olduğu görülmüştür.

Eğitim düzeyine göre depresyon düzeylerinin etkilenmemesi, ebeveynlerin eğitim düzeylerinin, çocuklarının hastalığı nedeniyle yaşadıkları endişe ve üzüntüleri etkilemediğini, annelik içgüdüsünden dolayı yine aynı kaygıyı taşıdıklarını düşündürmektedir. Babaların eğitim düzeyinin de depresyon durumuna etkisi olmadığı grlmştr. Genellikle ailenin geçimini gibi bazı maddi sorumlulukları babalar üstlenirken, anneler de babalara göre ev dışı sosyal aktivite, iş vb. ilişkileri daha sınırlı olmakta ve gün boyu hasta çocukları ile ilgilenmektedirler. Bu nedenle annelerde depresyon puanının daha yüksek olması beklenen bir durumdur. Ancak her iki ebeveynin de eğitim düzeyi depresyon puanını etkilememiştir.

Araştırmada, çocuklarının rahatsızlığı konusunda yeterli bilgiye sahip olmayan ebeveynlerin depresyon puanlarının daha yüksek olduğu fakat istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu ( $p>0,05$ ;Tablo 6-6).

Ailelerin zorlukla baş etmelerini olumlu yönde etkileyen en önemli yardım ve destek faktörlerinden biri eğitimidir. Eğitim kişilerin zorlukla baş edebilmesi için gerekli olan bilgi, beceri ve motivasyonu sağlayan bir destek sistemidir. Eğitim ile aileler içinde buldukları duruma uyum sağlayabilirler (Bahar ve ark., 2009).

Engelli ocukların anne babalarına verilen hemşirelik eğitiminin ailelerin depresyon düzeylerini önemli ölçüde azalttığı, stresle başa çıkma tarzlarını olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir (Yıldırım ve Conk, 2005). Bu nedenle ebeveynlere; çocuklarının hastalığı, tedavi ve bakımı konusunda bilgi verilmesi ebeveynlerin kendilerine olan güvenini de arttıracadığından depresyon düzeylerini azaltabilir.

Araştırmada, anlamlı olmasa da ekonomik düzeyi iyi olan ve maddi destek alan ailelerin depresyon puan ortalamalarının daha düşük olduğu bulunmuştur.

Kronik hastalığı olan çocuğa sahip ebeveynlerin bakım ve tedavi konusunda daha çok maddi desteğe ihtiyaçları olduğu bildirilmektedir. Ailelerin hasta çocuğun tedavi ve bakımında ekonomik yönden desteklenmesi önerilmektedir (Erdem ve ark., 2013). Bu nedenle kronik sağlık sorunu olan ailelerin maddi yönden desteklenmesi ve ilgili kurumlara yönlendirilmesi konusunda rehberlik edilmesi depresyon düzeylerini azaltabilir.

Çocukların sosyo-demografik özellikleri ile ailelerin BDE puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; çocuğun cinsiyeti ve kontrollere düzenli götürülme durumu ile ailelerin BDE puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ( $p>0,05$ ), ancak ailede çocuğun bakımına yardımcı bir kişinin olması ve mekanik ventilatöre bağlı olma durumu ile ailelerin BDE puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görüldü ( $p<0,05$ ;Tablo 6-7).

Araştırmada, çocuğun cinsiyetinin kız oluşunun ailelerin depresyon düzeylerini daha da arttığı ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı saptanmıştır. Yapılan bazı çalışmalar da ebeveynlerin depresyon düzeyinin çocuğun cinsiyetinden etkilenmediği şeklinde olup, bu sonucu desteklemektedir (Ergin ve ark., 2007; Dereli ve Okur, 2008; Uyaroğlu ve Bodur, 2009). Ülkemizde değişen toplum yapısı göz önüne alındığında, ebeveynlerin kız ve erkek çocukları için benzer kaygı ve beklentilere sahip oldukları düşünülebilir.

Araştırmada, trakeostomili çocuğun bakımında anneye yardımcı kişinin olması, ebeveynlerin depresyon düzeylerini azaltmış ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Evde teknolojiye bağımlı çocukları olan aileler sosyal izolasyona eğilimlidir. Yapılan çalışmalar (Wilson ve ark., 1998; Aday et al., 2006), tıbbi gereksinimli çocuklara sahip ailelerin uygun toplumsal desteği ve hizmetleri bulmakta zorlandıklarını göstermiştir. Özellikle tek ebeveynli ailelerin daha fazla sıkıntı yaşadıkları görülmüştür (Wagner ve ark., 1988). Ailelere sosyal destek verilmesi hem maddi hem de manevi açıdan kolaylık sağlayacaktır. Ergin ve ark. da yaptıkları bir çalışmada (2007) benzer sonuçlar elde etmişlerdir. Trakeostomili çocuğun bakımına yardımcı birinin olması ebeveyne fiziksel ve ruhsal olarak destek sağlayarak, sıkıntı ve depresyonlarının azalmasını sağlar. Bu bağlamda çocuğun bakımında anneye yardımcı bir kişinin olmaması depresyon düzeyini arttırmaktadır.

Araştırmada, çocuğun kontrollere düzenli olarak götürülmesi ile ailelerin BDE puan ortalamalarının artması istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık doğurmasa da kontrollere götürülen çocukların ebeveynlerinde depresyon ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni; çocuğun durumunun kötüleştiğini düşünüp ailelerin bunun

için kaygı yaşamaları, ayrıca hastaneye giderken yaşayabilecekleri sıkıntılar (ambulans, araç, malzeme, hastanenin yoğunluğu, hastanede bekleme vb.) nedeniyle endişeleri artabilir.

Araştırmada, MV'ye bağlı olmayan çocukların ebeveynlerinde depresyon puanlarının anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Trakeostomili çocuğun MV'ye bağlı olmaması aile açısından, oksijenden ayrılma ve dekanülyasyona giden bir iyileşme kapısını aralasa da, makinenin verdiği güveni aratabilir. MV'ye bağlı olmayan çocuk kimi zaman serbest oksijenle kimi zamansa spontan olarak soluk alıp vermektedir. Ebeveynler ise uyurken veya çocuklarından ayrıken (farklı bir odada vb.) sürekli endişe duyup, çocuklarını kontrol etme, dönüşümlü olarak çocuğun yanında kalma ihtiyacı hissetmektedir. Bu da zamanla kaygı ve depresyon düzeyini etkiler kanısına varılmıştır.

Ailelerin yaşadıkları bazı güçlükler ile BDE puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ( $p<0,05$ ;Tablo 6-8). Araştırmada, diğer aile bireylerinin ihtiyaçlarını karşılamakta zorluk çeken, eşine ve diğer çocuklarına zaman ayıramayan, daha önce psikolojik destek alan, acil durumda ne yapılacağını bilen ve ekipmanlar konusunda sorun yaşayan ebeveynlerin depresyon puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı ve daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Ailenin diğer bireylerinin ihtiyaçlarını karşılayamamak, eşine ve diğer çocuklarına zaman ayıramamak ebeveynlerin sadece hasta çocuklarına odaklı yaşadıklarının, çoğunlukla (%87,5) kendilerine de zaman ayıramadıklarının (Tablo 6-3) göstergesidir. Kendine ve diğer aile bireyelerine zaman ayıramamak ebeveynin depresyon düzeyini arttırmış olabilir. Ayrıca araştırmada, daha önce psikolojik destek alan ebeveynlerin BDE puan ortalamalarının almayanlara göre daha yüksek olması da ilginç bir sonuçtur. Bu sonuç bu ebeveynlerin hala bu desteğe ihtiyaçları olduğunu göstermektedir.

Acil bir durumda ne yapılacağını bilen ebeveynlerin depresyon puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu duruma; ebeveynlerin acil bir olayda "nasıl uygulayacağım?" endişesini yaşamaları ve sorumluluklarının bu konuda artmış olması nedeniyle daha fazla kaygı yaşamaları neden olmuş olabilir. Aynı zamanda ventilatör ve

ekipman konusunda sorun yaşayanların BDE puanı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Çocuğun makineye bağlı olması ve hayati önem taşıması nedeniyle aileler makine kullanımı konusunda tedirgin olabilirler. Ventilatör ayarları konusunda bilgi düzeylerinin yeterli olmaması, ayarlarının nasıl yapılacağını bilmemeleri, bir arızayla karşılaştıklarında yardım alamama korkusu ve kaygısı zamanla depresyon durumuna dönüşebilir. Ailelerin yaşadıkları bu güçlüklerin depresyon düzeyini arttırması beklenen bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

Ailelerin yaşadıkları sorunlara yönelik, “çocuğunuz hakkında sorular sorulması sizi üzüyor mu?”, “hastaneye ulaşım konusunda güçlük çekiyor musunuz?”, “acil durumda arayabileceğiniz telefon numarası var mı?”, “malzeme temini konusunda sorun yaşıyor musunuz?”, “ihtiyaç duyduğunuzda doktor veya hemşireye ulaşabiliyor musunuz?” ve “çocuğunuzun bakımı konusunda güçlük çekiyor musunuz?” sorularına verdikleri cevaplar ile BDE puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı bulundu ( $p>0,05$ ;Tablo 6-8).

Araştırmada, çocukları hakkında soru sorulmasına üzülen ebeveynlerin depresyon puan ortalamaları anlamlı olmasa da daha yüksek bulunmuştur. Engelli çocuk hakkında sürekli sorulan soruların, ebeveynlerde stres ve kaygı yarattığı yapılan bir çalışmada belirtilmektedir (Mimoğlu ve ark., 2008; Ak, 2013). Literatürden farklı olan bu sonuç, örneklem sayısının az olmasından kaynaklanabilir. Ayrıca ulaşım konusunda güçlük yaşamaları, acil bir durumda iletişim kuracak sağlık profesyonellerinin olmaması, malzeme temini gibi durumlarda ebeveynlerin kaygılarının artması beklenen bir durumdur. Ancak araştırma sonuçlarında farklı bulunmuştur. Aynı zamanda çocuklarının bakımı konusunda güçlük çeken ailelerin depresyon düzeyleri de anlamlı olmasa da daha belirgin olarak artmıştır. Trakeostomili çocuğun özel bakım gereksinimleri olduğu için günlük bakımları normal çocuklardan farklıdır. Çünkü trakeostomili çocuklar günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede neredeyse tümüyle bağımlıdır. Bu durum ailenin çocuğun bakımında güçlük yaşamasına neden olup depresyon düzeylerini de arttırmıştır. Ancak anlamlı olmaması örneklem sayısına bağlı olabilir.

Bazı demografik özellikler ile ailelerin BDE düzeyleri arasındaki ilişki durumunun karşılaştırılması incelendiğinde; çocuğun, annenin ve babanın yaşı, çocuk

sayısı ve çocuğun evde bakılma süresi ile BDE puan düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı görüldü ( $p>0,05$ ;Tablo 6-9).

Yıldırım ve ark. (2012) yaptıkları bir çalışmada, engelli çocukların annelerinin ruhsal durumlarını belirlemiş, anne yaşı ve çocuk yaşının annelerin ruhsal durumlarını etkilemediğini saptamışlardır.

Dereli ve Okur (2008) benzer çalışmalarında, ebeveyn ve çocuk yaşının ebeveynlerin depresyon düzeyi üzerinde etkisi olmadığını bulmuşlardır. Sonuçlar yapılan çalışmalarla benzerdir. Ebeveynlerin yaşadıkları depresyon hem çocuğun hem de ebeveynlerin yaşları ile ilişkili bulunmamıştır.

Araştırmada, çocuk sayısı ile ailelerin BDE puan ortalamaları arasında bir ilişki bulunmamıştır. Çocuk sayısını, kimi zaman ailenin sağlıklı çocuk dünyaya getirme isteği, kimi zamansa hasta çocuklarının bakımına yardımcı olabileceği düşüncesi arttırırken, bazen de aynı korku ve kaygı, doğuştan veya sonradan kazanılan sağlık problemlerini yenileyeceği, diğer çocuklarla ilgilenemeyecekleri düşüncesi azaltabilir.

Bazı çalışmalarda (Bayramoğlu, 2009; Yıldırım ve ark, 2012), engelli bir çocuğa sahip olan ailelerdeki çocuk sayısı arttıkça ebeveynlerin depresyon düzeylerinin de paralel olarak arttığı bildirilmektedir. Ancak araştırmada, çocuk sayısı çoğunlukla 2 olup, değişkenliği ailelerin BDE düzeylerini etkilememiştir.

Araştırmada, çocukların evde bakılma süresi ile ailelerin depresyon puanları arasında bir ilişkiye rastlanmamıştır. Ancak çocuğun bakım ve tedavi süresi uzadıkça ebeveynlerin daha stresli, kaygılı ve depresif olabilecekleri düşünülmüştür. Yapılan çalışmalarda da (Quint, 1990; Noyes, 1999) farklı sonuçlar bildirilmektedir.

Quint ve ark. (1990), iki yıldan daha fazla süredir evde ventilatöre bağlı çocuğu olan ailelerin, baş etme skorlarının düşük olduğu ve tükenmişlik yaşadıklarını saptamıştır. Bunun tersine, çok kısa sürede de ebeveynlerin tükenmişlik yaşadıkları ortaya çıkmıştır. Noyes (1999), tıbbi bakımdan hassas çocukları olan annelerin özellikle çocuğun eve taburculuğundan sonraki iki haftada tükenmişlik hissi yaşadıklarını belirtmiştir.

Araştırma sonuçları bu verilerden farklı olarak bulunmuş, çocuğun evde bakılma süresi ile ailelerin depresyon puan ortalamaları arasında ilişki saptanmamıştır. Bu duruma araştırmadaki çocukların evde takip edilmelerinin çoğunlukla (%56,3) 1 yıldan az gibi kısa süredir olması etkilemiş olabilir. Çocuğun tedavi ve bakım süreci uzadıca depresyon ve kaygı durumu da artabilir.

## 8. SONUÇ VE ÖNERİLER:

Araştırmada aşağıdaki **sonuçlar** elde edilmiştir.

- Araştırmaya katılan ailelerden, annelerin %50'sinin eğitim düzeyinin ilköğretim olduğu ve çoğunun herhangi bir işte çalışmadığı; babaların ise %40,6'sının eğitim düzeyinin ortaöğretim olduğu ve çoğunun bir işte çalıştığı,
- Ailelerin gelir durumları çoğunlukla orta düzeyde olup, çocuk sayısının da genellikle 2 olduğu,
- Anne yaş ortalamasının  $32,90 \pm 6,09$  yıl, baba yaş ortalamasının ise  $36,38 \pm 6,52$  yıl olduğu,
- Çocukların çoğunlukla cinsiyetlerinin erkek olduğu, %43,8'inin "Metabolik Hastalık" tanısına sahip olup, 1 yıldan az süredir evde takip edildikleri ve Mekanik Ventilatöre bağlı oldukları,
- Çocukların yaş ortalamalarının  $5,23 \pm 4,40$  yıl olduğu,
- Ailelerin, çoğunun günlük planlarını hasta çocuklarına göre ayarladıkları, çocuklarının ömür boyu bakıma muhtaç olacağından dolayı endişeli oldukları, ailede bulunan diğer bireylerin ihtiyaçlarını karşılamakta zorlandıkları, kendilerine, eşine ve diğer çocuklarına zaman ayıramadıkları, çocukları hakkında soru sorulmasından dolayı üzüldükleri, acil bir durumda ne yapacaklarını bilmedikleri ve psikolojik destek almadıkları,
- Ailelerin, %25'inin hafif düzeyde, %25'inin orta düzeyde, %28,1'inin ise şiddetli düzeyde depresyon yaşadıkları,
- Çocuğun-annenin ve babanın yaşları, çocuk sayısı ve çocuğun evde bakılma süresi ile ailelerin BDE puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ( $p > 0,05$ ),
- Bazı durumlar ile (çocuğun bakımında anneye yardımcı kişinin olmaması, çocuğun MV'ye bağlı olmaması, ebeveynlerin ekipman sorunu yaşamaları ve diğer aile bireylerinin ihtiyaçlarını karşılayamamaları vb.) BDE puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu ( $p < 0,05$ ) bulundu.



Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Trakeostomili çocuğu olan ebeveynlere yönelik taburculuk eğitiminin planlı ve uygulamalı olarak verilmesi,
- Taburcu olduktan sonra da eğitimin sürekli hale getirilmesi ve sağlık profesyonelleri eğliğinde ebeveynlerdeki güvenin arttırılması,
- Evde bakıma ihtiyacı olan çocuklara ilişkin kurum ve devlet bazında izlem politikalarının (*hastanede muayene için uygun ortam sağlanması, evde bakım hizmetleri, ev ziyaretleri, telefonla danışmanlık vb.*) geliştirilmesi ve denetlenmesi,
- Maddi/manevi destek olabilecek kişi, kurum ve kuruluşların aileler ile paylaşılması,
- Hasta kayıtlarının düzenli ve doğru bir şekilde tutularak, belirli aralıklarla hastaya ait bilgilerin yenilenmesi,
- Psikolojik desteğe ihtiyaç duyan ailelerin belirlenmesi ve desteklenmesi,
- Bu konuda yapılabilecek çalışmaların arttırılması **önerilebilir.**

## 9. KAYNAKLAR

- Aday LA., Wegener DH., Andersen RM., Aitken MJ. (2006) Home Care For Ventilator-Assisted Children.
- Ak B. (2013) Kronik ve Yaşamı Tehdit Edici/Ölümcül Hastalığı Olan Çocuk ve Hemşirelik Yaklaşımı. İçinde: Pediatri Hemşireliği. Eds: Conk Z., Başbakkal Z., Yılmaz H., Bolşık B., Akademisyen Tıp Kitabevleri, Ankara, s:905-938.
- Akcan AB., Dursun O. (2010) Pediatrik trakeotomi ve evde bakımı. KBB Forum, 9(3):70-77.
- Akgül A. (2003) Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri SPSS Uygulamaları. 2. Baskı. Emek Ofset, Ankara.
- Alderfer MA., Labay LE., Kazak AE. ( 2003) Brief report:does posttraumatic stress apply to siblings of childhood cancer survivors? J Pediatr Psychol, 28:281-286.
- Bahar A., Bahar G., Savaş H. A., Parlar S. (2009). Engelli çocukların annelerinin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzlarının belirlenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 4(1): 97-112.
- Barret JP., Desai MH., Herndon DN. (2000) Effects of tracheostomies on infection and airway complications in pediatric burn patients. Burns, 26: 190-193.
- Bayramoğlu MB. (2009) Mental ve Fiziksel Bir Nedene Bağlı Kronik Hastalık Tanısı Alan Çocuk ve Ergenlerin Ebeveynlerinde Anksiyete, Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyi. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi, İstanbul (Danışman: Uzm. Dr. Figen Atalay).
- Brook AD., Sherman G., Malen J., et al. (2000) Early versus late tracheostomy in patients who require prolonged mechanical ventilation. American Journal of Critical Care, 9: 352-359.
- Carron JD., Derkay CS., Strobe GL. et al. (2000) Pediatric tracheostomies: changing indications and outcomes Laryngoscope, 110: 1099-1104.
- Cerit Z. (2011) Ev Ventilasyonu İle İzlenen Çocuk Hastaların Demografik Özellikleri ve Uzun Dönem İzlemlerinin Retrospektif Değerlendirilmesi. Ege

Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İzmir (Danışman: Doç. Dr. Bülent Karapınar).

- Cochrane LA, Bailey CM. (2006) Surgical aspects of tracheostomy in children. *Paediatr Respir Rev*, 7(3): 169-74.
- Cynthia M., Bissell RN. (2008) Tracheostomy tubes. In: *Pediatric Tracheostomy Home Care Guide*, Eds: Cynthia M., Bissell RN. Jones & Bartlett Publishers, London, s: 42-52.
- Çavuşoğlu H. (2011) *Çocuk Sağlığı Hemşireliği*. Cilt-2. Genişletilmiş 9. Baskı. Sistem Ofset Basımevi, Ankara, s: 385-387.
- Dereli F., Okur S. (2008) Engelli çocuğa sahip olan ailelerin depresyon durumunun belirlenmesi. *Yeni Tıp Dergisi*, 25:164-168.
- Deskin RW. (2006) Pediatric tracheostomy. In: *Head and neck surgery—otolaryngology* Forth edition, Eds: Byron J. Bailey, Jonas T. Johnson, Lipincott Williams & Wilkins, Philadelphia, s: 1147-1155.
- Er M. (2006) Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 49:155-168.
- Ergin D., Şen N., Eryılmaz N., Pekuslu S., Kayacı M. (2007) Engelli çocuğa sahip ebeveynlerin depresyon düzeyi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 10:1.
- Ertuğrul İ. (2010) Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde 2000-2010 Tarihleri Arasında Trakeostomi Açılan Hastaların Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara (Danışman: Yard. Doç. Dr. Benan Bayrakçı).
- Evgin D., Erdem E., Bayat M., Poyrazoğlu HM., Dursun J. (2013) Periton diyalizi uygulanan çocukların ve ailelerinin yaşadıkları güçlükler: Nitel bir çalışma. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(1):7-17.
- Firat S., Diler R. S., Avcı A., Seydaoğlu G. (2002) Comparison of psychopathology in the mothers of autistic and mentally retarded children. *J Korean Med Sci*, 17: 679 685.
- Fraga JC., de Souza JCK., Krueel J. (2009) Pediatric tracheostomy *J Pediatr*, 85:97-103.

- Goldenberg D., Bhatti NI. (2005) Management of the impaired airway in the adult. In: Paul W. Flint, Charles W. Cummings, David E. Schuller, J. Regan Thomas, K. Thomas Robbins (Eds). Cummings Otolaryngology: Head and Neck Surgery Forth edition, Elsevier Mosby, Philadelphia,s: 2441-2452.
- Goldenberg, D., Golz, A., Netzer A. et al. (2002) Tracheotomy: Changing indications and a review of 1130 cases. J Otolaryngol, 31: 211-215.
- Gökdemir Y., Ersu R. (2011) Çocuklarda evde mekanik ventilasyon. Türk Toraks Dergisi, 12 (1):56-59.
- Hastings, R.P. (2003). Child behaviour problems and partner mental health as correlates of stress in mothers and fathers of children with autism. Journal Intellect Disabil Res, 47,231-237.
- Hess DR. (2005) Tracheostomy tubes and related appliances. Respir Care, 50(4): 497-510.
- İnanç Y B. (1999) Çocuk ve Adölesan Hastalara Tedavi Yaklaşımları/ Fiziksel Sakatlığı ve Kronik Hastalığı Olan Çocuklara ve Ailelerine Psikolojik Yaklaşım. İçinde: "Ben Hasta Değilim" Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikolojik Yönü, Ed: Ekşi A., Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s:641-653.
- Karaböcüoğlu M. (2008) Mekanik Ventilasyondan Ayırma. İçinde: Çocuk Yoğun Bakım Esaslar ve Uygulamalar, Eds: Karaböcüoğlu M., Köroğlu TF., İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, s: 387-394.
- Karakurt Z. (2011) Trakeostomi kanülleri. Türk Toraks Dergisi. 12(1):28-31.
- Kenneth CYYu. (2004) Airwaymanagement and tracheotomy. In: Current Dagnosisi & Treatment in Orolaryngology & Neck Surgey, Ed: Anil K. Lalwani,The McGraw-Hill Companies, Newyork, s: 541-548.
- Kohlen C., Beier J., Danzer G. (2000) 'They don't leave you on your own:' a qualitative study of the home care of chronically ill children. Pediatric Nursing, 26 (4): 366-371.
- Kost KM. (2005) Endoscopic percutaneous dilatational tracheotomy: a prospective evaluation of 500 consecutive cases. Laryngoscope, 115 (10 Pt 2): 1-30.
- Köse S. (2012) Kronik Hastalıklar ve Bakım. İçinde: Çocuklarda Kronik Hastalıklar ve Bakım. Ed: Durna Z., Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s: 503-507.

- Lewis CW., Carron JD., Perkins J A. Sie KCY. Feudtner C. (2003) Tracheotomy in pediatric patients - A national perspective. *Archives of Otolaryngology-Head & Neck Surg* 129: 523-529.
- Lin MC., Huang CC., Yang CT., et al. (1999) Pulmonary mechanics in patients with prolonged mechanical ventilation requiring tracheostomy. *Anaesth Intensive Care* 27: 581-585.
- McKenzie M. (2000) Chemotherapy standards for hospital in the home: how useful? *Australian Journal of Advanced Nursing (Abstract)*, 17 (4): 8-13.
- Mimoğlu H., Balcı S., Savaşer S. (2008) Zihinsel engelli çocuğu olan ailelerin yaşadığı glkler ve aile yk. 7. Ulusal Hemşirelik ğrencileri Kongresi, İstanbul.
- Miles MS., Holditch-Davis D, Burchinal P, Nelson D. (1999) Distress and growth outcomes in mothers of medically fragile infants. *Nursing Research*, 48 (3):343-356.
- Muir JF. (1993) Home mechanical ventilation. *Thorax*, 48: 1264-1273.
- Mutlu B., Savaşer S. (2007) ocuğu ameliyat sonrası yoğun bakımda olan ebeveynlerde stres nedenleri ve azaltma girişimleri. İstanbul Üniversitesi *Flornce Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 60:179-182.
- Noyes J. (1999) The impact of knowing your child is critically ill: a qualitative study of mother's experiences. *Journal of Advanced Nursing (Abstract)*, 29 (2): 427-435 (Abstract).
- zgrsoy O. (2007) Perkütan trakeostomiler.
- Ozmen S. Ozmen OA, Unal OF. (2009) Pediatric tracheotomies: A 37-year experience in 282 children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 73:959-961.
- Öktem S., Ersu R. (2008) Evde Ventilasyon Uygulamaları. İçinde: ocuk Yoğun Bakım Esas ve Uygulamalar. Eds: Karaböcüoğlu M., Köroğlu TF., İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd. şti., İstanbul, s:395-399.
- ner N. (2012) Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler Hakkında Ayrıntılı Bilgi/Kişilik Testleri, İçinde: Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testlerden rnekler Bir Başvuru Kaynağı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi, 7. Baskı, İstanbul, s:393-395.

- Özsoy S., Özkahraman Ş., Çallı F. (2006) Zihinsel engelli çocuk sahibi ailelerin yaşadıkları güçlüklerin incelenmesi. *Aile ve Toplu Dergisi*, 3(9): 69-77.
- Quint RD., Chesterman E., Crain L., Winkleby M., Boyce T. (1990) Home care for ventilator dependent children. Psychosocial impact on the family. *American Journal of Diseases in Children (Abstract)*, 144 (11): 1238-1241 (Abstract).
- Rumbak MJ., Newton M., Truncale T. et al. (2004) A prospective, randomized, study comparing early percutaneous dilational tracheotomy to prolonged translaryngeal intubation (delayed tracheotomy) in critically ill medical patients. *Crit Care Med*, 32: 1689-1694.
- Sabuncu N., Ay A F. (2009) Klinik Beceriler ve Sağlık Değerlendirilmesi Hasta Bakımı ve Takibi. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s:512-523.
- Şen E. (2004) Engelli Çocuğu Olan Ailelerin Yaşadığı Güçlükler. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Mersin (Danışman: Yard. Doç. Dr. Sabire Yurtsever).
- Tanır K M., Kuğuoğlu S. (2006) Teknolojiye bağımlı çocuğun evde bakımı. *Sted*, 15 (12):214-218.
- Toros F., Tot Ş., Düzovalı Ö. (2002) Kronik hastalığı olan çocuklar, anne ve babalarındaki depresyon ve anksiyete düzeyleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5:240-247.
- Törüner E., Büyükgöneç L. (2012) Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları. Gökçe Ofset, Ankara, s:172-181; 185-197.
- Trachsel D., Hammer JG. (2006) Mini-symposium: Tracheostomy in children indications for tracheostomy in children. *Paediatr Respir Rev.*, 7: 162-168.
- Ünal F. (2004) Tracheotomy in children. *Katkı Pediatri Dergisi*, 26(2):48-54.
- Wagner J., Power EJ, Fox H. Technology Dependent Children: Hospital Versus Home Care, Office of Technology Assessment Task Force. JP Lippincott, Philadelphia. 1988.
- Wetmore RF. (2003) Tracheotomy. In: Bluestone CD, Stool SE, Alpes CM, Arjmand EM, Casselbrant ML, Dohar JE (Eds). *Pediatric otolaryngology Fourth edition* Saunders, Philadelphia, 1583-1598.

- Willits KA., Platonova EA., Nies MA., Racine EF., Troutman ML., Harris HL. (2013) Medical home and pediatric primary care utilization among children with special health care needs. *J Pediatr Health Care*, 27:202-8.
- Wilson S., Morse JM., Penrod J. (1998) Absolute involvement: the experience of mothers of ventilator-dependent children. *Health and Social Care in the Community*, 6 (4): 224-233.
- Wyatt ME., Bailey CM., Whiteside JC. (1999) Update on tracheostomy tubes. *J Laryngol Otol*, 113(1): 35-40.
- Yalındağ Ö N. (2003) Mekanik Ventilatörden Ayrılma. İçinde: *Pediyatrik Mekanik Ventilasyon*, Eds: Karaböcüoğlu M., Köroğlu TF., Çağdaş Medikal Kitabevi&Çapa Tıp Kitabevi, Ankara-İstanbul, s: 247.
- Yıldırım A., Hacıhasanoğlu A R., Karakurt P. (2012) Engelli çocukların annelerinin ruhsal durumlarının belirlenmesi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 20:200-209.
- Yıldırım F., Conk Z. (2005) Zihinsel yetersizliği olan çocuğa sahip anne-babaların stresle başa çıkma tarzlarına ve depresyon düzeylerine planlı eğitim etkisi. *C. Ü. HYO Derg.*, 9: 1-10.

## 10. EKLER

### EK-1

#### **Bilgilendirme ve Onam Formu**

Sevgili anne ve babalar;

Trakeostomili çocuğun eve taburculuğu, evde takibi ve bakımı son yıllarda dünyada ve ülkemizde oldukça yaygın hale gelmiştir. Yoğun bakım servislerinden eve taburcu ettiğimiz trakeostomili çocukların aileleri olarak siz değerli ebeveynlerin çocuklarınıza sunduğunuz takip ve bakım son derece ciddi ve onların sağlığını korumak ve geliştirmek için de son derece önemlidir.

Çocuklarımızın evde takibini ve bakımını yaparken yaşadığımız güçlükler ve çözüm önerileriniz de biz sağlık çalışanlarının, eve taburcu etmeyi planladığımız çocuklar ve sizin gibi ebeveynler için ışık tutacak deneyimler ve yol gösterici unsurlar olarak belirlenecektir.

‘Trakeostomili Çocuğa Sahip Ailelerin Yaşadıkları Güçlüklerin ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi’ isimli bu çalışmada sorunların ve çözüm önerilerinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Bu çalışmaya katılıp katılmamanız konusunda hiçbir zorunluluk bulunmamaktadır. Çalışmaya katılmak istemezseniz ya da çalışmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan ayrılmak isterseniz araştırmacıyı haberdar ederek çalışmadan çekilebilirsiniz.

Bu çalışmaya katılmada kayıtlar yasaların öngördüğü şekilde araştırmacı tarafından toplanacak, veriler güvenli bir şekilde saklanacaktır. Araştırmanın sonuçları kongrelerde sunulabilir veya bilimsel amaçlı yayınlanabilir. Ancak bu durumda kimlik bilgileriniz hiçbir şekilde açıklanmayacaktır.

Yard. Doç. Dr. Serap BALCI

Araştırmacı Gül KIRAN

Yukarıdaki açıklamayı okudum. Araştırmacı tarafından yukarıdaki çalışmaya bu koşullar altında katılmayı kabul ediyorum, çalışma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlar doğrultusunda yayınlanmasına izin veriyorum.

Tarih:

Adı Soyadı:

İmza:



## EK-2

### Bilgi Formu

Sevgili anne ve babalar;

Aşağıda trakeostomili çocuğu olan ebeveynlerin yaşadığı sorunlara yönelik bazı sorular sorulmuştur. Bu sorulara dikkatli ve eksiksiz yanıt vermeniz bizim için çok önemlidir.

Katılımınız ve desteğiniz için teşekkür ederiz.

**Yard. Doç. Dr. Serap BALCI**

**Gül KIRAN**

*(İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hem. Fak. Öğr. Üyesi)*

*(Araştırmacı)*

**1. Çocuğunuzun yaşı: .....**

**2. Çocuğunuzun cinsiyeti nedir?**

Kız

Erkek

**3. Çocuğunuzun tamsı:.....**

**4. Çocuğunuz mekanik ventilasyona bağlı mı?**

Evet

Hayır

**5. Annenin yaşı: .....**

**6. Annenin eğitim düzeyi nedir?**

Okur – yazar değil

Okur - yazar

İlköğretim

Lise

Yüksekokul/ Fakülte

**7. Babanın yaşı: .....**

**8. Babanın eğitim düzeyi nedir?**

Okur – yazar değil

Okur - yazar

İlköğretim

Lise

Yüksekokul/ Fakülte

**9. Anne çalışıyor mu?**

Evet  Hayır

**10. Baba çalışıyor mu?**

Evet  Hayır

**11. Ailenizin sosyal güvencesi (SSK, Emekli Sandığı vs) var mı?**

Evet  Hayır

**12. Ailenizin gelir durumu size göre ne düzeydedir?**

Yeterli  Kısmen yeterli  Yetersiz

**13. Ailenizdeki (hasta çocuğunuz dahil) toplam çocuk sayısı kaçtır?**

1  2  3 ve daha fazla

**14. Evde bakıma muhtaç olan başka bir kişi var mı?**

Evet  Hayır

**15. Cevabınız Evet ise; bakıma muhtaç olan kişiyi belirtiniz:.....**

**16. Çocuğunuz ne kadar süredir evde takip ediliyor?**

0-6 ay  
 7 – 11 ay  
 1 yıl – 2 yıl arası  
 2 yıldan daha fazla süredir.

**17. Evde çocuğunuzun bakımına yardımcı birisi ya da birileri bulunuyor mu?**

Evet  Hayır

**18. Her hangi bir kuruluştan çocuğunuz için maddi destek alıyor musunuz?**

Evet  Hayır

**19. Çocuğunuzdan dolayı ailenin diğer bireylerinin ihtiyaçlarını karşılamakta zorlanıyor musunuz?**

Evet  Hayır

**20. Çocuğunuzun düzenli olarak kontrole getiriyor musunuz?**

Evet  Hayır

**21. Çocuğunuz ile ilgili acil bir durumda ilk kime başvurursunuz?**

Doktor  
 Hemşire  
 Doktor + Hemşire  
 Diğer .....

**22. Çocuğunuzun şuan ki durumu hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?**

Evet  Hayır

**23. Çocuğunuzun sürekli bakıma muhtaç olacağını düşünmek sizi endişelendiriyor mu?**

Evet  Hayır

**24. Çocuğunuz hakkında sorular sorulması sizi üzüyor mu?**

Evet  Hayır

**25. Kendinize yeteri kadar (dinlenme, eğlence, alışveriş yapma, aile ziyaretleri vb konularda) zaman ayırabiliyor musunuz?**

Evet  Hayır

**26. Eşinize ve varsa diğer çocuklarınıza zaman ayırabiliyor musunuz?**

Evet  Hayır

**27. Günlük planlarınızı hasta çocuğunuza göre mi yaparsınız?**

Evet  Hayır

**28. Çocuğunuzun rahatsızlığından dolayı hiç psikolojik destek aldınız mı?**

Evet  Hayır

**29. Cevabınız Hayır ise; almak ister misiniz?**

Evet  Hayır

**30. Çocuğunuzun rahatsızlığından dolayı yaşadığınız güçlükleri belirtiniz.**

- Hastaneye ulaşım konusunda güçlük çekiyorum
- Acil bir durumda ne yapacağımı bilmiyorum
- Telefonla ulaşabileceğim kimse yok
- Malzeme temini konusunda sorun yaşıyorum
- Ventilatör ve ekipmanlarının teknik konularında sorun yaşıyorum
- İhtiyaç duyduğumda doktor ve/veya hemşireye ulaşamıyorum
- Çocuğumun bakımında güçlük çekiyorum
- Diğer (varsa belirtiniz)

**31. Yukarıda belirttiğiniz güçlüklerle yönelik çözüm önerileriniz varsa belirtiniz.**

.....

.....

.....

### **EK-3**

#### **Beck Depresyon Envanteri**

##### **1.**

- (a) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
- (b) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
- (c) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
- (d) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.

##### **2.**

- (a) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
- (b) Gelecek için karamsarım.
- (c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
- (d) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

##### **3.**

- (a) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
- (b) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
- (c) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
- (d) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

##### **4.**

- (a) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
- (b) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
- (c) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
- (d) Her şeyden sıkılıyorum.

##### **5.**

- (a) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
- (b) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
- (c) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
- (d) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

##### **6.**

- (a) Kendimden memnunum.
- (b) Kendimden pek memnun değilim.
- (c) Kendime kızgınım.
- (d) Kendimden nefrete ediyorum.

**7.**

- (a) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
- (b) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
- (c) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
- (d) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimde kabahat buluyorum.

**8.**

- (a) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
- (b) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
- (c) Kendimi öldürmek isterdim.
- (d) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

**9.**

- (a) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
- (b) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
- (c) Çoğu zaman ağlıyorum.
- (d) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.

**10.**

- (a) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.
- (b) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
- (c) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
- (d) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.

**11.**

- (a) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
- (b) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
- (c) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
- (d) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.

**12.**

- (a) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
- (b) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
- (c) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
- (d) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.

**13.**

- (a) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
- (b) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
- (c) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
- (d) Kendimi çok çirkin buluyorum.

**14.**

- (a) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
- (b) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
- (c) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
- (d) Artık hiçbir iş yapamıyorum.

**15.**

- (a) Uykum her zamanki gibi.
- (b) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
- (c) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
- (d) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

**16.**

- (a) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
- (b) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
- (c) Her şey beni yoruyor.
- (d) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

**17.**

- (a) İştahım her zamanki gibi.
- (b) Eskisinden daha iştahsızım.
- (c) İştahım çok azaldı.
- (d) Hiçbir şey yiyemiyorum.

**18.**

- (a) Son zamanlarda zayıflamadım.
- (b) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 kg verdim.
- (c) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 kg verdim.
- (d) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 kg verdim.

**19.**

- (a) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
- (b) Ağrılar, mide sancuları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
- (c) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
- (d) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

**20.**

- (a) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
- (b) Eskisine oranla sekse ilgim az.
- (c) Cinsel isteğim çok azaldı.
- (d) Hiç cinsel istek duymuyorum.

**21.**

- (a) Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.
- (b) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilirim düşünyorum.
- (c) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
- (d) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

EK-4



T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

SAYI : 25  
KONU:

26 / 06 / 2013

**Sayın; Yrd.Doç.Dr.Serap BALCI**

Haliç Üniversitesi Etik Değerlendirme Kurulunca yapmış olduğunuz başvuru incelenmiş olup, danışmanı olduğunuz Gül KIRAN'ın *"Trakeostomili Çocuğa Sahip Ailelerin Yaşadığı Güçlüklerin ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi"* isimli araştırması kurulumuzun 18.06.2013 tarihli toplantısında etik yönden uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr.Önder ÖZKAZANÇ  
Etik Kurul Başkanı



## 11. ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

**Adı Soyadı:** Gül KIRAN

**Doğum Yeri ve Tarihi:** Ordu/ 01.06.1987

**Medeni Hali:** Evli

**Yabancı Dil:** İngilizce

**E-posta Adresi:** [glkrn@hotmail.com](mailto:glkrn@hotmail.com)

**Tel:**.....

### Eğitim ve Akademik Durumu

<b>Mezun Olduğu Kurumun Adı Yılı</b>	<b>Mezuniyet</b>
Lise: Giresun Lisesi	2004
Lisans: Haliç Üniversitesi Hemşirelik Bölümü	2010

### İş Tecrübesi

<b>Görev</b>	<b>Süre (yıl-yıl)</b>
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD/Yoğun Bakım Hemşiresi	2010- 2014
Özel İnci Ümraniye Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi/ Meslek Öğrt.	2014-Halen

### Kurslar:

I. Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği ve Çocuk Yoğun Bakım Hemşireliği  
Sempozyumu/ Çocuklarda Mekanik Ventilasyon Kursu-İST, Aralık 2011

İstanbul Üniversitesi-İstanbul Tıp Fakültesi /Temel Yaşam Desteği Kursu-İST, 2011

### Kongre Katılım Bilgisi:

IX. Ulusal Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi- ANKARA, 2012