



T.C.  
KIRŞEHİR AHİ EVRAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI  
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

ÇOCUĞU YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN  
EBEVEYNLERİN STRES, ANKSİYETE VE DEPRESYON  
DÜZEYLERİ

Duygu AKTAŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

KIRŞEHİR-TEMMUZ/2022



T.C.  
KIRŞEHİR AHİ EVRAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI  
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

ÇOCUĞU YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN  
EBEVEYNLERİN STRES, ANKSİYETE VE DEPRESYON  
DÜZEYLERİ

Duygu AKTAŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Hilal SEKİ ÖZ

KIRŞEHİR-TEMMUZ/2022

## KABUL VE ONAY

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans 201217010 öğrenci numaralı Duygu AKTAŞ tarafından hazırlanan “**Çocuğu Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Ebeveynlerin Stres, Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri**” adlı tez çalışması **26.07.2022** tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda “**Başarılı**” bulunarak jürimiz tarafından oy birliği/oy çokluğu ile Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

### Tez Jürisi

**Prof. Dr. Ayla ÜNSAL**

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi

(Başkan)

**Dr. Öğr. Üyesi Hilal SEKİ ÖZ**

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi

(Danışman)

**Dr. Öğr. Üyesi Belgin VAROL**

Sağlık Bilimleri Üniversitesi

(Üye)

## TEZ BİLDİRİMİ

Tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada bana ait olmayan her türlü ifade bilginin kaynağına eksiksiz atıf yaptığımı bildiririm.

Duygu AKTAŞ



## ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam boyunca sabrını ve desteklerini esirgemeyen, bilgisi ve deneyimiyle bana rehberlik yapıp yoluma ışık tutan kıymetli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Hilal SEKİ ÖZ'e,

Tez çalışmam sürecinde çalışmaya gönüllü olarak katılıp, değerli vakitlerini bana ayıran, verilerin toplanmasına katkı sağlayan Gazi Üniversitesi Pediatri Yoğun Bakım Ünitesi' nin küçük kahramanlarına ve çok değerli ebeveynlerine,

Hayatımın her alanında olduğu gibi, eğitim hayatımda da benden maddi ve manevi desteklerini ve güvenlerini esirgemeyen, bu günlere gelmemde en büyük pay sahibi olan, üzerimde sonsuz emekleri bulunan kıymetli babam Murat AKTAŞ, canım annem Gülsüm AKTAŞ, biricik kardeşlerim Beyza AKTAŞ ve Berat Abdullah AKTAŞ'a teşekkür ederim.

Temmuz 2022

Duygu AKTAŞ

# İÇİNDEKİLER

<b>ÖNSÖZ</b> .....	<b>iv</b>
<b>TABLO LİSTESİ</b> .....	<b>vii</b>
<b>KISALTMA LİSTESİ</b> .....	<b>viii</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>ix</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>x</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
1.3. Araştırmanın Soruları .....	4
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>5</b>
2.1. Yoğun Bakım.....	5
2.2. Çocuk Yoğun Bakım .....	7
2.3. Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinin Tarihsel Gelişimi.....	8
2.4. Çocuk Yoğun Bakım Ünitesine Yatış Gerektiren Durumlar.....	10
2.5. Yoğun Bakım Ünitesine Yatışın Çocuk Üzerindeki Etkileri.....	11
2.6. Çocuğun Yoğun Bakım Ünitesine Yatmasının Ebeveyn Üzerindeki Etkileri.....	13
2.6.1. Stres.....	15
2.6.1.1. Stresin Aşamaları.....	16
2.6.1.2. Stresin Belirtileri.....	16
2.6.2. Anksiyete .....	17
2.6.1.3. Anksiyete Düzeyleri.....	18
2.6.1.4. Anksiyete Belirtileri.....	18
2.6.3. Depresyon.....	19
2.7. Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde Hemşirelik Bakımı.....	21
2.7.1. Hemşirenin Rollerini.....	21
2.7.2. Aile Merkezli Bakım .....	23
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	<b>25</b>
3.1. Araştırmanın Türü.....	25
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	25
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	25

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	26
3.5. Verilerin Toplanması.....	26
3.5.1. Çocuk ve Ebeveyn Bilgi Formu.....	26
3.5.2. Depresyon- Anksiyete- Stres Ölçeği 21 .....	26
3.6. Araştırmanın Uygulanması .....	27
3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	27
3.7.1. Bağımlı Değişkenler.....	27
3.7.2. Bağımsız Değişkenler.....	27
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	27
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu.....	28
3.10. İstatistiksel Analiz.....	28
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>29</b>
<b>5. TARTIşMA.....</b>	<b>35</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>41</b>
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>42</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>57</b>

## **TABLolar LİSTESİ**

- Tablo 2.1:** DSM-V’te depresyon bozukluklarının sınıflandırılması.
- Tablo 2.2:** DSM-V’e göre majör depresif bozukluk için tanı kriterleri.
- Tablo 4.1:** Ebeveynlerin ve çocukların sosyodemografik özellikleri.
- Tablo 4.2:** Ebeveynlerin DAS-21 ölçeğine yönelik tanımlayıcı bulgular.
- Tablo 4.3:** Ebeveynlerin stres düzeylerinin sosyodemografik ve hasta çocuklarının tedavi süreci özellikleri açısından değerlendirilmesi.
- Tablo 4.4:** Ebeveynlerin anksiyete düzeylerinin sosyodemografik ve hasta çocuklarının tedavi süreci özellikleri açısından değerlendirilmesi.
- Tablo 4.5:** Ebeveynlerin depresyon düzeylerinin sosyodemografik ve hasta çocuklarının tedavi süreci özellikleri açısından değerlendirilmesi.
- Tablo 4.6:** Stres, anksiyete ve depresyon boyutlarının ilişkisi.



## **KISALTMA LİSTESİ**

**AAP:** American Academy of Pediatrics (Amerikan Pediatri Akademisi)

**APA:** Amerikan Psikiyatri Birliği

**ÇYBÜ:** Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi

**DAS-21:** Depresyon- Anksiyete- Stres Ölçeği 21

**DSM:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**GÜTFH:** Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

**TDK:** Türk Dil Kurumu

**YBÜ:** Yoğun Bakım Ünitesi

**YYBÜ:** Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

## ÖZET

### YÜKSEK LİSANS TEZİ

#### ÇOCUĞU YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN EBEVEYNLERİN STRES, ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYLERİ

Duygu AKTAŞ

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans  
Programı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Hilal SEKİ ÖZ

Çocuğun hastalanarak yoğun bakım ünitesine yatması ebeveynlerin çocuğun sağlığıyla ilgili kaygı yaşaması ile birlikte günlük rutinlerini ve rollerini yerine getirmede zorlanmalarına ve bu süreçte duygusal olarak yıpranmalarına yol açabilmektedir. Tanımlayıcı türde yapılan bu araştırma ile çocuğu yoğun bakım ünitesinde yatan ebeveynlerin stres, anksiyete ve depresyon düzeylerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın örneklemini Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi'nde yatan çocukların ebeveynleri oluşturmuştur (n= 152). Veriler, Çocuk ve Ebeveyn Bilgi Formu ve Depresyon-Anksiyete- Stres Ölçeği-21 kullanılarak, 04.12.2021-15.05.2022 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, Cronbach Alfa, Kolmogrow Smirnow, Mann Whitney U, Kruskal Wallis H ve Pearson Korelasyon testi ile ileri analizler için Bonferroni testi kullanılmıştır. Araştırma kapsamındaki ebeveynlerin stres puan ortalaması  $5,78\pm 3,78$ , anksiyete puan ortalaması  $5,56\pm 3,84$  ve depresyon puan ortalaması ise  $6,64\pm 3,85$ 'tir. Ebeveynlerin anksiyete düzeyinin uğraş ve yakınlık durumuna göre; depresyon düzeyinin ise gelir durumu ve hastanede kaldıkları yere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık yarattığı tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Bu araştırma sonucunda çocuğu yoğun bakım ünitesinde yatan ebeveynlerin hafif düzeyde anksiyete ve depresyon yaşadıkları söylenebilir. Bu sonuçlar ışığında hemşirelerin yoğun bakım ünitesinde tedavi edilen çocuklar kadar, ebeveynlerini de kapsayan aile merkezli bütüncül bakım sunması önerilebilir.

Temmuz 2022, 67 sayfa.

**Anahtar kelimeler:** Anksiyete, Çocuk Yoğun Bakım, Depresyon, Ebeveyn, Stres

## **ABSTRACT**

**M. Sc. THESIS**

**STRESS, ANXIETY AND DEPRESSION LEVELS OF PARENTS WHOSE  
CHILDREN ARE IN INTENSIVE CARE UNIT**

**Duygu AKTAŞ**

**Kırşehir Ahi Evran University Health Sciences Institute**

**Department of Nursing Master of Child Health And Disease Nursing**

**Supervisor: Assist. Prof. Hilal SEKİ ÖZ**

The fact that the child gets sick and stays in the intensive care unit can cause parents to have anxiety about the child's health, and to have difficulties in fulfilling their daily routines and roles, and to be emotionally worn out in this process. With this descriptive study, it was aimed to examine the stress, anxiety and depression levels of parents whose children were hospitalized in the intensive care unit. The sample of the study consisted of the parents of the children hospitalized in the Gazi University Medical Faculty Hospital Pediatric Intensive Care Unit (n= 152). Data were collected between 04.12.2021- 15.05.2022 using Child and Parent Information Form and Depression-Anxiety-Stress Scale-21. Descriptive statistics, Cronbach Alpha, Kolmogrow Smirnow, Mann Whitney U, Kruskal Wallis H and Pearson Correlation tests were used in the analysis of the data, and Bonferroni test was used for further analysis. The mean stress score of the parents within the scope of the study was  $5.78\pm 3.78$ , the mean anxiety score was  $5.56\pm 3.84$ , and the mean depression score was  $6.64\pm 3.85$ . According to the parents' anxiety level, occupation and closeness; it was determined that the level of depression created a statistically significant difference according to income status and hospital stay ( $p<0.05$ ). As a result of this research, it can be said that parents whose children are hospitalized in the intensive care unit experience mild anxiety and depression. In the light of these results, it can be suggested that nurses provide family-centered holistic care, including their parents as well as children treated in the intensive care unit.

July 2022, 67 pages.

**Keywords:** Anxiety, Depression, Pediatric Intensive Care, Parent, Stress

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Özel bir varlık olarak çocuk, ebeveynlerinin sonsuzluğa uzantısıdır. Bu bağlamda bireyler çocuk sahibi olurken, bir anlamda kendilerini sonsuzluğa taşıyacak bir varlığa sahip olurlar ve bu değerli varlığı özenle yetiştirmeye çalışırlar (1). Çocukların büyüme sürecine paralel olarak bağışıklık sistemi de gelişmekte, çocukluk çağında hastalık dönemleri sıkça ortaya çıkmakta ve ebeveynlerin en çok sağlık hizmetlerinden yardım ihtiyaçları doğmaktadır (2). Bu doğrultuda çocuğun doğduğu andan itibaren yaşamının herhangi bir döneminde cerrahi girişim, yaralanma ya da sağlığını tehlikeye atabilecek hastalık nedeniyle çocuk yoğun bakım ünitesinde takip ve tedavi edilme gereksinimi olabilmektedir. Çocuğun hastalanması ve yoğun bakıma yatırılması ebeveynler için ciddi bir kaygı oluşturmakta, bununla birlikte alışlagelmiş yaşam düzenlerini kesintiye uğratmaktadır (3).

Yoğun bakım, yaşamı akut veya kronik olarak tehdit eden bir sağlık durumunun olması veya böyle bir durumun gelişmesi muhtemel olan bireylere multidisipliner bir ekibin verdiği bakım ve tedavi bütünüdür (4). Yoğun bakım ünitesi (YBÜ), yaşamsal faaliyetlerin desteklendiği, sürekli gözlem ve yakın takibin yapıldığı, özel tedavi ve girişimlerin uygulandığı, teknolojik destek ve donanımlara sahip özel bir birimdir (5). Çocuk yoğun bakım ünitesi (ÇYBÜ) ise, çocukluk çağında olan hastaların takip ve tedavisinin uygulandığı, tekli veya çoklu organ yetmezliğinden kaynaklı ya da geçirilen cerrahi girişime bağlı hayati tehlikesi bulunan hastaların yaşam devamlılığını sağlamaya çalışan ve yaşam kalitesini artırıcı müdahalelerin uygulandığı birimlerdir (6).

Bu üniteler yaşamın devamlılığını sağlamak için elzem olsa da onları diğer kliniklerden ayıran bazı özellikleri bulunmaktadır. YBÜ'ne ziyaretin sınırlı veya yasak olması, refakatçi alınmaması, dış dünya ile bağlantının kesildiği kapalı bir ortama sahip olması, fiziksel aktivitenin kısıtlanması, hastanın bir veya birden fazla tıbbi ekipmana bağlı olması, sesli uyarılara maruz kalınması, monitörlerden gelen görüntüler ve uygulanan invaziv işlemlerin çokluğu gibi etkenler çocuk için yoğun bakımda yatmayı zorlu bir deneyime dönüştürebilmektedir (7). Çocuklar belirli yaş dönemlerinde bağımsız olmayı, etrafta koşturmayı, sevdikleri oyuncaklarıyla oynamayı istemekte ve ebeveynlerinden ayrı kalmayı tehlikeli bir durum olarak algılayabilmektedirler. Yoğun bakıma yatış ile birlikte

özgürlüklerinin kısıtlanması, yabancı bir ortama girmeleri ve ebeveynlerinden ayrı kalmaları onları huzursuz edebilmekte, daha uyumsuz tavırlar sergilemelerine ve ağlamalarına neden olabilmektedir (1, 3, 8).

Çocuğun yoğun bakımda yatma deneyimi sadece çocuk için değil, aile -özellikle ebeveynler için de zorlayıcı olmakta, çocuğun sağlığı için duyulan endişe kadar günlük yaşam rutinleri, iş yaşamları, diğer çocukların ihtiyaçları, ekonomik ve sosyal sorunlar sürece eşlik edebilmektedir. Çocuğa konulan tanı ve tedavi girişimleri hakkında yeterince bilgiye sahip olmama, hastalığın prognozunun belirsizliği, çocuğa bağlanan elektrokardiyogram kabloları, satürasyon probu, tansiyon manşonu vb. ekipmanlar, sağlık personelinin yoğun çalışma temposu, kendi çocuklarına veya diğer çocuklara uygulanan invaziv girişimlerin görülmesi gibi etkenler ebeveynler üzerinde olumsuz etki yaratarak yoğun stres ve anksiyete yaşamalarına sebep olabilmektedir (9, 10). Ek olarak YBÜ ve ev arasındaki geçen zaman, sürekli yoğun bakım çevresinde bulunma isteği, sınırlı ve kısıtlı ziyaret saatlerinin olması, ziyaret saatleri esnasında sağlık personellerinin iş akışının devam etmesi gibi durumlar da ebeveynlerin stres düzeylerini artıran diğer faktörler olarak tanımlanmıştır (10). Bu stresli dönemin etkin yönetilememesi, baş etme becerilerinin ve sosyal kaynakların yetersiz kullanımı ile ebeveynlerde anksiyete ve depresyon gibi ruhsal sorunlar görülebilmektedir.

Anksiyete herhangi bir tehlike durumunda ortaya çıkan ve nedeni belli olmayan kaygı ve huzursuzlukla karakterize gergin bir ruh halidir (11). YBÜ'ne yatış daha önceden hazırlıklı olmayı imkânsız kılmakta ve bu durumla karşı karşıya kalan ebeveynler kendilerini çaresiz, kaygılı ve kederli hissetmektedirler (8, 12). Ebeveynler için en büyük stres faktörlerinden biri çocuğu ile fiziksel ayrılığın yaşanmasıdır. Bununla birlikte ebeveynler çocuğun bakımında aktif rol alamadıkları için ebeveyn rolünün değişmesi hatta kaybedilmesinden korkmaktadırlar (12). Yapılan bir çalışmada ebeveynlerdeki aşırı stres ve anksiyetenin ana nedenlerinin çocuklarının aşırı tepkisiz olduğunu görmeleri, YBÜ içerisindeki monitör ve ekipmanların fazlalığı, çocuklarını ağırlı işlemlerden koruyamamak ve daha sonrasında çocuğunu rahatlatamamak olduğu bildirilmiştir (13). Ebeveynler yaşadıkları bu stres ve anksiyete yüklü deneyim ile baş edemediklerinde aile içinde bir kriz tablosu gelişebilmekte, bu durum ebeveynlerin depresyon yaşama riskini artıran bir unsur olarak ortaya çıkabilmektedir (14, 15).

Depresyon tüm toplumlarda yaygın olarak görülebilen ve birçok nedene bağlı olarak gelişebilen psikiyatrik bir belirtidir (2, 16). Çocuğu YBÜ'nde yatan ebeveynlerin yaşadığı

stres ve anksiyete ele alınmadığında veya göz ardı edildiğinde, ebeveynlerin yaşadıkları zorlanmalar psikolojik sorunlara yol açabilmektedir (8, 17). Aile, yoğun bakım ekibinden yeterli bilgi alamaz ve ihtiyaçları doğrultusunda yeterli desteği göremezse yaşadıkları kaygı ve stres, depresyonun ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır (18, 19). Çocuğu YBÜ’nde yatan ebeveynlerin depresyon düzeylerinin incelendiği bir çalışmada ebeveynlerin normal popülasyona göre daha yüksek düzeyde depresyona sahip oldukları bulunmuştur (20). Youngblut ve arkadaşlarının (2013) çocuğu YBÜ’nde yatan ebeveynler ile yaptığı çalışmada ise çocuk yoğun bakıma yatmasından sonra geçen yaklaşık altı aydan sonra annelerin %35’ine ve babaların %24’üne depresyon tanısı konulduğu belirlenmiştir (21). Depresyon ile yaşanan kriz daha da ağırlaşmakta, çocuğun yoğun bakıma yatması ile başlayan zorlu süreç ebeveynlerde tamiri güç yeni sorunları beraberinde getirebilmektedir.

YBÜ’nde hastanın genel durumunun kritik olması ve hassas bir bakım gerektirmesi nedeniyle sağlık ekibinin önceliği çocuk olmaktadır. Bu sebeple ebeveynlerin ihmal edilmesi onlardaki stres ve anksiyetenin daha da artmasına neden olmaktadır (12). Anksiyeteli ebeveynler mutsuz, huzursuz, gergin ve öfkeli olabilirler, bağırabilirler ya da içe kapanabilirler. Öfkelerini ve gerginliklerini çocuklarına veya sağlık çalışanlarına yöneltebilirler (13). Bu bağlamda yoğun bakımda yatan çocukla birlikte ailenin yaşadıklarına da odaklanmak önemlidir. Yapılan literatür incelemesi doğrultusunda yetişkin YBÜ’nde ve yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde (YYBÜ) hasta yakınlarının ihtiyaçları, stres, anksiyete ve depresyon düzeyleri ve baş etme yöntemleri ile ilgili çeşitli çalışmalar yapıldığı (4, 5, 19, 22, 23), ülkemizde ÇYBÜ’ne duyulan ihtiyacın ve bu ünitelerin sayılarının son yıllarda artması göz önüne alındığında ise ÇYBÜ’nde yapılan çalışmaların kısıtlı olduğu, yapılan çalışmalarda araştırma kapsamına sadece primer bakım sağlayıcı olan anne ebeveynlerin alındığı (2, 9, 7, 17, 24- 26) görülmüştür. Çocuğu YBÜ’nde yatan anne ebeveynlerin ve baba ebeveynlerin stres, anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlendiği bir çalışmanın ebeveynlerin yaşadığı psikolojik zorlanmaları tanımlamak açısından önemli olduğu düşünülmüştür. Bu sayede ÇYBÜ’nde hizmet sunan sağlık ekibi ve özellikle de hemşirelerin aile merkezli bakım sunmasına, ebeveynlerin yaşadığı psikolojik sorunların daha iyi anlaşılmasına ve gereksinilen optimal desteğin verilmesine katkı sağlayacak bilgilerin elde edileceği düşünülmektedir.

## 1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada, çocuğu yoğun bakım ünitesine yatan ebeveynlerin stres, anksiyete ve depresyon düzeylerini incelemek amaçlanmaktadır.

## 1.3. Araştırmanın Soruları

- Araştırma kapsamındaki ebeveynlerin sosyodemografik ve hasta çocuğun tedavi sürecine ilişkin özelliklerin dağılımı nasıldır?
- Araştırma kapsamındaki ebeveynlerin stres düzeyleri nasıldır?
- Araştırma kapsamındaki ebeveynlerin anksiyete düzeyleri nasıldır?
- Araştırma kapsamındaki ebeveynlerin depresyon düzeyleri nasıldır?
- Araştırma kapsamındaki ebeveynlerin depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri sosyodemografik ve hasta çocuğun tedavi sürecine ilişkin özellikleri açısından farklılık göstermekte midir?
- Araştırma kapsamındaki ebeveynlerin stres, anksiyete ve depresyon boyutlarının birbiri ile ilişkisi nasıldır?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Yoğun Bakım

Yoğun bakım belirli bir organ ya da sistemlerin kısmen veya tamamen görev yapma yeteneğini kaybetmesi üzerine, bu görevlerin devamlılığının geçici olarak desteklenmesi ve hastalığı oluşturan temel nedenlerin tedavi edilebilmesi için kullanılan yöntemlerin bütünüdür. (17, 27, 28) Türk Dil Kurumu (TDK) sözlüğünde “*ağır hastaların tedavisi için uygulanan özel bakım ve hastanelerde bu bakımın uygulandığı özel bölüm*” olarak tanımlanmaktadır (29). Sağlık Bakanlığı’nın 2008 tarihli 11395 sayılı Genelgesi’ne göre ise, “*bir ya da daha fazla organ veya organ sistemlerinde ciddi işlev bozuklukları veya yetmezliklerin oluşması ile altta yatan nedenlerin izlem, tanı ve tedavisinin yapılmasıyla bu işlevlerin sürdürülmesi için uygulanan yöntemlerin tümü*” olarak tanımlanmıştır (30).

Yoğun bakım ünitesi (YBÜ), yaşamın herhangi bir döneminde hayati tehlike arz eden bir organ veya sistemin yetmezliği durumunda, yaşamı sürdürmek için uzmanlaşmış hekim ve hemşire ile birlikte bakım veren, gelişmiş izleme kapasitesi ve çoklu fizyolojik organ desteği sunabilen, kritik hastalara bakım sağlamak için oluşturulan organize bir birimdir (28, 31). Bir başka tanımla yoğun bakım üniteleri; geçirdikleri cerrahi girişimler nedeni ile yaşam fonksiyonları tehdit altında olan hastaların bakımının ve multidisipliner yaklaşımını gerektiren bir veya birden çok organ yetersizliğinden kaynaklanan hastalıkların tedavilerinin uygulandığı üniteler şeklinde tanımlanabilir (13, 32).

YBÜ’nde hastalar daha yakından izlenmekte, invaziv girişimler daha fazla uygulanmakta, monitörizasyon cihazları daha fazla kullanılmakta, hastanın hastanede kalış süresi diğer birimlere göre daha uzun ve mortalite-morbidite oranı daha yüksek olmaktadır (33, 34). YBÜ’nde yatan hastanın durumu her an değişiklik gösterebilmektedir. Bu nedenle hızlı yatış, uygun sevk, doğru tanı ve girişim gereklidir (35). Bunlara ek olarak YBÜ’nde hastane enfeksiyon riski yaklaşık 20 kat fazladır ve yatış süresi uzadıkça bu risk artmaktadır (36). Enfeksiyondan korumak amacıyla mümkün olan en uygun zamanda hastanın yoğun bakımdan çıkması sağlanmalıdır. Tüm bunların planlanması ve uygulanması aşamasında hasta ve ailesinin istekleri ve yaşam kalitesi göz önünde bulundurulmalıdır (35).

Yoğun bakım işleyişi multidisipliner bir ekip çalışması gerektirir. Bunun için ekip içerisinde hekim ile birlikte özel eğitim almış hemşire, hasta bakıcı, diyetisyen, eczacı, sosyal hizmet



uzmanı ve fizyoterapist gibi çeşitli sağlık disiplini üyeleri de yer almaktadır. Özellikle ekibin vazgeçilmez bir parçası olan hemşirelerin temel hemşirelik bilgi ve becerilerine ek olarak YBÜ'lerine özgü nitelik ve donanıma da sahip olması gerekir. Bu nitelikler şu şekilde sıralanmıştır.

- Başka bölümlerde çalışan hemşirelerden daha çok sorumluluk duygusu taşımalıdır.
- Hastanın durumundaki anlık değişiklikleri fark edip, yorumlayabilmesi için dikkatli bir gözlemci olmalıdır.
- Acil durumlarda önceliklerini belirleyebilmeli ve nasıl müdahale edeceğini iyi bilmelidir.
- Hasta ve ailesinin gereksinimlerine duyarlı olmalıdır.
- Psikolojik olarak yoğun bakım hemşireliğine hazır olmalıdır.
- Eğitime ve gelişmelere açık olmalı, kendini yenileyebilmeli ve değişimlere zemin hazırlamalıdır (28, 37).

YBÜ insan gücü, donanım, kuruluş amacı ve hedeflenen tedavi planına göre; birinci, ikinci ve üçüncü basamak olmak üzere üç ayrı düzeyde hizmet verebilmektedir (38- 40).

**Birinci basamak yoğun bakım ünitelerinde;** temel monitörizasyon, (ateş, nabız, tansiyon, satürasyon, elektrokardiyogram), ara resüsitasyon, sıvı ve kan ürünü replasmanı, diğer servislerden daha yoğun hemşirelik bakımı ve 24 saat ya da daha az solunum desteği gibi takip ve müdahaleler uygulanmaktadır.

**İkinci basamak yoğun bakım üniteleri;** uzun süreli solunum desteği, kardiyak monitörizasyon, birinci basamak yoğun bakım ünitelerine kıyasla daha ayrıntılı gözlem ve sık takip gerektiren birimlerdir. Diyaliz, hemofiltrasyon, plazmaferez gibi ciddi organ desteği, kafa içi basınç ölçümü ya da arter kateterizasyonu gibi invaziv tanı ve tedavi girişimleri uygulanmaktadır.

**Üçüncü basamak yoğun bakım üniteleri ise;** 24 saat boyunca laboratuvar ve radyoloji hizmeti verebilen, en gelişmiş teknolojik donanıma sahip, ileri monitörizasyon sağlayan, multidisipliner yaklaşımı benimseyen birimlerdir. Kardiyovasküler cerrahi, beyin cerrahisi, ciddi travma vakaları gibi durumu kritik, yüksek riskli hastalar takip edilmektedir (9, 31, 38, 40- 42).

Yoğun bakım hizmetlerinin en verimli şekilde verilebilmesi için çalışan personelin niteliği kadar, niceliği de büyük önem arz etmektedir. İdeal bir YBÜ'sinde 7-24 hasta ile beraber

olup, bakım ve tedavi hizmetlerini yürüten hemşirenin sayısını hasta bakım ihtiyacına göre belirleyen “Acute Physiology Assessment and Chronic Health Evaluation (APACHE) II” skoruna göre; üçüncü düzeyde bakıma gereksinimi olan hastalar için altı hemşire (hasta-hemşire oranı 1/1), ikinci düzeyde bakıma gereksinimi olan hastalar için dört hemşire (hasta-hemşire oranı 1/1.6) ve birinci düzeyde bakıma gereksinimi olan hastalar için iki hemşire (hasta-hemşire oranı 1/3) olmalıdır (35).

## 2.2. Çocuk Yoğun Bakım

Çocuk yoğun bakım kavramının ortaya çıkışında çocukların erişkinlerden farklı fizyolojik yapılarının olması, farklı farmakolojik ve psikolojik gereksinimlerinin bulunması, durumu kritik çocukların fizyolojik yapılarına uygun malzeme ve cihazların kullanılması, tedavi ve bakımının pediatri alanında uzman personel ile karşılanabileceğinin anlaşılması etkili olmuştur (43). Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği'nin (2006) hazırlamış olduğu raporda, çocuk yoğun bakım potansiyel iyileşebilir ağır hastalığı olan çocukların servis birimlerine göre daha ayrıntılı izlem ve tedavisinin uygulandığı ve giriş çıkışların sınırlı olduğu kapalı bir ünite de verilen hizmet olarak tanımlanmaktadır. Bu hizmetin verildiği üniteye de ÇYBÜ adı verilmektedir (44).

ÇYBÜ, akut veya kronik olarak gelişen ağır hastalığı olan, bir veya birden fazla organ yetmezliği sonucu hayati bulguları değişken olan, geçirilen cerrahi uygulamalar nedeni ile sık takip ve gözlem ihtiyacı olan çocukların bakım ve tedavilerinin yapıldığı ünitelerdir (45-48). ÇYBÜ, yetişkin ve yeni doğan yoğun bakım ünitelerinden sonra yaygınlaşan, geliştirilmesi fazla zaman ve maliyet alan bir yoğun bakım ünitesi olması nedeni ile şu anda ülkemizdeki birçok merkezde çocuk yoğun bakım hizmetleri, yetişkin YBÜ'nde verilmeye çalışılmaktadır (48).

ÇYBÜ'ne 28 günden 18 yaşa kadar yoğun bakım ihtiyacı olan bireylerin yatışı yapılmaktadır (30). Yoğun bakım ihtiyacı olan çocuklar acil servis, poliklinik, ameliyathane, diğer servisler ya da diğer hastanelerden sevk olarak gelmektedirler (48). ÇYBÜ'nde akut hastalık, geçirilen bir travma veya cerrahi operasyon sonrası yoğun bakım ihtiyacı olan çocuklara hizmet verilmektedir (45). Bu ünitelere yatışı yapılan çocukların yakın takip, sedasyon, monitörizasyon, mekanik ventilasyon, inotrop desteği gibi yoğun destek ve bakım gereksinimi vardır (48).

Hastayı 24 saat boyunca izleyen, primer bakımını sağlayan ve tedavisini uygulanan hemşireler, ekibin vazgeçilmez bir parçasıdır. Kaliteli bir yoğun bakım hizmetinin verilebilmesi hastanın ihtiyaçları doğrultusunda etkili ve yeterli bir hemşirelik bakımı ile mümkündür. Bu nedenle ÇYBÜ’nde özel bir eğitimden geçmiş hemşirelerin ve ayrı bir sorumlu hemşiresinin bulunduğu bir hemşire ekibi oluşturulmalıdır (49).

### **2.3. Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinin Tarihsel Gelişimi**

Yoğun bakımın çağdaş anlamda bir tıp bilim dalı olarak gelişimi 1950’li yıllarda Danimarka’nın Kopenhag şehrinde polio salgını ile başlamıştır (50). Yoğun bakımın öncüsü olarak kabul edilen anestezi uzmanı Bjorn Ibsen dört yaşında polioli bir çocuğun solunum sıkıntısı yaşamaya üzerine trakeostomi yaparak, elle sıkılan bir balon yardımıyla pozitif basınçli ventilasyon uygulamış ve çocuğun hayatını kurtarmıştır. Bu olay yoğun bakım uygulamalarının ilk adımı olarak görülmüştür (26, 50, 51). Florence Nightingale (1852) Kırım savaşı sırasında özel bir hemşirelik bakımı verebilmek için sağlık durumu ciddi olan askerleri aynı koşuğa toplayarak, solunum desteği ihtiyacı olan hastalara demir akciğer ile solunum desteği vermeye çalışması yoğun bakım anlayışına katkı sağlamıştır (32, 42, 48). Yoğun bakım ünitelerinin öncüsü olarak kabul edilen anestezi uzmanı uyanma odaları 1860 yılında Florence Nightingale tarafından İngiltere’de kurulmuştur (45, 48).

Tüm bu gelişmelerin ardından dünyada ilk YBÜ 1953 yılında Danimarka’nın Kopenhag kentinde kurulmuş ve yoğun bakım ihtiyacı olan tüm erişkin hastalara hizmet vermeye başlanmıştır. Erişkin YBÜ’lerinin açılmasından sonra ilk ÇYBÜ 1955 yılında İsveçli pediatrik anestezi uzmanı Goran Haglund tarafından Goteborg Çocuk Hastanesi’nde kurulmuştur (38). Bu ilk ÇYBÜ’si dört odaya bölünmüş, yedi yoğun bakım yatağı ve ufak müdahalelerin yapıldığı anestezi ekipmanlarının bulunduğu küçük bir ameliyat odasından oluşmaktadır. İsveç’in batısında kurulan ilk ÇYBÜ’sinden sonra yine İsveç’te Stockholm kentinde St. Goran Çocuk hastanesinin içerisinde ÇYBÜ kurulmuştur. İlerleyen dönemlerde, 1963 yılında Fransa, Saint Vincent de Paul Hastanesi’nde, yine aynı yıl Avustralya, Kraliyet Çocuk Hastanesi’nde, 1964’te İngiltere, Liverpool Çocuk Hastanesi’nde ÇYBÜ’leri kurulmuştur. Liverpool Çocuk Hastanesi’nde kurulan bu ÇYBÜ’si, 13 yoğun bakım yatağın, anestezi ekipmanlarının bulunduğu küçük bir ameliyathane, küçük bir kimya laboratuvarı ve depolardan oluşturulmuştur (38, 50). İlk multidisipliner ÇYBÜ’si ise 1967 yılında Philadelphia Çocuk Hastanesi’nden John J. Downes ve arkadaşları tarafından kurulmuştur (48, 52, 53).

Ülkemizde ise ÇYBÜ'nin kuruluşu ve gelişimi çok daha geç olmuş ve 1990'lı yıllara kadar belirli bir örgütlenme olmamıştır. Yoğun bakım ihtiyacı olan çocukların takip ve tedavileri uzun yıllar boyunca erişkin YBÜ'nde uygulanmış ya da çocuğun yatağının başına gerekli tıbbi ekipmanlar getirilerek servis şartlarında yoğun bakım hizmeti verilmeye çalışılmıştır (44, 54).

Çocuk yoğun bakımının geliştirilmesine yönelik ilk çalışmalar 1960 yılında yurtdışında eğitim alan Anestezist Dr. Cemalettin Öner ve Dr. Sadi Sun öncülüğünde başlamıştır. 1980-1990'lı yıllarda Hacettepe Çocuk Hastanesi başta olmak üzere birkaç hastanede yoğun bakım ihtiyacı olan çocuklar ayrı bir alanda toplanarak bakım ve tedavileri uygulanmaya başlanmış ancak buralarda özel eğitim almış hemşire, sorumlu hekim ve ekip olmamıştır. 1994 yılında İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi bünyesinde, çocuk yoğun bakım konusunda eğitim almış sorumlu bir hekimin olduğu ilk ÇYBÜ Çocuk Acil Servis içinde açılmıştır. 2000'lerin başlarından itibaren Türkiye'de çocuk yoğun bakımına ilgi giderek artmaya başlamış ve ülkemizdeki ünitelerin %48'i 2000-2004 yılları arasında açılmıştır (49, 55).

#### **2.4. Çocuk Yoğun Bakım Ünitesine Yatış Gerektiren Durumlar**

American Academy of Pediatrics (AAP)'in yaptığı bir çalışmada ülkemizde olduğu gibi az sayıda olan çocuk yoğun bakım yataklarının etkin kullanılmasının önemi vurgulanmış olup, yoğun bakım yatış-çıkış endikasyonlarının her yoğun bakım ünitesi tarafından kendi şartlarına göre oluşturabileceği vurgulanmıştır. Bu ölçütlerin oluşturulmasında, hastanın yoğun bakımda göreceği yararın göz önünde bulundurulması en önemli kriterdir (56).

AAP bu çalışmada yoğun bakım kabul ölçütlerini üç grupta incelemiştir; (57)

- Öncelik sırası
- Hastanın almış olduğu tanı
- Objektif parametreler

Öncelik sırasına göre yoğun bakıma alınacak hasta için hastanın yoğun bakımdan görebileceği yarar göz önünde bulundurulmaktadır. Bu sistemde birinci derecede öncelikli hastalar yoğun bakım hizmetinden en fazla yarar görebilecekler, dördüncü derecede öncelikli hastalar ise yoğun bakım hizmetinden en az yarar görebilecekler olarak tanımlanmaktadır.

**Birinci derecede öncelikli hastalar:** fizyolojik olarak değişken yaşam bulguları olan, YBÜ haricinde takip ve tedavisi yapılamayan hastalardır. Bu tedaviler; ventilatör desteği ya da

inotrop ilaçlar gibi organ yetmezliğine yönelik yüksek riskli ilaçların uygulanacağı riskli durumları kapsar. Örneğin; solunum yetmezliği, şok tabloları gibi hastalıkların varlığı gibi.

**İkinci derecede öncelikli hastalar:** ileri monitörizasyon gerektiren ve acil müdahalede olasılığı taşıyan hastalardır. Örneğin; akut cerrahi operasyon geçiren hastalar gibi.

**Üçüncü derecede öncelikli hastalar:** bu tür hastaların değişken yaşam bulguları olmasının yanı sıra altta yatan hastalığı veya akut hastalığın doğası gereği yoğun bakım yatışından fayda görmeyeceği düşünülen hastalardır. Bu hastalara akut problemler için müdahalelerde bulunulabilmektedir. Örneğin; metastaz yapmış maligniteler gibi.

**Dördüncü derecede öncelikli hastalar:** bu hastaların yoğun bakıma yatışından fayda görmeyeceği düşünülen hastalardır. Örneğin; hemodinamik açıdan stabil diyabetik ketoasidoz, son dönem metastatik kanser, organ vericisi olmayan beyin ölümü gibi (28, 56).

Hastaların almış oldukları tanı grubunda ise yoğun bakım ihtiyacı olan hastalar sistemlerle ilgili hayatı tehdit edebilecek durumlar incelenerek belirlenmiştir ve her sistem için ayrı ölçütler oluşturulmuştur (44, 56).

**Solunum Sistemi:** Hayati tehlike oluşturan akciğer ve hava yolu hastalığı olan (endotrakeal entübasyon ve mekanik ventilasyon ihtiyacı olanlar, pulmoner emboli, trakeostomi açılanlar, yüksek yoğunlukta oksijen ihtiyacı olanlar vb.) çocuklardır.

**Kardiyovasküler Sistem:** Hayati tehlike oluşturan veya unstabil kardiyovasküler sistem hastalığı olan (kardiak şok, kardiak arrest, kardiyovasküler ya da intratorasik işlemler sonrası vb.) çocuklardır.

**Nörolojik Sistem:** Hayati tehlike oluşturan veya unstabil nörolojik sistem hastalığı olan (sürekli antikonvülzan ilaç gereksinimi olanlar, koma, kafa travmaları, spinal kord basısı vb.) çocuklardır.

**Hematoloji/Onkoloji:** Hayati tehlike oluşturan veya unstabil hematlojik/ onkolojik hastalığı veya hayatı tehdit eden kanaması olan (ağır anemiler, sepsis, solunum yolunu baskılaya tümör ve kitleler vb.) çocuklardır.

**Metabolik ve Endokrin Sistem:** Hayati tehlike oluşturan veya unstabil metabolik ve endokrin sistem hastalığı veya hayatı tehdit eden kanaması olan (hemodinamik açıdan unstabil olan diyabetik ketoasidoz, hiperkalemi, hiponatremi, hipernatremi vb.) çocuklardır.

**Gastrointestinal Sistem:** Hayati tehlike oluşturan veya unstabil gastrointestinal sistem hastalığı olan (hepatik koma vb.) çocuklardır.

**Renal Sistem:** Hayati tehlike oluşturan veya unstabil nefrolojik hastalığı olan (böbrek yetmezliği, rabdomiyaliz, akut hemodiyaliz gereksinimi olan hastalar vb.) çocuklardır.

**Multi-organ Sistemi Bozukluğu ve Enfeksiyon:** Hayati tehlike oluşturan veya unstabil çoklu organ sistem hastalığı olan (fazla ilaç alımı, zehirlenmeler, şüpheli yüksek ateş, sepsis vb.) çocuklardır.

**Cerrahi:** Operasyon sonrası dönem sık takip gerektiren çocuklardır.

## 2.5. Yoğun Bakım Ünitesine Yatışın Çocuk Üzerindeki Etkileri

Çocuk dünyaya geldiği andan itibaren uzun yıllar boyunca ailesinin bakım, sevgi, ilgi ve desteğine gereksinim duymaktadırlar. Aileler ise eldeki tüm olanakları en üst düzeyde kullanarak bu gereksinimleri karşılamaya çalışır (1). Çocuklar normal gelişim basamaklarını sırayla tırmanırken çeşitli sağlık sorunları sebebiyle tanı ve tedavi amacıyla hastaneye yatmak durumunda kalabilirler. Normal yaşantılarına devam eden çocuklar bir anda kendilerini, hiç tanımadıkları, daha önce hiç görmedikleri ve ağırlı birçok işlemin uygulandığı bir ortamda bulabilirler (58, 59).

Hastaneye yatışın tüm çocuklar için stres-endişe yaratabilen ve olumsuz izler bırakabilen bir deneyim olduğu bilinmektedir. Bu nedenle çocuğun sadece hastalığına odaklanmamak, hastaneye yatıştan nasıl etkilendiğini, tepkilerinin ne anlama geldiğini ve gereksinimlerinin neler olduğunu bilmek çocuğun bu olumsuz deneyimi en rahat şekilde geçirebilmesi için önemlidir (1, 60). Çocuğun yaşı, uygulanan ağırlı girişimler ve sıklığı, hareket kısıtlılığı ve tespitlerin uygulanabilir olması, hastalığı algılaması, hastalık ve hastaneye yatma ile ilgili önceki deneyimleri, ebeveynlerinden ve yakın çevresinden uzak kalması, anne-baba reaksiyonları, hastalığın akut ya da kronik olması gibi birçok faktör çocuğun hastaneden etkilenme düzeyini ve tepkilerini etkilemektedir (1, 61- 63).

Çocuk için evinden ayrı bir yerde olmak ona huzursuzluk verir. Küçük yaş grubundaki çocuklar için hastalık değil, ağrı ve acı yaşaması önemlidir. Bilmediği ortam, tanımadığı insanlar, yabancı olduğu sesler ve uygulanan girişimler çocuk için anksiyete kaynağı olabilmektedir (62, 64). Anneden ayrılmaya bağlı sürekli ağlayabilir. Özellikle çocuğun yoğun bakım ortamı gibi gürültülü, ışıklı, ağırlı uyanların fazla olduğu bir yerde bulunması

anne-çocuk etkileşimini sağlayan birçok faktörden (dokunma, koklama, emme) yoksun kalmasına neden olur (65). ÇYBÜ’nde gece-gündüz ayrımında bozulma, duygusal yoksunluk, sosyal izolasyon, uyku bölünmeleri, ağrı çekme, ağız ve burunda tüpler bulunması, beden algı bozukluğu yaşama, hareketsiz kalma, ortamdaki aşırı gürültü, ilaçların yan etkileri ve sağlık personellerinin olumsuz konuşmalarını duyma gibi durumlar çocukta stres yaratan özellikler olarak tanımlanmıştır (66, 67) Baker ve Lange yaptıkları çalışmalarda mekanik ventilatöre bağlı çocukların, ebeveynlerinden ayrı kalma, hiç görmedikleri cihazların görüntü ve seslerinden olumsuz etkilenme ve hareket edememeleri nedeniyle korku ve sıkıntı yaşadıklarını belirtmişlerdir (66, 68).

Çalışmalarda YBÜ’nde yatarken oluşan duygusal değişimlerin zamanla, deliryum veya psikoz tablolarına dönüşebildiği belirtilmektedir (66). Connolly ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları bir çalışmada, yoğun bakım ünitesinde 48 saatten fazla kalan çocuklarda taburcu olduktan sonra travma sonrası stres bozukluklarının (TSSB) bazı özelliklerinin görüldüğünü (gece kâbusları, uyku bozuklukları, tutarsız davranışlar, dikkat dağınıklıkları vb), araştırmaya katılan çocukların %12’sinin TSSB kriterlerini tam olarak karşıladıklarını belirtmişlerdir (69).

## **2.6. Çocuğun Yoğun Bakım Ünitesinde Yatmasının Ebeveyn Üzerindeki Etkileri**

Çocuk, toplumun en temel yapıtaşı olan ailenin devamını sağlayan vazgeçilmez bir parçasıdır (70, 71). Aile ise zor zamanlarda aile bireylerine birlik olma duygusunu hissettiren, güven ve rahatlık sağlayan küçük toplumsal yapıdır (72). Hemen hemen tüm yaş grubundaki çocuklar yaşamının herhangi bir döneminde bir ya da birden çok hastalıkla karşı karşıya kalırlar (71). Aile üyelerinden herhangi birinde oluşan sağlık sorununun ailedeki diğer üyeleri de doğrudan veya dolaylı olarak etkileyeceği bilinmektedir (60, 72). Bu nedenle çocuğun özellikle kaza ya da yaralanmalar gibi akut sebeplerle hastaneye yatmasını gerektiren durumlar ailenin tüm yaşantısında önemli değişikliklere neden olabilmektedir (15). Bu değişiklikler ailenin yapısı, daha önceki hastalık deneyimleri, inanç ve değerleri, iş çevresi, sosyal çevresi, aile yaşantısı ve baş etme becerilerinden etkilenmektedir (73).

Çocuğu ÇYBÜ’nde yatan ebeveynler yaşamlarını hastane ve ev olmak üzere iki ayrı dünya arasında sürdürmektedirler. Hayatları günlük akışta seyreden aileler, çocuklarının yoğun bakıma yatması durumunda kendilerini hiç alışık olmadıkları, bilmedikleri bir ortamda bulabilirler (61). Çocuğunun YBÜ’nde ne kadar süre kalacağını bilememek, çocuğu

hakkında tatmin edici düzeyde bilgi sahibi olamama, verilen bilgilerin tıbbi terim içermesi, yoğun bakım ve ev arasındaki mesafenin uzaklığı, sürekli yoğun bakım çevresinde bulunmak, sınırlı ve kısıtlı ziyaret saatlerinin olması, ziyaret saatleri esnasında sağlık personellerinin iş akışının devam etmesi, yoğun bakım içerisinde sürekli çalan alarmlar, sesler, ışıklar, çocuğuna bağlı olan bir veya birden fazla tıbbi ekipmanın varlığı gibi sebepler ailede çocuğunu kaybetmekten korkmasına, çocuğunu yoğun bakımdan çıktıktan sonra eve götürmekten çekinmesine, ailenin günlük rutinleri ve aile içi rollerinin değişmesine, ailenin maddi problemler yaşamasına, aile içi iletişimin kopmasına, iş değişikliklerine ve hatta yaşanan şehrin değiştirilmesine dahi neden olabilmektedir (73). ÇYBÜ ve YYBÜ’nde yapılan bir çalışmaya göre ebeveynlerin bir kısmı bu durumun kendilerini birbirlerine daha sıkı bağlandığını iletirken, diğer bir kısmı ise çocuklarının yoğun bakımdan çıkamayacakları düşüncesine kapıldıklarını ifade ettiklerini belirtmişlerdir (74).

Holden ve arkadaşlarının (2002) yaptıkları çalışmada YBÜ’ünde hastası yatan ailenin karşılaşılabilecek durumlar şu aşamalarla açıklanmıştır;

- Aile bireyleri belirsizlik, stres ve duygusal çatışma yaşadığı ilk evrede amaçsız davranışlar sergiler.
- İlk şoku atlaman bireyler yeniden hastaya yönelir ve hastası hakkında bilgi arayışına girer, sorular yöneltir, durumu kavramaya çalışırlar.
- Daha sonra hastalığın prognozunu merak edip hastanın nasıl olduğunu ve sonraki süreçte nasıl olacağı hakkında ipucu ararlar.
- Aile bireyleri geriye kalan enerjilerini ve zamanlarını, kendisi ve hastası için temel ihtiyaçlarını giderebileceği uygun bir çevre oluşturmaya harcarlar (75).

Çocuklar hayati tehlike ile karşı karşıya kaldıkları akut ya da kronik hastalık durumunda veya geçirilen cerrahi operasyon sonrasında yoğun bakım ünitelerine yatırılmaktadırlar (18). Ailenin yoğun bakım sürecinde çocuğundan ayrı kalması, huzursuzlandığında ve ağladığında yanında olamaması ve çocuğunun beslenmesi, giyinmesi gibi günlük ihtiyaçlarını gidermede aktif rol alamaması gibi nedenler ebeveynlere hasta çocuğun ailesi olma rolünü kabullenmesi sürecinde zorluk yaratmaktadır (8, 18).

ÇYBÜ’nde çocuğu yatan ebeveynlerde anksiyete ve strese neden olan etkenler şu şekilde ifade edilmektedir;

- Prognozdeki belirsizlik,



- Çocuğun fiziksel görünümü,
- Çocuğa çok sayıda çeşitli invaziv girişimlerin uygulanması,
- Yabancı bir ortamda olmaya bağlı kontrol kaybı,
- Aile bireylerindeki rol değişiklikleri,
- Karşılaşmadıkları tıbbi aletlerle karşılaşmaları,
- Çocuğun yoğun bakım içerisindeki diğer uyarıcı seslerden etkilenme durumları,
- Birimdeki sağlık çalışanlarına karşı güvensizlik ve iletişim sorunları,
- İstedikleri zaman ve sürede çocuklarını görememeleri,
- Çocuğunu kaybetme korkusu,
- Çocuğun hastalanmasında kendilerini sorumlu tutmaları ve suçluluk duymaları,
- Evdeki diğer aile üyelerine karşı rollerini yerine getirememeleri ve
- Maddi sıkıntıların eşlik etmesidir (73, 76- 79).

YBÜ'nde hastanın genel durumunun kritik olması ve uygulanan girişim ve tedavilerin çokluğu nedeniyle sağlık ekibinin önceliği çocuk olmaktadır. Bu sebeple ebeveynlerin ihmal edilmesi onlardaki stres ve korkunun daha da artmasına neden olabilmektedir. Anksiyeteli ebeveynler mutsuz, huzursuz, gergin ve öfkeli olabilirler, bağırabilirler ya da içe kapanabilirler. Öfkelerini ve gerginliklerini çocuklarına veya sağlık çalışanlarına yöneltebilirler (80).

Çocuk yoğun bakıma yattığı andan itibaren ebeveynler hastanede oldukları için evde başka çocukları varsa onlarla ikinci derece akrabalar (anneanne, babaanne teyze vb.) ya da evin en büyük çocuğu ilgilenmek durumunda kalmaktadır. Her ne kadar evdeki çocuklarla ilgilenen bireyler olsa da ebeveynler onlar için de ayrıca endişe duymaktadırlar. Yapılan çalışmalarda ebeveynlerin evdeki çocuklarında gözlemledikleri davranışlar okul başarısında düşme, okul fobisi, enürezis, baş ağrıları, sürekli karın ağrıları ve ağır ayrılık anksiyetesi olarak bildirilmiştir (77, 81). Çocuklarının yoğun bakımdaki fiziksel görüntüleri, ciltlerinin soluk görünmesi, ödemli bir görüntünün olması, yoğun bakım ünitesi içerisinde bulunan tıbbi araç gereçler, çocuklarına bağlı birçok tıbbi araç gereçler, çocuğa uygulanan tıbbi işlemler ebeveynlerde ciddi oranda strese neden olmaktadır. Yapılan bir başka çalışmada ebeveynlerin en fazla çocuklarının görünümünden, zayıflığından, renginin soluk olmasından etkilendikleri belirlenmiştir (81). YBÜ'lerini enfeksiyonlardan korumak, ebeveynlerin duygusal travma yaşamalarını önlemek ve yoğun bakım iş akışını aksatmamak gibi nedenlerle ziyaret saatleri sınırlandırılmıştır. Çocuk yoğun bakıma girdiği andan itibaren

ailenin üstlendiği bakım verici rolünü sağlık çalışanları üstlenmektedir. Bu yaşanan rol kaybı ve sınırlı iletişim ebeveynlerde stresin artmasına, çocukları ile ilgilenemedikleri için suçluluk duygusunun yaşanmasına neden olabilmekte ve bu olumsuz duygular göz ardı edildiğinde anksiyete ve depresyon gibi ruhsal sağlık problemleri görülebilmektedir (82).

### **2.6.1. Stres**

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından stres '21. Yüzyılın Sağlık Salgını' olarak adlandırılmıştır (83). Bu kavramın pek çok tanımını yapmak mümkündür. TDK'na göre stres kelimesi "*ruhsal gerilim*" olarak tanımlanmıştır (84). Hans Selye ise bireyde tepki yaratan çevresel uyarılara stresör, bu stresörlere karşı gösterilen genel tepkiye ise stres tanımını yapmıştır (85).

Stresle başa çıkma, bireyin içinde bulunduğu durum karşısında stres kaynaklarını azaltmak veya değiştirmek için ortaya koyduğu bilişsel ve davranışsal çabaların tümü olarak tanımlanabilir. Başa çıkmada "problem odaklı" ve "duygu odaklı" olmak üzere iki farklı boyutta stratejiler kullanılmaktadır. Problem odaklı başa çıkmada stresörü tespit ederek gelecekte tekrar karşılaşmayı önleyecek tedbirler alınır. Duygu odaklı başa çıkmada ise stresör ile savaşmak yerine sorunu veya durumu değiştirmeden duyguların düzenlenmesini içeren baş etmeler kullanılır (85, 86, 87).

#### **2.6.1.1. Stresin Aşamaları**

Stres insan bedeninde yapısal ve kimyasal pek çok değişikliğe neden olmaktadır. Bu değişiklikler organizmanın dengesini bozarak birçok fizyolojik ve psikolojik tepkiye yol açmaktadır. İnsan bedeninin stresli durumlarda verdiği bu tepkiler üç aşamalıdır ve Hans Selye bu üç aşamayı "Genel Uyum Sendromu" olarak tanımlamıştır (88). Bunlar sırası ile alarm aşaması, direnç aşaması ve tükenme aşamasıdır.

Stresin ilk aşaması olan alarm evresi, kişinin strese yol açan dış uyarıları fark ettiği ve sinir sisteminin aktif hale gelmesiyle "savaş ya da kaç" tepkisine doğru harekete geçtiği dönemdir. Bu dönemde vücut strese hazırlanır, bedende fiziksel ve kimyasal değişiklikler meydana gelir. Bunlar; göz bebeklerinde büyüme, kan basıncında artma, soluk alıp vermede ve kalp atışında hızlanma, ani adrenalin salgılanması, ağızda kuruluk ve terlemedir. Stres faktörü ortadan kalkarsa kişi rahatlar, fakat stresi yaratan faktörün yoğunluğu artarsa direnç evresine geçilir (88, 89).

Stresin ikinci aşaması olan direnç evresi, organizmanın vücuttaki dengeyi sağlamak için mücadele ettiği dönem olarak tanımlanmaktadır. Alarm aşamasında kaybedilen enerji tekrar kazanılmaya çalışılır ve kişi stres faktörüne karşı direncini yükseltir. Eğer direnç dönemi başarılı atlattırılırsa vücuttaki kimyasal ve fiziksel belirtiler ortadan kalkar ve kişi rahatlar fakat stresli durum daha uzun sürer ve şiddeti artarsa vücut yorgun düşerek tükenme evresine geçer (89, 90).

Stresin son aşaması olan tükenme evresinde kişi stres karşısında dayanıklılığını yitirmiştir. Birey tükenmiştir ve stres faktörü hala mevcuttur. Kronik baş ağrıları, yorgunluk, uyuyamama veya uyanma zorluğu, kas ağrıları, göğüs ağrıları, ağlama ve gülme krizleri gibi belirtiler bu evrede ortaya çıkar (90, 91).

### **2.6.1.2. Stresin Belirtileri**

Stresin meydana getirdiği kendine özgü bazı belirtileri vardır. Bunlar; gerginlik hali, sürekli endişe duyma, aşırı derecede alkol ve sigara kullanımı, uykusuzluk, iş birliği kurmada yaşanan zorluklar, duygusal dengesizlik, sindirim sorunları ve kan basıncında yükselmedir (88).

Stres ile ilgili belirtiler genel olarak dört ana grupta toplanmıştır.

- 1) Fiziksel Belirtiler: Baş ağrısı, kabızlık veya ishal, uykuda düzensizlik, yüksek kan basıncı, kas ağrıları, çene seyirmesi veya diş gıcırdatma, döküntü, aşırı terleme, beslenme düzeninde değişiklik, bitkinlik veya enerji kaybı.
- 2) Duygusal Belirtiler: Anksiyete veya endişe, çabuk ağlama, gerginlik, duygu durumun aniden ve devamlı değişmesi, aşırı hassasiyet, öfke patlamaları, saldırganlık, duygusal olarak güçsüzleştiğini hissetme.
- 3) Zihinsel Belirtiler: Konsantrasyon zorluğu, karar vermede zorlanma, unutkanlık, zihin bulanıklığı, hafızada azalma, aşırı derecede hayal kurma, tek bir düşünceyle meşgul olma, düşük verimlilik, iş kalitesinde düşüş, yanlışlarda artış.
- 4) Sosyal Belirtiler: İnsanlara karşı kuşku, başkalarını suçlamak, aşırı korumacı tutum, birçok kişiye birden dargın olmak, iletişimi kesmek. (88, 91)

Çalışmalarda çocuğu YBÜ'nde yatan ebeveynlerin 1/3'ünün stres yüklenmesi yaşadığı belirtilmektedir (82, 83, 92). Ebeveynlik rolündeki değişiklikler, çocuğunu kaybetme kokusu, çocuğunun ağırlı işlemlere maruz kalması, çocuklarının yoğun bakımdaki görünüşleri, sınırlı ziyaret saatlerinin ve kısıtlı bilgi aktarımının olması, evdeki diğer aile

üyelerinden ayrı kalma, hastalığın prognozunun bilinmemesi ailedeki önemli stres etkenlerindedir (82, 92)

ÇYBÜ’nde çocuk ile en fazla ilgilenen ve iletişim kuran meslek grubu hemşirelerdir. Hemşireler uygun terapötik yaklaşımlarla, ailenin mevcut duruma uyum sağlamasını kolaylaştırmada ve stresle etkili baş etmelerinde önemli rol oynamaktadır. Her aileye özel, açık ve anlaşılır bir dille tıbbi terim kullanmadan bilgi vermeli, ailenin çocuğun bakımında aktif rol almasını sağlamalı ve çocuk ile ilgili tüm kararlara dahil etmeyi amaçlamalıdır (79, 93, 94).

## 2.6.2. Anksiyete

Anksiyete her bireyin zaman zaman kötü bir şey olacağı düşüncesi ile yaşadığı belirsizlik, sinirlilik, korku, endişe gibi hoş olmayan duyguların eşlik ettiği duygu durumudur (95). Anksiyeteyi TDK; “*canlının içinde bulunduğu sıkıntılı duruma bağlı olarak gelişen psikonörotik bozukluk*” olarak tanımlamıştır (96). Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) ise “*gerginlik hissi, endişeli düşünceler ile beraber çarpıntı, terleme, bulantı, kusma, artan kan basıncı gibi fiziksel değişikliklere karakterize bir duygu durumu*” olarak tanımlamaktadır (97).

İnsanlığın var oluşundan bu yana varlığı kabul edilen anksiyetenin ve basit düzeyde stresin genel amacı insanı dış çevreden gelen tehlikelere karşı korumaktır. Anksiyete gelişme ihtimali olan tehlikelere karşı gerekli önlemlerin alınmasını, duyarlılığı artırarak bireyin kendini savunmasına imkân tanır, böylece yaşamın sağlıklı bir şekilde sürdürülmesini mümkün kılar (98). Anlaşılacağı üzere anksiyete, insanlar için yaşam kurtarıcı bir duygu durumu olmakla birlikte, bireyin yaşantısına yönelik yıkıcı durumlar karşısında zıt bir tepkidir.

Spielberger, anksiyeteyi hissedilme zamanı açısından ikiye ayırmıştır. Bunlar;

*Durumluk anksiyete*, kişinin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği subjektif kaygıdır. Durumdan duruma yoğunluğu değişmekle birlikte sürekli değildir.

*Sürekli anksiyete*, ortada kaygılanmak için neden yokken, ya da böyle bir neden var olduğunda da nedenle orantısız bir biçimde uzun süreli ve yoğun kaygı yaşama sürecidir (99).

### 2.6.2.1. Anksiyetenin Düzeyleri

Anksiyetenin kişiden kişiye farklı düzeylerde ve farklı belirtilerle kendini göstereceği belirtilmiştir (100). Bireysel özelliklere ve günlük yaşam koşullarına bağlı olarak anksiyete düzeyleri dört gruba ayrılmıştır (101). Bunlar;

- Hafif anksiyete: Birey tetiktedir ve tehlikeden uzaktır. Fiziksel belirtiler normaldir. Kişinin algılama alanı geniştir ve çevresinde olup bitenin farkındadır. Bu düzeydeki anksiyete kişinin öğrenmesini olumlu yönde etkileyerek motivasyonunu artırıcı etkisi vardır (102, 103)
- Orta anksiyete; Fiziksel belirtiler normaldir veya hafif düzeyde artmıştır. Bireyin dikkati dağılmış, iletişim becerileri azalmış, sinirlilik ve gerilimi artmıştır. Bu kişilerin algılama alanları daralmakla birlikte sabırsız ve endişeli olabilirler. Orta anksiyeteli bireylerde mide şikayetleri, kas gerginliği ve terleme şikayetleri görülür (104).
- Şiddetli anksiyete: Birey anksiyeteye sebep olan durumun küçük bir detayına takılmıştır. Olayları algılama ve kavrama düzeyi çok azalmıştır. Çevresinde olup bitenlere odaklanamaz ve anlamakta güçlük çeker. Problem anında mantık yürütmekte güçlük çeker. Çarpıntı, baş ağrısı, terleme, solunum sayısında artma, göğüs ağrısı gibi fiziksel belirtilerde artma görülür (101, 105).
- Panik anksiyete: Anksiyetenin en şiddetli ve en yoğun yaşandığı düzeydir. Bireyin kontrolünü kaybetmesine neden olabilecek kadar güçlüdür. Bireyin algılaması tamamen bozulmuştur ve odaklandığı konular çarpık ve abartılıdır. Kişi çevresel tehlikelere karşı yanıtızdır. Konuşamama ve hareket edememe, korku, dehşet, tıkanma, boğulma, baygınlık hissi, çarpıntı gibi fiziksel belirtiler sık görülür (100, 101).

### 2.6.2.2. Anksiyete Belirtileri

Anksiyete belirtileri bilişsel, duygusal, davranışsal ve fizyolojik olarak dört ana başlıkta toplanmıştır.

- 1) Bilişsel Belirtiler: Aşırı uyanıklık durumu ya da dikkat dağınıklığı söz konusudur. Düşüncelerin bulanık olması, çevrenin olduğundan farklı algılanması, düşünmeyi kontrol edememe, fiziksel zarar görme endişesi ve ölüm korkusu görülebilir.
- 2) Duygusal Belirtiler: Endişe, korku, gerginlik, panik, huzursuzluk, tahammülsüzlük, çaresizlik, tükenmişlik, yorgunluk görülebilir.
- 3) Davranışsal Belirtiler: Donakalma, kaçma, konuşma akışında bozukluk, gergin duruş, çabuk irkilme, çabuk kızma, yerinde duramama görülebilir.

4) Fizyolojik Belirtiler: Sıcak basması, terleme, ciltte solukluk ya da kızarma, çarpıntı, göğüste ağrı hissi, kan basıncında artma, baş dönmesi, baş ağrısı, bayılma hissi ve bayılmalar, kramp tarzı kaslarda gerginlik, karın ağrısı, yutma güçlüğü, öğürme, ishal, midede şişkinlik, hazımsızlık, bulantı, kusma görülebilir.

Çocuğu YBÜ’nde yatan ebeveynler çocuklarını kaybedecekleri endişesi, çocuğun hastalığının prognozundaki belirsizlik, hastalığın kötü seyirli olacağını düşünme ailenin anksiyete yaşamasına neden olmaktadır (18, 19, 106). Erdim ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada ebeveynlerin çoğunlukla (%84,2) çocuklarının hastalıklarıyla ilgili kaygı duydukları bulunmuştur (3). Yoğun bakım sürecinde ailenin yaşadığı stres ve anksiyetenin farkında olmak, düzeyini belirlemek ve duyulan anksiyeteyi azaltmaya yönelik destek ve girişimleri uygulamak hemşirenin görevlerindedir. Aileye, yoğun bakım ünitesi hakkında, üniteye yapılan işlemler ve kullanılan cihazlarla ilgili bilgi vermek, çocuğun bakımına aileyi dahil etmek, ailenin hissettikleri duygu ve düşünceleri ifade etmesini sağlamak, çocuğuna dokunmasına izin vermek, soru sormalarına izin vermek ve danışmanlık etmek ailenin anksiyete düzeyinin azaltılmasında etkili olmaktadır (8, 18, 106)

### **2.6.3. Depresyon**

Depresif bozukluk olarak bilinen depresyon, dünya üzerinde yaygın olarak görülen bir rahatsızlıktır. DSÖ tarafından depresyon *“çökkün duygu durumu, enerji azlığı, uyku veya iştahın bozulması, suçluluk hissi, ilgi ve haz almanın azalması gibi semptomlarla karakterize sık görülen ruhsal bir hastalık”* olarak tanımlamaktadır (107). Depresyon, kişinin yaşama arzusunun ve zevkinin azaldığı, kendini derin bir üzüntü ve keder içinde hissettiği bir duygudurum bozukluğudur (108). Klinik bir hastalık olarak depresyon, bireyin yaşamında başta aile, iş sosyal hayat olmak üzere yaşamın her alanında bozulmalara yol açabilen psikolojik bir rahatsızlıktır (109).

Depresyondaki bireyde geleceğe yönelik kötü ve karamsar düşünceler, geçmişe yönelik yoğun pişmanlık ve suçluluk hissi, dünyaya karşı olan ilginin kaybı, duygu ve düşüncelerin karmaşıklaşması, ölüm düşüncesi ve intihar girişimleri, ölümle sonuçlanabilecek uyku, iştah, cinsel istek vb. ile ilgili fizyolojik bozuklukların eşlik ettiği bir tablo görülebilir (108).

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- V (DSM- V)'te günümüzdeki tanılama ve sınıflandırılması için 8 alt başlık oluşturulmuştur (110). (Tablo 3.1.)

**Tablo 2.1:** DSM-V'te depresyon bozukluklarının sınıflandırılması.

1- Majör depresif bozukluk
2- Distimik bozukluk
3- Yıkıcı duygu durumu düzenleyememe bozukluğu
4- Premenstrüel distforik bozukluk
5- Madde-ilaç kaynaklı depresif bozukluk
6- Başka medikal duruma bağımlı depresif bozukluk
7- Diğer belirtilen depresif bozukluk
8- Tanımlanmamış depresif bozukluk

Depresyon alt gruplarından en sık rastlanan psikolojik bozuklu ise majör depresif bozukluktur (111). DSM-V'te majör depresyon tanılama ölçütleri Tablo 3.2'de gösterilmiştir (110).

**Tablo 2.2:** DSM-V'e göre majör depresif bozukluk için tanı kriterleri.

Herhangi bir sağlık sorununa bakılmaksızın son iki hafta içinde aşağıdaki kriterlerden 5 veya daha fazlasının bulunması majör depresyon belirtisi olarak kabul edilir.
1- Neredeyse her gün depresif bir ruh hali yaşama
2- Neredeyse her gün tüm aktivitelere ilgi ve zevkte azalma
3- Kilo vermeye veya kilo almaya çalışmadan son bir ayda standart kiloda %5'ten fazla artış veya azalma olması
4- Neredeyse her gün aşırı uyku ya da uykusuzluk sorunu yaşama
5- Neredeyse her gün tutarsız veya aşırı davranışlarda bulunma veya alışılmadık derecede sakin bir durum yaşama
6- Neredeyse her gün yorgun hissetmek veya içsel enerjiden yoksun hissetmek
7- Neredeyse her gün değersizlik veya gerçek olmayan suçluluk duygusu yaşama
8- Neredeyse her gün düşünme ya da konsantre olma zorluğu, kararsızlık yaşama
9- Tekrarlayan ölüm düşünceleri, herhangi bir özel planlama olmaksızın intihar düşüncesi, intiharı planlama veya intihar girişimi

Depresyonun en büyük nedenlerinden biri uzun süreli ve yoğun strese maruz kalınmasıdır (107). Çocuğu YBÜ'nde yatan ebeveynlerin yaşadıkları stresle baş edememesi ile ailelerde dikkatin daha da dağılmasına, anksiyete düzeyinin artmasına ve psikolojik bir rahatsız olan depresyona zemin oluşturmaktadır (19, 112). YBÜ'nde yatan hastaların aile bireyleriyle yapılan çalışmalarda aile bireylerinin stres, anksiyete yaşamasında ve depresyon gibi ruhsal hastalıkların görülmesinde yoğun bakım ünitesinin karmaşık yapısının ve hastane ortamının

etkili olduğu bildirilmiştir (113- 116). Pochard ve arkadaşlarının (2005) Fransa’da YBÜ’nde yatan 544 hasta yakının anksiyete ve depresyon belirtilerini inceledikleri bir çalışmada hasta yakınlarının %73,4’ünde anksiyete belirtilerinin, %35,3’ünde ise depresyon belirtilerinin görüldüğünü belirtmişlerdir (117).

## **2.7. Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde Hemşirelik Bakımı**

Sağlık Bakanlığı’nın yayınladığı 2575 sayılı Hemşirelik Yönetmeliği’nde, çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşiresi ‘*profesyonel hemşirelik rolleri ve evrensel çocuk hakları doğrultusunda 0-18 yaş arasındaki çocukların aile ve toplum içerisinde fiziksel, duygusal, bilişsel ve sosyal yönden sağlıklı büyüme ve gelişmesi, sağlığının en üst düzeye çıkartılması, hastalıklardan korunması ve çocuk hastalandığında tedavisi, bakımı ve rehabilitasyonunda aktif rol alan hemşire*’ olarak tanımlamaktadır (118).

Çocuk yoğun bakım hemşireliği ise çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliğinin özel bir alanıdır. Çocuk yoğun bakım hemşiresi, genel hemşirelik uygulamalarına ek olarak daha fazla sorumluluk bilincinde olmalı, çok daha dikkatli olmalı, acil bir durumla karşılaştığında kritik kararlar verebilmeli eř zamanlı olarak uygulayabilmeli, belirli yaş gruplarına göre çocuğun gereksinimlerini bilerek uygun hemşirelik girişimlerini planlayıp uygulayabilmeli, aileyi de göz ardı etmeden çocuk ve ailesini bir bütün olarak değerlendirebilmeli ve aileyi bakımın bir parçası konumuna getirip aile merkezli bakım felsefesini benimseyerek ebeveyn-çocuk ilişkisini desteklemelidir (119). ÇYBÜ’ler hastaların genel durumlarının anlık değiştiği, teknolojik aletlerin kullanıldığı, çok fazla invaziv girişim ve tedavilerin uygulandığı ünitelerdir. Bu ünitelerde çalışan hemşirelerin de teknolojik cihazları kullanabilme, hastanın hızla değerşen durumuna hemen uyum sağlayabilme, kriz anında krizi yönetebilme, iyi bir gözlemci olabilme, hasta ve ailesinin gereksinimlerini tanıyarak onların rahatını sağlayabilme gibi becerilere sahip olmalıdır (119, 120).

### **2.7.1. Hemşirenin rolleri**

ÇYBÜ’nin karmaşık ortamında profesyonel bakım verebilmek için hemşirenin, bakım verici, eğitici, savunucu, danışmanlık edici ve araştırmacı rollerini etkin bir şekilde yerine getirmesi ve yoğun bakım ortamına uyarlaması gerekmektedir.

**Bakım verici rolü** ile hemşire genel olarak çocuğun fiziksel, duygusal ve sosyal gereksinimlerini belirleyerek karşılamayı hedefler (76, 121). ÇYBÜ’ne yatan çocukların



akut bakım ihtiyacı olması nedeniyle diğer pediatrik bakım birimlerinden ayrılmaktadır. Çocuğun YBÜ'ne yatışı aile bireyleri için negatif etkilere neden olabilecek düzeyde travmatik olabilir. Bu süreçte aile üyelerinin rolleri sekteye uğrayarak rol karmaşasına sebep olmaktadır. Yoğun bakım ünitesindeki sıkı kurallar ve kullanılan tıbbi dil nedeniyle evdeki çocuk-ebeveyn ilişkisi, çocuğun yoğun bakım ünitesine yatması ile hasta-ziyaretçi ilişkisine dönüşmektedir. Çocuk da aynı zamanda hiç bilmediği bir ortama girmekte, bu zamana kadar ailesi tarafından karşılanan ihtiyaçları artık yoğun bakım ünitesindeki hemşireler tarafından karşılanmaktadır (122, 123, 124) Hemşireler, YBÜ'nde yatan çocuk ve ebeveynlerinin yaşadığı bu travmaların etkisini azaltmak için aile merkezli bakımı yoğun bakım ünitesinde uygulamalı, bu sayede çocuk ve ebeveyn için güvenli bir hastane ortamı oluşturulmasını sağlamalıdır (125). Aile merkezli bakımın uygulanması aile ve sağlık ekibi arasında etkin bir iletişimin kurulmasında, çocuk/ebeveynlerin stres ve anksiyetesinin azaltılmasında etkili olabilir (126).

Hemşireler bakımı, travmatik bakım kavramı çerçevesinde hemşirelik girişimlerini planlayarak çocuk ve ailenin psikolojik ve fizyolojik stresini ortadan kaldırma ya da en aza indirme yaklaşımı içinde, ailenin yapısını ve kültürünü dikkate alarak, ailenin çocuğun gereksinim duyduğu bakıma katılmasını destekleyerek ve bu konuda aileyi güçlendirerek aile merkezli bakımı gerçekleştirmelidir. Aile merkezli bakım, APA tarafından çocuk sağlığı alanında "altın standart" olarak kabul edilmiştir (122).

**Eğitici rolü** ile hemşire, çocuk ve ailenin bilgi ihtiyaçlarını gidermeye yönelik planlamalar yaparak, uygulamalıdır. Ailelere yoğun bakıma girdiklerinde onları nasıl bir ortamın beklediği, ünite içeresindeki kurallar ve ziyaret saatleri hakkında bilgi verilmelidir. Çocuğa uygulanacak her işlem için eğer çocuğun bilinci açık ise çocuğa, daha sonra ailesine işlem öncesi ve sonrası açıklamalarda bulunmalıdır (121, 127). Yatağa bağımlı ve kronik hastalığa sahip çocuklar, yoğun bakım ünitesinden çıktıktan sonra tümüyle ebeveynlerine bağımlı olmaktadır. Bu duruma yönelik çocuk yoğun bakım hemşiresi çocuğun gereksinimlerine yönelik taburculuk ve rehabilitasyon eğitimleri planlar, uygular ve aileye uygulamalı olarak gösterir. Aspirasyon gerekli olan hastalarda aspirasyon eğitimi, ostomili hastalarda ostomi bakımı ve eğitimi, immobil hastalarda pozisyon değişikliğinin önemi, genel vücut bakımı gibi eğitimler örnek olarak verilebilir (128).

**Danışmanlık rolü** ile hemşire, yoğun bakım ünitesinde yatan çocuk ve ailesine hastalığın yönetimi ve evde bakıma ilişkin konularda danışmanlık sağlar. Çocuğun hastalığıyla ilgili

bir farkındalık oluşturarak aileyi bilinçlendirme, hastalığın seyrini ve etkilerini öğretme gibi uygulamalarda danışmanlık rolünü kullanır. Hemşire çocuk ve ailenin karşılaşılabileceği sorunları azaltmak veya önlemek amacıyla, problem çözme yaklaşımını kullanarak ailenin ve çocuğun bağımsız kararlar vermesine yardımcı olmalıdır (76, 121, 125).

**Savunucu rolü** ile hemşire, savunmasız çocuk ve ailenin savunulma gereksinimlerini fark ederek, onların hak ve çıkarlarını korumaktadır. Çocuk yoğun bakım hemşiresi çocuk haklarının ihlali söz konusu olduğu her durumda sorumluluk alır. Hemşire bu savunucu rolüyle aile-doktor, çocuk-doktor arasında köprü görevi görmektedir. Bu roldeki en önemli fonksiyonlar ailelerin doğru karar verebilmelerini desteklemek, çıkarlarını korumak ve çocuklarının durumuna ilişkin her türlü bilgiye sahip olmalarını sağlamaktır (121).

**Araştırmacı rolü** ile hemşire, ÇYBÜ'nde yatan çocuk ve ebeveynlerinin sorunlarını tespit ederek, kanıta dayalı uygulama ve araştırmalardan yararlanıp uygun bakımı planlar ve uygular. ÇYBÜ'ndeki yürütülen araştırmaları takip eder, uygulamaya aktarır ve yeni araştırmaların yapılmasını sağlar ya da katkı verir (121, 128).

### **2.7.2. Aile Merkezli Bakım**

Aile merkezli bakım, sadece çocuğu değil, bütün aile bireylerini sağlık hizmetleri içerisinde 'bakım alıcı' olarak kabul eden ve tüm bireylere yönelik bir bakımın planlanmasını içeren bir bakım yoludur (129). Aile merkezli bakımda amaç; çocuk ve ebeveyn arasındaki bağları koparmamak, ailenin çocuğun bakımında aktif rol almasını sağlamak, çocuğun hastane ortamında da kendini güvende hissetmesini sağlamak, hastaneye yatmanın çocuk ve aile üzerindeki olumsuz etkilerini en aza indirerek refah düzeyini yükseltmektir (130). Aile merkezli bakımın benimsenmesiyle birlikte aile ve sağlık personelleri arasında iş birliğinin sağlandığı ve ebeveyn ve hasta çocuğun gereksinimlerini optimal düzeyde karşılanabildiği bilinmektedir (126). APA sağlık çalışanlarının hasta bakımlarını aile merkezli bakım doğrultusunda uygulayabilmeleri için ilkeler geliştirmiştir (131). Bunlar;

- Çocuk ve ebeveynlerin birer birey olduğunu kabul ederek onlara saygı duymak,
- Ailelerin dil, din, ırk, etnik, kültürel ve sosyoekonomik farklılıklarını kabul ederek bireysel özelliklerini öğrenmek ve saygı duymak,
- Ailelerin güçlü, zayıf yönlerini tanımak ve farklı baş etme yöntemlerine saygı göstererek onlara yol göstermek,
- Çocuğun sağlık durumu ile ilgili bilgileri sürekli ve eksiksiz şekilde paylaşmak,
- Çocuk ve aileye yaşamın her döneminde destek olarak aile ile sağlık profesyonelleri

arasındaki iş birliğini güçlendirmek,

- Sağlık politikaları ve programları gibi sağlık hizmetlerini ailelerin gereksinimlerini karşılayacak şekilde geliştirilmesine yardımcı olmaktır.

Çocuğun yoğun bakımda yatması çocuk kadar ebeveyn için de stres ve anksiyete sebebi olduğu bilinmektedir. Aile merkezli bakımın benimsenip, uygulanmasının aile ve çocuk üzerinde birçok olumlu etkisinin olduğu görülmüştür (131). Cooper ve arkadaşları (2007) aile merkezli bakımın YBÜ'nde çocuğu yatan ebeveynler üzerindeki etkisini araştırdıkları çalışmada aile merkezli bakım uygulamalarının ebeveynlerin bakım becerilerinin gelişmesinde, ebeveyn-çocuk arasındaki bağlılığın artmasında ve ebeveynlerin çocuklarının sağlık durumuna ilişkin yeterli bilgiye sahip olmalarında etkili olduğunu saptamışlardır (132). Shelton ve Stepanek (1994) yaptıkları çalışmada çocuğun ameliyat sonrasındaki bakımına annesinin de katılmasıyla (anneleri bakıma katılmayan çocuğa göre) daha hızlı iyileştikleri ve daha kısa sürede taburcu oldukları saptanmıştır (133).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın türü**

Araştırma; çocuğu yoğun bakım ünitesinde yatan ebeveynlerin stres, anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın yapıldığı yer ve özellikleri**

Bu araştırma, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi (GÜTFH) ÇYBÜ'nde yapılmıştır. Yoğun bakım ünitesinde altı büyük yoğun bakım yatağı, bir adet izolasyon odası olmak üzere toplam yedi yataklı olup, birinci, ikinci ve üçüncü düzey hastalar kabul edilmektedir. Üç uzman hekim, dört araştırma görevlisi pediatri asistanı, biri sorumlu hemşire olmak üzere 15 çocuk hemşiresi ile hizmet vermektedir. Hemşireler 08-16 mesai saatlerinde üç hemşire, 16-08 saatleri arası 16 saatlik vardiyada iki hemşire olarak çalışmaktadır. Yoğun Bakım Ünitesinde 28 gün -18 yaş arası birçok bölüm tarafından takip gerektiren, bir veya birden fazla organ ve sistem yetmezliğinden kaynaklanan, geçirdikleri cerrahi ameliyatlar ya da kaza sonrası genel durumları, vital bulgularının sık takibi gereken çocuklar yatmakta ve tedavileri uygulanmaktadır. ÇYBÜ'ne çocuk cerrahi, çocuk endokrinoloji, çocuk enfeksiyon, çocuk gastroloji, çocuk hastalıkları, çocuk kardioloji, çocuk nefroloji, çocuk nöroloji, çocuk alerji gibi birçok anabilim dalında takipli çocukların yatışı olmaktadır. Aileler, çocuklarının genel durumlarına dair bilgileri, çocuk yoğun bakım sorumlu uzman hekiminden almaktadırlar. GÜTFH, ÇYBÜ işleyiş talimatı doğrultusunda gerekli enfeksiyon önlemleri ve izolasyon önlemleri alınarak ekibin onayıyla birlikte ebeveynlere çocuğunun yanında kalmasına izin verilebilmektedir. Ziyaret saatleri 11:00-12:00 saatleri arasında olup yine aynı şekilde ekibin onayıyla ziyaret saatleri esnetilebilmektedir ve sadece birinci derece yakınlarla izin verilmektedir. Ziyaret saatleri dışında aile üyelerinin bekleyebileceği bir oturma alanı bulunmaktadır.

#### **3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini GÜTFH ÇYBÜ'nde yatan/izlenen çocukların ebeveynleri oluşturmaktadır. Hastaneden elde edilen verilere göre, 01.01.2021- 31.12.2021 tarihleri arasındaki geçmiş bir yıllık dönemde 166 çocuk yoğun bakım ünitesine kabul edilmiştir.

Araştırmanın örneklem hesaplaması bu doğrultuda evreni bilinen örneklem hesaplama yöntemiyle yapılmış, %99 güven aralığı ve %5 hata payı ile örneklem sayısı 133 ebeveyn olarak belirlenmiştir. Araştırmanın uygulaması 04.12.2021-15.05.2022 tarihleri arasında gerçekleşmiş, veri kayıpları da düşünülerek 152 ebeveyn ile tamamlanmıştır. Araştırmaya dahil edilme kriterleri; çocuğun GÜTFH ÇYBÜ'ne yatması, çocuğu en az 24 saat yoğun bakım ünitesinde izlenmesi, iletişim problemi olmaması, Türkçe okuyup yazabilmesi ve çalışmaya katılmaya gönüllü olmasıdır. Çocuğu 24 saatten az yoğun bakım ünitesinde izlenen, iletişim problemi olan, Türkçe okuyup yazamayan ve çalışmaya katılmayı kabul etmeyen ebeveynler ise araştırma dışında bırakılmıştır.

### **3.4. Verilerin Toplanması**

Verilerin toplanmasında Çocuk ve Ebeveyn Bilgi Formu (EK-1) ve Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği 21 ölçeği (EK-2) kullanılmıştır.

#### **3.4.1. Çocuk ve Ebeveyn Bilgi Formu**

Araştırmanın verilerini elde etmek amacı ile, konu ile ilgili literatür taraması yapıldıktan sonra (7, 9, 23-25, 45) araştırmacılar tarafından oluşturulan bu formada ÇYBÜ'sinde yatan çocuğun yaşı, cinsiyeti, tanısı ve anne-babanın tanıtıcı bilgileri (yaş, eğitim düzeyi, meslek), görüşme yapılan kişinin hastaya yakınlığı, ailedeki çocuk sayısı, nerede ikamet ettiği, çocuğu YBÜ'sinde kaldığı sürece ebeveynin nerede konakladığı, fiziksel ve ruhsal hastalık varlığını sorgulayan 16 soru bulunmaktadır.

#### **3.4.2. Depresyon- Anksiyete- Stres Ölçeği 21**

Lovibond ve Lovibond (1995) tarafından geliştirilen Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği (DASÖ) 4'lü Likert tipi bir ölçektir. DASÖ' de 14'ü depresyon, 14'ü anksiyete ve 14'ü stres boyutlarına ait olmak üzere toplam 42 madde bulunmaktadır (134). Henry ve Crawford (2005) ölçeği 21 maddelik kısa forma dönüştürmüşlerdir (135). Ölçeğin 21 maddelik kısa formu DAS-21 Sarıçam (2018) tarafından Türkçeye uyarlanmış olup Cronbach alfa iç tutarlık güvenilirlik katsayısı depresyon alt ölçeği için  $\alpha=0,87$ , anksiyete alt ölçeği için  $\alpha=0,85$  ve stres alt ölçeği için  $\alpha=0,81$  olarak bulunmuştur. Bu duruma göre ölçeğin Türkçe formunun güvenilir ve uygulanabilir olduğu belirtilmiştir. Bu ölçekte (DAS-21) depresyon, stres ve anksiyete boyutlarını ölçmek için 7'şer soru bulunmaktadır. Ölçek 4'lü Likert tipi ölçek olup; "hiçbir zaman (0)" ve "her zaman (3)" şeklinde derecelendirmeye yanıtlanmaktadır.

Ölçeğin puanlamasında depresyon 0-4 puan, anksiyete 0-3 puan, stres 0-7 puan normal düzey; depresyon 5-6, anksiyete 4-5, stres 8-9 puan hafif düzey; depresyon 7-10, anksiyete 5-7, stres 10-12 puan orta düzey; depresyon 11-13, anksiyete 8-9, stres 13-16 puan ileri düzey; depresyon 14 ve üzeri puan, anksiyete 10 ve üzeri puan, stres 17 ve üzeri puan çok ileri düzey probleme sahip olduğunu göstermektedir (136). Ölçek puanlama tablosu EK-2'ye eklenmiştir.

### **3.5. Araştırmanın Uygulanması**

Araştırmaya, Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı, çalışmanın yapılacağı kurumdan izin ve örnekleme alınan ebeveynlerden sözlü ve yazılı onayları alındıktan sonra başlanmıştır. Araştırmanın uygulamasının yapıldığı dönemde KOVİD-19 pandemisinin devam etmesinden kaynaklı olarak kurumun yüz yüze anket uygulamasına izin vermemiştir ve katılımcılara anketler çevirim içi olarak uygulanmıştır. ÇYBÜ'ne yapılan yatışlar, kurumda çalışan araştırmacı tarafından takip edilmiş ve araştırmaya katılma kriterlerini karşılayan ebeveynlere telefon bilgileri alınarak ulaşılmış, araştırma hakkında bilgi verilmiş ve katılmak isteyen ebeveynlere mail ya da whatsapp yoluyla anket linki yollanmıştır. Veri toplama formlarına başlanmadan önce gönüllü olur formu onaylaması zorunlu kılınmış ve sonrasında çevirimiçi ankete ulaşması sağlanmıştır. Her bir formun katılımcı tarafından doldurulması yaklaşık 10 dakika sürmüştür. Araştırmanın uygulaması 04.12.2021-15.05.2022 tarihleri arasında gerçekleşmiş ve araştırmanın uygulaması 152 ebeveynin katılımıyla tamamlanmıştır.

### **3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri**

#### **3.6.1. Bağımlı Değişkenler**

DAS-21'den alınan puanlar çalışmanın bağımlı değişkeni olarak belirlenmiştir.

#### **3.6.2. Bağımsız Değişkenleri**

Ebeveynlerin sosyo-demografik ve hasta çocuklarının tedavi süreci özellikleri araştırmanın bağımsız değişkenleri olarak belirlenmiştir.

### **3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma GÜTFH ÇYBÜ'ne yatışı yapılan çocukların ebeveynlerinden araştırmaya katılmayı kabul eden ebeveynler ile sınırlıdır. Verilerin öz bildirimine dayalı olması da başka bir sınırlılığı olarak sıralanabilir.

### **3.8. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmanın yapılabilmesi için, çalışmaya başlamadan önce Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan (04/08/2021- Karar No: 2021/26-88) (EK-3) ve araştırmanın uygulandığı Ankara Gazi Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği'nden 03.12.2021 tarihinde 42000842-199- 227954 sayılı yazılı izin (EK-4) alınmıştır. Ebeveynlere çalışmanın amacı açıklanarak, bilgilendirilmiş onam formları (EK-5) ile onamları alınmıştır. Aynı zamanda çalışmada kullanılan ölçek için de gerekli izin alınmıştır (EK-6).

### **3.9. İstatistiksel Analiz**

Araştırma amacına uygun olarak toplanan veriler bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Araştırma kapsamındaki değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri minimum, maksimum, frekans, yüzde, medyan, ortalama ve standart sapma olarak gösterilmiştir.

Ölçek maddeleri arasındaki iç tutarlılık ve güvenilirliğin analizinde Cronbach Alfa kat sayısı hesaplanmıştır. Araştırma kapsamında kullanılan ölçek puanlarının gruplarda karşılaştırmasına, parametrik analizlerin varsayımı olan normal dağılım Kolmogrow Smirnow testi ile değerlendirilmiştir (137, 138). Araştırma kapsamındaki grupların normal dağılım varsayımının karşılanmadığı için, ikili grup karşılaştırmalarında Bağımsız Gruplarda Mann Whitney U testi, üç ve daha fazla grup karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis H testi ve post hoc analiz için ise Bonferroni düzelmesi ile Mann Whitney U analizi kullanılmıştır (139-141). Ölçek alt boyutlarının ilişki düzeyinin incelenmesinde Pearson Korelasyon testi kullanılmıştır. İstatistiksel analizler için SPSS 26 istatistik yazılımından faydalanılmıştır (142). İstatistiksel kararlarda  $p < 0,05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

## 4. BULGULAR

Bu bölümde çocuğu YBÜ’nde yatan ebeveynlerin stres, anksiyete ve depresyon düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları yer almaktadır.

**Tablo 4.1:** Ebeveynlerin ve çocukların sosyodemografik özellikleri (n=152).

	Özellikler	n	%
<b>Hasta Çocuğun Yaşı</b> (3 Ay-17 Yıl Arası) 6,81(±5,57)	1 Yaştan Küçük	41	27,0
	1-5 Yaş Arası	34	22,4
	6-10 Yaş Arası	26	17,1
	11 Yaş ve Üzeri	50	32,9
<b>Hasta Çocuğun Cinsiyeti</b>	Kadın	68	44,7
	Erkek	84	55,3
<b>Yakınlık Durumu</b>	Annesi	80	52,6
	Babası	72	47,4
<b>Eğitim Düzeyi</b>	İlköğretim	41	27,0
	Lise	43	28,3
	Üniversite	68	44,7
<b>Çocuk Sayısı</b>	1	40	26,3
	2	57	37,5
	3	44	28,9
	4 ve Üstü	11	7,2
<b>Uğraş</b>	İşsiz	10	6,6
	Serbest meslek	17	11,2
	İşçi	38	25,0
	Memur	39	25,7
	Ev kadını	48	31,6
<b>Gelir Durumu</b>	Gelir Giderden Fazla	23	15,1
	Gelir Gider Kadar	88	57,9
	Gelir Giderden Az	41	27,0
<b>İkamet Yeri</b>	Ankara İçi	85	55,9
	Ankara Dışı	67	44,1
<b>Hastaneye Geliş Şekli</b>	Acil	101	66,4
	Planlı	51	33,6
<b>Çocuk Yoğun Bakımda iken Ebeveynin Kaldığı Yeri</b>	Hastane İçi	81	53,3
	Hastane Dışı	71	46,7
<b>Hastanede Kalınan Yer *</b>	Koridordaki Bekleme Koltuklarında	44	54,3
	Arabada	20	24,7
	Anne Odasında	17	21,0
<b>Hastanede Kalış Süresi</b> 11,48(±24,22)	1-3 Gün Arası	80	52,6
	4-15 Gün Arası	52	34,2
	16-45 Gün Arası	9	5,9
	46 Günden Fazla	11	7,2
<b>Hasta çocuğun takipli olduğu bilim dalı**</b>	Çocuk Cerrahi	24	15,8
	Çocuk Endokrinoloji	19	12,5
	Çocuk Enfeksiyon	32	21,0
	Çocuk Gastroloji	24	15,7
	Çocuk Hastalıkları	82	53,9
	Çocuk Kardiyoloji	32	21,0
	Çocuk Nefroloji	16	10,5
	Çocuk Nöroloji	59	38,8
Çocuk Alerji	6	4,0	
<b>Fiziksel/Ruhsal Hastalık Durumu</b>	Evet	4	2,6
	Hayır	148	97,4
<b>Başka Hasta Çocuk Durumu</b>	Evet	8	5,3
	Hayır	144	94,7

\*Yüzdeler n= 81 üzerinden alınmıştır.

\*\* Birden fazla yanıt verilmiştir. Yüzdeler n=152 üzerinden alınmıştır.



Tablo 4.1’de görüldüğü üzere hasta çocukların yaşı 3 ay ile 17 yaş arasında değişmekte olup, ortalama yaşı  $6,81 \pm 5,57$  yıl olduğu belirlenmiştir. Hasta çocukların %27’si 1 yaştan küçüktür ve %55,3’ü erkektir.

Ebeveynlerin %52,6’sı hasta çocuğun annesi olup, %47,4’ü hasta çocuğun babasıdır. Ebeveynlerin eğitim düzeylerine bakıldığında; %44,7’si üniversite mezunu olduğu görülmüştür. Ebeveynlerin %37,5’inin 2 çocuğu olup, %31,6’sı ev kadınıdır ve %57,9’unun geliri gideri kadardır. Ebeveynlerin çoğunluğunun (%55,9) Ankara içinde ikamet ettiği, çocuklarının (%66,4) hastaneye acil olarak başvuru yaptığı, çocuğu yoğun bakımdayken hastane içinde kaldıkları (%53,3) ve hastane içinde koridordaki bekleme koltuklarını (%54,3) kullandıkları saptanmıştır. Ebeveynlerin sadece %2,6’sında fiziksel /ruhsal bir hastalık mevcutken, %5,3’ünün başka hasta çocuğu da bulunmaktadır.

Araştırma kapsamındaki çocukların yoğun bakımda kalış süresi 1-152 gün arasında değişmekte olup, ortalama yatış süresinin  $11,48 \pm 24,22$  gün olduğu belirlenmiştir. Çocukların %52,6’sının 1-3 gün arası süre ile YBÜ’nde kaldığı, YBÜ’ne yatış yapılan bölümün çoğunlukla çocuk hastalıkları bilim dalı (%54,3) olduğu görülmüştür (Tablo 4.1).

Tablo 4.2’de ebeveynlerin DAS-21 ölçeği bulgularına yönelik tanımlayıcı bulgular görülmektedir.

**Tablo 4.2:** Ebeveynlerin DAS-21 ölçeğine yönelik tanımlayıcı bulgular (n=152).

Boyutlar	Min.	Maks.	X±SS	Cronbach Alfa
Stres	0	17	5,78±3,78	0,78
Anksiyete	0	19	5,56±3,84	0,78
Depresyon	0	19	6,64±3,85	0,79

Buna göre araştırma kapsamındaki ebeveynlerin stres puan ortalamasının  $5,78 \pm 3,78$ , anksiyete puan ortalamasının  $5,56 \pm 3,84$  ve depresyon puan ortalamasının ise  $6,64 \pm 3,85$  olduğu belirlenmiştir. Ölçek boyutlarının iç tutarlılık katsayıları değerlendirildiğinde; stres boyutu Cronbach Alfa değeri 0,78, anksiyete boyutu Cronbach Alfa değeri 0,78 ve depresyon boyutu Cronbach Alfa değeri 0,79 olarak belirlenmiştir. Bu kapsamda araştırmada kullanılan DAS-21 ölçeğinin içsel tutarlılığının olduğu değerlendirilmektedir.

Tablo 4.3'te ebeveynlerin stres düzeylerinin sosyodemografik ve hasta çocuklarının tedavi süreci özellikleri açısından değerlendirilmesine yönelik bulgular yer almaktadır.

**Tablo 4.3:** Ebeveynlerin stres düzeylerinin sosyodemografik ve hasta çocuklarının tedavi süreci özellikleri açısından değerlendirilmesi (n= 152).

Sosyodemografik Özellikler		n	Ortanca (Min-Maks).	X±SS	p	Post- Hoc
<b>Hasta Çocuğun Yaşı</b> (3 Ay-17 Yıl Arası) 6,81(±5,57)	1 Yaştan Küçük	41	5,0(0-11)	5,27±3,86	0,558 <sup>H</sup>	-
	1-5 Yaş Arası	34	5,0(2-17)	6,47±4,04		
	6-10 Yaş Arası	26	6,5(0-11)	5,73±3,40		
	11 Yaş ve Üzeri	50	5,0(0-17)	5,80±3,78		
<b>Hasta Çocuğun Cinsiyeti</b>	Kadın	68	5,0(2-17)	6,29±3,64	0,098 <sup>U</sup>	-
	Erkek	84	5,0(0-15)	5,37±3,85		
<b>Yakınlık Durumu</b>	Annesi	80	6,0(2-17)	6,14±3,66	0,164 <sup>U</sup>	-
	Babası	72	5,0(0-17)	5,39±3,89		
<b>Öğrenim Durumu</b>	İlköğretim	41	4,0(0-12)	5,73±3,74	0,098 <sup>H</sup>	-
	Lise	43	6,0(0-17)	4,93±3,78		
	Üniversite	68	5,0(0-17)	6,35±3,75		
<b>Çocuk Sayısı</b>	1	40	5,0(0-13)	5,73±3,60	0,976 <sup>H</sup>	-
	2	57	7,0(0-17)	5,93±4,13		
	3	44	4,0(2-17)	5,64±3,70		
	4 ve Üstü	11	5,0(2-11)	5,82±3,19		
<b>Uğraş</b>	İşsiz	10	8,0(0-9)	5,80±4,61	0,487 <sup>H</sup>	-
	Ev kadını	48	5,0(2-17)	5,48±3,76		
	İşçi	38	5,0(0-12)	5,74±3,83		
	Memur	39	7,5(2-17)	6,62±3,81		
	Serbest meslek	17	5,0(0-9)	4,82±3,11		
<b>Gelir Durumu</b>	Gelir Giderden Fazla	23	8,0(3-15)	7,00±3,66	0,026 <sup>H</sup>	>0,05
	Gelir Gider Kadar	88	5,0(0-17)	5,03±3,20		
	Gelir Giderden Az	41	6,0(0-17)	6,71±4,62		
<b>İkamet Yeri</b>	Ankara İçi	85	5,0(0-17)	5,82±3,96	0,952 <sup>U</sup>	-
	Ankara Dışı	67	5,5(2-17)	5,73±3,57		
<b>Hastaneye Geliş Şekli</b>	Acil	101	6,0(0-15)	5,78±3,66	0,793 <sup>U</sup>	-
	Planlı	51	4,0(0-17)	5,78±4,04		
<b>Çocuk Yoğun Bakımda İken Ebeveynin Kalış Yeri</b>	Hastane İçi	81	5,0(0-17)	5,91±3,80	0,659 <sup>U</sup>	-
	Hastane Dışı	71	6,0(0-17)	5,63±3,78		
<b>Hastanede Kalınan Yer</b>	Koridordaki Bekleme Koltuklarında	44	5,0(0-15)	5,89±4,00	0,826 <sup>H</sup>	-
	Anne Odasında	17	5,5(2-17)	6,24±3,40		
	Arabada	20	5,0(0-17)	5,70±3,81		
	<i>Toplam</i>	81				
<b>Çocuğun Yoğun Bakım Ünitesinde Kaldığı Gün Sayısı</b>	1-3 Gün Arası	80	5,0(0-17)	5,96±3,77	0,773 <sup>H</sup>	-
	4-15 Gün Arası	52	5,5(0-17)	5,35±3,53		
	16-45 Gün Arası	9	7,0(0-12)	6,56±5,17		
	46 Günden Fazla	11	5,0(2-11)	5,91±4,04		

U: Mann Whitney U Testi, H: Kruskal Wallis Testi (Post Hoc analiz olarak Bonferroni düzeltmesi ile Mann Whitney U testi kullanılmıştır) \*\*\* p<0,001, \*\*p<0,01, \*p<0,05

Buna göre ebeveynlerin stres düzeylerinde araştırma kapsamındaki sosyodemografik ve hasta çocuklarının tedavi süreci özellikleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir (p>0,05).

Tablo 4.4'te ebeveynlerin anksiyete düzeylerinin sosyodemografik ve hasta çocuklarının tedavi süreci özellikleri açısından değerlendirilmesine yönelik bulgular yer almaktadır.

**Tablo 4.4:** Ebeveynlerin anksiyete düzeylerinin sosyodemografik ve hasta çocuklarının tedavi süreci özellikleri açısından değerlendirilmesi (n=152).

Sosyodemografik Özellikler		n	Ortanca (Min-Maks).	X±SS	p	Post-Hoc
<b>Hasta Çocuğun Yaşı</b> (3 Ay-17 Yıl Arası) 6,81(±5,57)	1 Yaştan Küçük	41	4,0(0-10)	4,83±3,04	0,259 <sup>H</sup>	-
	1-5 Yaş Arası	34	5,0(0-16)	6,41±4,21		
	6-10 Yaş Arası	26	3,5(0-13)	4,88±3,63		
	11 Yaş ve Üzeri	50	5,0(0-19)	5,98±4,21		
<b>Hasta Çocuğun Cinsiyeti</b>	Kadın	68	5,0(0-19)	5,91±4,15	0,479 <sup>U</sup>	-
	Erkek	84	5,0(0-16)	5,27±3,56		
<b>Yakınlık Durumu</b>	Annesi	80	6,0(0-19)	6,43±3,85	<0,001 <sup>U</sup>	-
	Babası	72	4,0(0-16)	4,60±3,61		
<b>Öğrenim Durumu</b>	İlköğretim	41	5,0(0-19)	5,76±3,99	0,664 <sup>H</sup>	-
	Lise	43	4,5(1-19)	5,23±3,72		
	Üniversite	68	5,0(0-16)	5,65±3,87		
<b>Çocuk Sayısı</b>	1	40	5,0(0-13)	5,15±3,32	0,694 <sup>H</sup>	-
	2	57	5,0(0-16)	5,61±4,05		
	3	44	6,0(2-19)	5,89±3,54		
	4 ve Üstü	11	3,0(1-19)	5,45±5,72		
<b>Uğraş</b>	İşsiz	10	13,0(0-13)	7,00±4,94	0,030 <sup>H</sup>	1-2*
	Ev kadını	48	5,5(0-19)	6,27±4,18		
	İşçi	38	3,5(0-16)	4,08±3,24		
	Memur	39	5,5(1-16)	6,03±3,84		
	Serbest meslek	17	5,0(1-9)	4,94±2,44		
<b>Gelir Durumu</b>	Gelir Giderden Fazla	23	6,0(5-14)	6,83±3,97	0,016 <sup>H</sup>	>0,05
	Gelir Gider Kadar	88	4,0(0-16)	4,76±3,36		
	Gelir Giderden Az	41	5,5(0-19)	6,56±4,36		
<b>İkamet Yeri</b>	Ankara İçi	85	5,0(0-16)	5,41±3,36	0,838 <sup>U</sup>	-
	Ankara Dışı	67	5,0(1-19)	5,75±4,11		
<b>Hastaneye Geliş Şekli</b>	Acil	101	5,0(0-19)	5,60±3,60	0,498 <sup>U</sup>	-
	Planlı	51	4,0(0-19)	5,47±4,31		
<b>Çocuk Yoğun Bakımda İken Ebeveynin Kalış Yeri</b>	Hastane İçi	81	5,0(0-19)	5,72±4,09	0,769 <sup>U</sup>	-
	Hastane Dışı	71	5,0(1-19)	5,38±3,55		
<b>Hastanede Kalınan Yer</b>	Koridordaki Bekleme Koltuklarında	44	5,0(0-19)	6,02±4,26	0,316 <sup>H</sup>	-
	Anne Odasında	17	5,0(0-19)	6,18±4,59		
	Arabada	20	4,0(1-16)	4,65±3,17		
	<i>Toplam</i>	81				
<b>Çocuğun Yoğun Bakım Ünitesinde Kaldığı Gün Sayısı</b>	1-3 Gün Arası	80	5,0(0-19)	5,69±3,75	0,830 <sup>H</sup>	-
	4-15 Gün Arası	52	5,0(0-19)	5,27±3,96		
	16-45 Gün Arası	9	6,0(0-10)	6,33±4,56		
	46 Günden Fazla	11	4,5(2-9)	5,36±3,75		

U: Mann Whitney U Testi, H: Kruskal Wallis Testi (Post Hoc analiz olarak Bonferroni düzeltmesi ile Mann Whitney U testi kullanılmıştır), \*\*\* p<0,001, \*\*p<0,01, \*p<0,05

Buna göre anne ebeveynlerin anksiyete düzeyinin (6,43±3,85) baba ebeveynlere göre (4,60±3,61) (p<0,01), işsiz ebeveynlerin anksiyete düzeyinin (7,00±4,94), ev kadını olan ebeveynlere göre (6,27±4,18) (p<0,05) istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ancak ebeveynlerin anksiyete düzeylerinde diğer sosyodemografik ve hasta çocuklarının tedavi süreci özellikleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür (p>0,05).

Tablo 4.5'te ebeveynlerin depresyon düzeylerinin sosyodemografik ve hasta çocuklarının tedavi süreci özellikleri açısından değerlendirilmesine yönelik bulgular yer almaktadır.

**Tablo 4.5:** Ebeveynlerin depresyon düzeylerinin sosyodemografik ve hasta çocuklarının tedavi süreci özellikleri açısından değerlendirilmesi (n=152).

Sosyodemografik Özellikler		n	Ortanca (Min-Maks).	X±SS	p	Post-Hoc
<b>Hasta Çocuğun Yaşı</b> (3 Ay-17 Yıl Arası) 6,81(±5,57)	1 Yaştan Küçük	41	6,0(1-11)	6,83±4,12	0,297 <sup>H</sup>	-
	1-5 Yaş Arası	34	7,0(1-16)	7,41±3,59		
	6-10 Yaş Arası	26	6,0(1-12)	5,88±3,14		
	11 Yaş ve Üzeri	50	6,0(0-19)	6,42±4,12		
<b>Hasta Çocuğun Cinsiyeti</b>	Kadın	68	6,0(1-19)	6,65±3,96	0,901 <sup>U</sup>	-
	Erkek	84	6,0(0-15)	6,63±3,78		
<b>Yakınlık Durumu</b>	Annesi	80	6,0(2-19)	7,10±3,73	0,051 <sup>U</sup>	-
	Babası	72	5,5(0-16)	6,13±3,93		
<b>Öğrenim Durumu</b>	İlköğretim	41	6,0(0-19)	7,20±4,39	0,672 <sup>H</sup>	-
	Lise	43	6,0(1-18)	6,33±3,71		
	Üniversite	68	6,0(1-16)	6,50±3,59		
<b>Çocuk Sayısı</b>	1	40	8,0(0-13)	7,08±3,60	0,444 <sup>H</sup>	-
	2	57	6,0(1-16)	6,16±3,50		
	3	44	6,0(1-18)	6,75±4,01		
	4 ve Üstü	11	6,0(1-19)	7,09±5,72		
<b>Uğraş</b>	İşsiz	10	10,0(1-11)	7,80±5,73	0,355 <sup>H</sup>	-
	Ev kadını	48	6,0(1-19)	7,42±3,84		
	İşçi	38	6,0(0-15)	6,16±4,08		
	Memur	39	6,0(1-16)	6,13±3,25		
	Serbest meslek	17	7,0(3-12)	6,00±3,16		
<b>Gelir Durumu</b>	Gelir Giderden Fazla	23	6,0(3-13)	7,26±3,52	<b>0,003<sup>H</sup></b>	<b>2-3**</b>
	Gelir Gider Kadar	88	6,0(0-16)	5,70±3,21		
	Gelir Giderden Az	41	6,5(1-19)	8,29±4,65		
<b>İkamet Yeri</b>	Ankara İçi	85	6,0(0-16)	6,26±3,61	0,185 <sup>H</sup>	-
	Ankara Dışı	67	6,5(1-19)	7,12±4,10		
<b>Hastaneye Geliş Şekli</b>	Acil	101	6,0(1-19)	6,56±3,63	0,955 <sup>U</sup>	-
	Planlı	51	6,0(0-18)	6,78±4,28		
<b>Çocuk Yoğun Bakımda İken Ebeveynin Kalış Yeri</b>	Hastane İçi	81	6,0(0-19)	6,72±3,95	0,734 <sup>H</sup>	-
	Hastane Dışı	71	6,0(1-19)	6,55±3,74		
<b>Hastanede Kalınan Yer</b>	Koridordaki Bekleme Koltuklarında	44	6,5(0-19)	7,36±4,02	<b>0,027<sup>H</sup></b>	<b>1-3**</b>
	Anne Odasında	17	6,0(4-18)	7,18±3,49		
	Arabada	20	3,0(1-16)	4,90±3,80		
	<i>Toplam</i>	81				
<b>Çocuğun Yoğun Bakım Ünitesinde Kaldığı Gün Sayısı</b>	1-3 Gün Arası	80	6,0(2-18)	6,53±3,36	0,175 <sup>H</sup>	-
	4-15 Gün Arası	52	6,0(1-19)	6,12±3,91		
	15-45 Gün Arası	9	10,5(0-13)	8,22±4,76		
	46 Günden Fazla	11	5,5(1-11)	8,64±5,46		

U: Mann Whitney U Testi, H: Kruskal Wallis Testi (Post Hoc analiz olarak Bonferroni düzeltmesi ile Mann Whitney U testi kullanılmıştır), \*\*\* p<0,001, \*\*p<0,01, \*p<0,05  
\*\*\*n=81 alınmıştır.

Buna göre ebeveynlerin depresyon düzeyinde geliri giderinden az olanların depresyon puan ortalamasının (8,29±4,65), geliri gideri kadar olan ebeveynlere göre (5,70±3,21) (p<0,01), çocuğunun tedavi sürecinde koridordaki bekleme koltuğunda kalanların (7,36±4,02), arabada kalanlara göre (4,90±3,80) (p<0,05) istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ancak ebeveynlerin depresyon düzeyinde diğer sosyodemografik ve hasta çocuklarının tedavi süreci özellikleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür (p>0,05).

**Tablo 4.6:** Stres, anksiyete ve depresyon boyutlarının ilişkisi

		<b>Anksiyete</b>	<b>Depresyon</b>
<b>Stres</b>	<b>r</b>	0,704	0,742
	<b>p</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Anksiyete</b>	<b>r</b>	1	0,715
	<b>p</b>		<b>&lt;0,001</b>

Pearson Korelasyon testi

Tablo 4.6’da ebeveynlerin stres, anksiyete ve depresyon boyutlarının ilişki düzeyi incelenmiştir. Korelasyon analizi sonucunda stres ve anksiyete arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde ilişki olduğu ( $r= 0,704$   $p=<0,001$ ), stres ve depresyon arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde ilişki olduğu ( $r= 0,704$   $p=<0,001$ ), anksiyete ve depresyon arasında ise pozitif yönlü yüksek düzeyde ilişki olduğu ( $r= 0,704$   $p=<0,001$ ) saptanmıştır.

## 5. TARTIŞMA

Bu araştırma ile çocuğu YBÜ'nde yatan ebeveynlerin stres, anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmada ebeveynlerin stres puan ortalamasının  $5,78 \pm 3,78$  (0-17), anksiyete puan ortalamasının  $5,56 \pm 3,84$  (0-19) ve depresyon puan ortalamasının  $6,64 \pm 3,85$  (0-19) olduğu bulunmuştur. Bu ortalamalar DAS-21 puan tablosuna göre yorumlandığında ebeveynlerin anksiyete ve depresyon düzeyleri hafif düzey, stres düzeyleri ise normal düzeydedir (Tablo 4.2). Literatür incelendiğinde Akbaş ve arkadaşlarının (2019) YYBÜ'nde bebeği yatan ebeveynlerin anksiyete ve depresyon düzeylerini inceledikleri çalışmada orta düzeyde anksiyete ve hafif düzeyde depresyon yaşadıklarını bulmuşlardır (143). Açıköz ve arkadaşlarının (2017) pediatri servislerinde çocuklarına refakat eden annelerin depresyon, anksiyete, stres düzeylerini inceledikleri çalışmada annelerin %25,3'ünün normalden yüksek düzeyde depresyon, %32,6'sının anksiyete ve %25,6'sının stres yaşadığını belirtmişlerdir (144). Bir çocuğun YBÜ'ne yatışına gereksinim duyacak kadar ciddi bir hastalığının olması ebeveynler için oldukça yıpratıcı bir süreç olup, en zorlu ve stres yüklü ebeveynlik deneyimlerinden biridir. Bu süreçte çocuğa yaşamsal destek sunan YBÜ ise ebeveynler için kontrollerinin dışında, karmaşık bir alandır. YBÜ'nin stres verici özelliklerine ek olarak, çocuğun yaşamsal olarak kritik durumda olması, ebeveynin bu süreçte zorunlu olarak çocuğundan uzak kalması, çocuğun yaşadıklarına eşlik edememesi ebeveynlerin stres ve anksiyete yükünü artırabilmekte, bu zorlu süreç devam ettikçe artan sorunlar nedeniyle depresyon meydana gelebilmektedir (145, 146).

Araştırmada ebeveynlerin stres düzeyi 'normal' sınırlar içinde çıkmış, araştırma kapsamında incelenen değişkenler açısından anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ( $p > 0,05$ ) (Tablo 4.3). ÇYBÜ, çoğu ebeveyn için oldukça stresli bir ortamdır (39). Yoğun bakım ortamının özel yapısı nedeniyle çocuklar ve ebeveynleri için korkutucu olabilen bir yer olduğu bilinmektedir. ÇYBÜ'ndeki ebeveynler için en büyük stres etkenlerin çocuğundan fiziksel olarak ayrı kalmanın ve ebeveyn rolünün değişmesinin veya kaybedilmesinin olduğu bildirilmektedir (31, 33, 47, 73). Shudy ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan sistematik bir literatür taramasında ÇYBÜ'sinde çocuğu yatan ebeveynlerin stres düzeyinin arttığı, annelerin babalardan daha yüksek düzeyde strese sahip olduğu bildirilmiştir (147). Kumar ve Avabratha (2015) ise Mangalore'deki bir ÇYBÜ'de ebeveyn stresini inceledikleri

çalışmada ebeveynlerin stres düzeyinin normalden yüksek olduğu bulunmuş, sosyoekonomik durum ve çocuk sayısı gibi değişkenlerin ebeveyn stresinde etkili olmadığı ifade edilmiştir (13). Malm-Buatsi (2015) spina bifida tanılı çocukların ebeveynlerinin ruh sağlığını incelediği çalışmasında sosyoekonomik durumun, eğitim düzeyinin ve çalışma durumunun stresle pozitif yönlü bir ilişkisi olduğunu ifade etmiştir (148). Montiroso ve arkadaşları (2012) çocuğu YBÜ’ünde yatan ebeveynlerin stresini araştırdıkları çalışmada ebeveynlerin stres düzeyini yüksek bulmuşlardır. Bu yüksek düzeydeki strese ebeveynlerin rollerini yerine getirememelerinin neden olabileceğini ifade etmişlerdir (149). Mutluay (2019) YBÜ’ünde bebeği yatan ebeveynlerin stres düzeylerini araştırdığı çalışmasında ebeveynlerin stres düzeyinin eğitim düzeyinden, çalışma durumundan ve gelir düzeyinden etkilendiğini bulmuşlardır (150). Unesi ve arkadaşları (2017) ebeveyn stresini araştırdıkları bir çalışmada eğitim düzeyi ile ebeveynin stres düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığını ancak eğitim düzeyi düşük ebeveynlerin stres düzeyinin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (151). Literatürde sıklıkla ebeveynlerin çocuğu yoğun bakımda yataken stres düzeyinin yüksek olduğu, bu araştırmada ise stresin normal düzeyde olduğu görülmüştür. Bu farklılığın yoğun bakıma özgü stresörlerin iyi yönetilmesinden ve ebeveyn ihtiyaçlarının sağlık ekibi tarafından karşılanmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Araştırma köklü bir üniversite hastanesinde gerçekleşmekte ve ÇYBÜ’nde bu alanda uzman olan bir sağlık ekibi görev yapmaktadır. Bu doğrultuda ebeveynlerin stresinin normal düzeyde olmasının; ebeveyn ziyaretlerinin mümkün olduğunca uzun tutulmasından, gerekli tedbirler alınarak ebeveyn çocuk iletişiminin artırılmasından, hemşire- hekim aracılığıyla ebeveynlerin sıkça bilgilendirilmesinden ve ebeveynlerin ihtiyaç duyduğu anda sağlık ekibine kolayca ulaşabilmesinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Araştırmada incelenen bir diğer ruhsal belirti anksiyetedir. Ebeveynlerin anksiyete düzeyleri incelendiğinde; genel olarak hafif düzeyde anksiyeteye sahip oldukları, annelerin, babalara göre ( $p<0,01$ ); işsiz ebeveynlerin, ev kadını olanlara göre ( $p<0,05$ ) daha yüksek düzeyde anksiyete yaşadıkları saptanmıştır (Tablo 4.4). YBÜ’ne yatış hem çocuk için hem ebeveynler için daha önceden hazırlıklı olmayı imkânsız kılan, sürecin nasıl ilerleyeceği hakkında öngörüsüz bırakan bir deneyimdir ve bu durumla karşı karşıya kalan ebeveynler kendilerini çaresiz, endişeli, kederli hissedebilmektedir (12). Çocuk YBÜ’sine girdiği andan itibaren ebeveynler üstlendikleri anne-baba rolünü kaybetmekte ve bu rolü sağlık çalışanları üstlenmektedir. Yaşanılan bu rol kaybı, çocuğunu kaybetme korkusu, prognozdaki belirsizlik gibi etkenlerin ebeveynlerde yoğun anksiyeteye neden olduğu bilinmektedir (73,

76- 78, 79, 82). Literatürde bu araştırmanın bulgusuna paralel şekilde annelerin anksiyete düzeyinin babalara kıyasla yüksek olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur. Çalışır ve arkadaşlarının (2008) YYBÜ’de bebeği yatan ebeveynlerin anksiyete düzeylerine yönelik çalışmasında anne ve babaların anksiyete puanları arasında anlamlı fark olduğunu bildirmiştir (19). Açıköz ve arkadaşlarının (2019) çocuğu hastanede yatan annelerde anksiyete düzeyini inceledikleri çalışmada annelerin anksiyete düzeyinin, babaların anksiyete düzeyinden daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (144). Toros ve arkadaşlarının (2002) ise kronik hastalığı olan çocukların anne ve babalarındaki anksiyete düzeyini inceledikleri çalışmada annelerin anksiyete puanlarının babaların anksiyete puanlarından daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (152). Bu durumun cinsiyet özelliğinden, toplumsal cinsiyet rollerinden ve çocuklara birincil bakımın genellikle anneler tarafından sağlanmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Çocuğun doğum öncesi süreçten başlayarak, doğum sonrasında da anneye paylaşımı babaya göre daha fazla olmaktadır. Çocuk büyürken verilen bakım sürecinde de annelerin babaya göre çocukla daha fazla vakit geçirmesi ve paylaşımının daha fazla olması, babanın yine cinsiyet rolü gereği ev dışında daha fazla rollerinin olması ve zaman geçirmesi söz konusu olmaktadır. Çocuğun yoğun bakıma yatması ile annelerin bu bakıma zorunlu olarak ara vermesi, çocuğunu istediği zaman görememesi ve onu kaybetme korkusunu daha yoğun yaşamasının bu farklılığa yol açtığı söylenebilir.

Ebeveynlerin anksiyete düzeyini etkileyen bir diğer değişken uğraştır. Araştırmada işsiz ebeveynlerin, ev kadını olanlara göre daha yüksek düzeyde anksiyete yaşadıkları saptanmıştır. Akbaş ve arkadaşlarının (2019) YYBÜ’nde bebeği yatan ebeveynlerin anksiyete düzeyini incelediği çalışmada ebeveyn mesleğinin ebeveynlerin anksiyete düzeyini etkilemediğini belirtmişlerdir (143). Oğul’un (2019) çocuğu YBÜ’nde yatan annelerin anksiyete düzeylerini incelediği çalışmasında annelerin çalışma durumu ile anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmadığını ifade etmiştir (7). Çabuk ve Kostanoğlu (2020) çocuğu YBÜ’nde yatan annelerin anksiyete düzeyinin incelenmesi amacıyla yaptığı çalışmada da annelerin anksiyete düzeylerinde meslek durumu açısından bir fark olmadığını belirtmiştir (16). Bu çalışmada ebeveynlerin anksiyete düzeyinin uğraşlarına göre farklılık yarattığı ve işsiz ebeveynlerin daha yüksek anksiyeteye sahip olduğu görülmektedir. Literatürde sıklıkla anne rolünde olan ebeveynlerin araştırmanın örneklemini olduğu, bu araştırmada ise farklı olarak anne ve babaların birlikte örnekleme yer aldığı, özellikle baba rolündeki erkek ebeveynlerin cinsiyet rolü gereği ‘para kazanma, bir



işte çalışmaya' yönelik eril rolleri benimsemesiyle, işsizlik durumunun daha fazla anksiyeteye yol açtığı söylenebilir. Ayrıca işsizlik ile gelirin düşmesi söz konusu olmakta, YBÜ'ne aile üyelerinden birinin yatması ile ortaya çıkan ekonomik yük işsizlik durumunda daha yoğun hissedilmekte ve bu durum anksiyetenin artmasına katkı sağlayabilmektedir.

Depresyon belirtisi ruhsal hastalıklar içinde en yaygın görülen belirtilerden biridir. Araştırmada ebeveynlerin depresyon düzeyleri incelendiğinde; geliri giderinden az olanların, geliri gideri kadar olanlara göre ( $p<0,01$ ), çocuğunun tedavi sürecinde hastane koridorundaki bekleme koltuğunda kalanların, arabada kalanlara göre ( $p<0,05$ ) daha yüksek düzeyde depresyonu olduğu görülmüştür. Çocuğun takip ve tedavi amacıyla ÇYBÜ'sine yatırılmasıyla birlikte çocuklarının tıbbi durumunun bilinmezliği kadar aile içi sorunlar da ebeveynlerin yaşamlarını zorlaştırmaktadır. Çocuğun yoğun bakıma yatması ile birlikte günlük rutinleri ve rolleri değişen ebeveynlerin, iş, sosyal ve bireysel yaşamları aniden değişmekte ve diğer çocukların bakımından, ekonomik zorluklara kadar pek çok sorunla yüzleşmektedirler. Ebeveynlerin kişilik özellikleri, baş etme becerileri ve sahip olduğu sosyal destek sistemleri önem kazanmakta, yoğun stres ve anksiyete ile karşılaşmaktadırlar. Yoğun bakıma yatma ile ortaya çıkan ve iyi yönetilemeyen bu stresörler depresyon başta olmak üzere çeşitli psikolojik rahatsızlıklara yol açabilmektedir (23, 153, 154). Torun'un (2019) hastası uzun süre YBÜ'sinde yatan ailelerin deneyimlerini ele aldığı çalışmada hasta yakınlarının sosyal izolasyon, ekonomik zorluklar, üzüntü, stres ve korku gibi psikolojik sıkıntılar yaşadıklarını belirlemiştir (155). Hasırcı (2021) ÇYBÜ'nde çocuğu yatan ebeveynlerin ihtiyaçlarının ve yaşadıkları zorlukların belirlenmesi amacıyla yaptığı bir çalışmada ebeveynlerin %32,6'sının yoğun bakım süreci nedeniyle ekonomik sıkıntı yaşadığını belirtmiştir (156). Çeşitli araştırmalar, depresyon insidansının ve prevalansının sosyoekonomik düzey ile ilişkili olduğunu ve düşük sosyoekonomik düzeydeki bireylerde daha yüksek düzeyde depresyonu olduğunu göstermiştir (157, 158). Çalışmamızda da literatüre benzer şekilde ebeveynlerin depresyon düzeyinde gelir durumları açısından farklılık olduğu, geliri giderinden az ebeveynlerin, geliri gideri kadar olan ebeveynlere göre daha yüksek depresyonu olduğu bulunmuştur. Bu durumun kazanılan gelirin artması ile yaşam koşullarının değişmesinden ve konfor alanının artmasından kaynaklı olduğu, ebeveynlerin düşük sosyoekonomik düzeyde zaten zorlu yaşam koşulları içindeyken, çocuğun yoğun bakım ünitesine yatışının getirdiği ek harcamaların ebeveynlerde ekonomik zorlanmaları daha artırdığı ve psikolojik açıdan olumsuz etkilenmelerine neden olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada depresyon düzeyinin hastanede kalınan yer ile farklılaştığı ve hastane koridorundaki bekleme koltuğunda kalanların, arabada kalan ebeveynlere göre depresyon düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.5). Yoğun bakıma alınan çocuğun durumunun kritik olması, her an kötü bir şey olacak endişesi, çocuğuna yakın olma isteği gibi nedenlerle ebeveynler hastane içerisinde kalabilmektedirler. Bu süreçte ebeveynler duygusal zorlanmalar yaşayabilmekte, hastane içerisinde kalacak yer bulmakta sıkıntı çekeabilmekte, mahremiyetleri olumsuz etkilenmekte, sosyal yaşantıları ve iş yaşamları kesintiye uğramakta ve psikolojik sıkıntılar eşlik edebilmektedir (8, 9, 18, 75). Bir çalışmada çocuğun hastalanması ve yoğun bakıma yatışı esnasında hasta yakınlarının sürekli hastaneye gelip gittiğini, zamanlarının büyük bir kısmının ev ile hastane arasında geçtiğini, kendilerine yeteri kadar zaman ayıramadıklarını belirlemiştir (155). Hasırcı (2021) ise ebeveynlerin %50,6'sının sürekli hastanede ya da yakınında olmalarının sosyal yaşamlarını olumsuz etkilediğini belirtmiştir (156). Ovacık'ın (2012) Mersin'de çocuğu ÇYBÜ'nde yatan ebeveynlerin gereksinimlerini ele aldığı çalışmasında ebeveynlerin %52'sinin Mersin içinde, %48'inin Mersin dışında ikamet ettiğini ve Mersin dışında ikamet eden ebeveynlerden çocuğu YBÜ'sinde kalma süresince %25'inin yakının yanında, %61'inin hastane bahçesinde kaldığını ve %14'ünün yakın ilçelerde oldukları için evlerine gidiş-dönüş yaptıklarını belirtmiştir. Ebeveynlerden %8'inin çocuğu YBÜ'sinde kaldığı sürece arabada, %52'sinin bankta uyduğunu, hiç birisinin anne odasında uyumadığını ve %66'sının uyuyacak yer bulmakta zorlandığını belirtmiştir (25). Bu çalışmada da literatüre benzer şekilde ebeveynlerin %44,1'i Ankara dışında, %55,9'u Ankara içinde ikamet etmektedir. Çocuğu yoğun bakımda iken hastane içinde kalan ebeveynlerin oranı %53,3'tür. Hastane içinde kalanların ise %54,3'ü koridordaki bekleme koltuklarında, %21'i anne odasında ve %24,7'si arabada kalmaktadır. Bu durumun hem çocuğun durumunun kritik olması ve her an kötü bir haber alma kaygısı ile çocuğuna en yakın yerde bulunma arzusundan hem de ekonomik imkân yetersizliği sonucunda bir mecburiyet nedeniyle ortaya çıktığı görülmektedir. Günlük yaşam rutinleri hastanede kalma nedeniyle değişikliğe uğrayan ebeveynlerin halka açık bir alan olan koridorda kalması ve rahat olmayan bir koltukta uyuması hem mahremiyetlerini hem dinlenmelerini olumsuz etkilemekte hem de fiziksel ihtiyaçlarını gidermede sorunlar ortaya çıkmasına yol açmakta, bu durum psikolojik olarak bireylerin daha çok zorlanmasına neden olduğu düşünülebilir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin stres, anksiyete ve depresyon boyutlarının ilişki düzeyi incelendiğinde ise stres, anksiyete ve depresyon arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde ilişki

olduğu saptanmıştır ( $p<0,001$ ) (Tablo 4.6). Depresyon ve anksiyete arasında yakın bir ilişki olduğu klinik uzmanlar tarafından aktarılmaktadır (159). Stresin iyi yönetilemediğinde, depresyon ve anksiyete gibi psikolojik rahatsızlıklara sebep olabildiği de bilinmektedir (160). Akın ve Çetin'in (2007) çalışmasında da stres, anksiyete ve depresyon arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde ilişki olduğu görülmüştür (161). Öz ve arkadaşlarının (2019) otizimli çocuğu olan annelerin depresyon ve anksiyete düzeylerini inceledikleri çalışmada depresyon puanı ile anksiyete puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon bulmuşlardır (162). Kurt ve arkadaşlarının (2022) ebeveynlerin anksiyete ve depresyon düzeylerini inceledikleri bir çalışmada da ebeveynlerin depresyon ve anksiyete puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (163). Araştırmada elde edilen bulgular literatürle uyumlu olup, ölçek boyutları arasında yüksek düzeyde pozitif korelasyon bulunmasının beklenen bir sonuç olduğu söylenebilir. Bu sonuçlar doğrultusunda ÇYBÜ'de yatan ebeveynler için stres ve anksiyetesinin giderilmesine yönelik yapılan her girişim depresyonu önleyici bir müdahale olarak da düşünülebilir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çocuğu ÇYBÜ’de yatan ebeveynlerin stres, anksiyete ve depresyon düzeyleri incelenmiş ve şu sonuçlar elde edilmiştir;

- Araştırma kapsamındaki ebeveynlerin stres düzeylerinin normal, anksiyete ve depresyon düzeylerinin hafif düzeyde olduğu saptanmıştır.
- Ebeveynlerden anne rolünde olanların babalara göre ve işsiz olanların ev kadını olanlara göre daha yüksek düzeyde anksiyete sahip olduğu görülmüştür.
- Ebeveynlerden geliri giderinden az olanların, geliri giderine eşit olanlara göre ve hastane koridorundaki koltukta konaklayanların arabada konaklayanlara göre depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Ebeveynlerin yaşadığı stres, anksiyete ve depresyon boyutları arasında ise pozitif yönlü yüksek düzeyde ilişki olduğu bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Çocuğun yoğun bakımda yatması ile ebeveynlerin anksiyete ve depresyon açısından risk altında olduğunu bilerek, sağlık ekibi tarafından koruyucu ve geliştirici ruh sağlığı girişimleri ile ebeveynlere destek olunması,
- Çocuğun yoğun bakımda yatması ile anne olan veya işsiz olan ebeveynlerin anksiyete yönünden risk altında olduğunun bilinmesi,
- Çocuğun yoğun bakımda yatması ile düşük gelire sahip olan veya hastane içinde koltukta konaklayan ebeveynlerin depresyon yönünden risk altında olduğunun bilinmesi,
- Hastane yönetiminin çocuğu YBÜ’nde olan hasta yakınları için hastanede konaklamalarına imkân verecek alanların artırması,
- Çocuğu yoğun bakımda yatan ebeveynlerin deneyimlerinin anlaşılmasını kolaylaştıracak nitel çalışmalar gibi ileri düzey çalışmaların yapılması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Er M. Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2006; 49(2): 155-168.
2. Günay O, Sevinç N, Arslantaş, EE. Hastanede yatan çocukların annelerinde durumluk ve sürekli anksiyete düzeyi ve ilişkili faktörler. Turkish Journal of Public Health. 2017; 15(3): 176-186.
3. Erdim L, Bozkurt G, Sevil İ. Annelerin çocuklarının hastaneye yatışından etkilenme durumlarının araştırılması. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2006; 9(3): 36-43.
4. Mitchell M, Chaboyer W, Burmeister E, Foster M. Positive effects of a nursing intervention on family-centered care in adult critical care. American Journal of Critical Care. 2009; 18(6): 543-552.
5. Karagözoğlu Ş, Özden D, Yıldız FT. Yoğun bakım ünitesinde hasta yakınlarının gereksinimleri. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci. 2014; 6(2): 102-11.
6. Karaböcüoğlu M, Köroğlu TF. Çocuk Yoğun Bakım Esasları ve Uygulamaları. İstanbul: Medikal Yayıncılık; 2008.
7. Oğul G. Çocuğu yoğun bakım ünitesinde yatan annelerin gereksinimlerinin, kaygı düzeylerinin ve başatme tarzlarının belirlenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Nevşehir: Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi; 2019.
8. Çavuşoğlu H. Hastaneye yatmanın çocuk ve aile üzerindeki etkileri. Çocuk Sağlığı Hemşireliği 9. Baskı, Ankara: Sistem Ofset Basımevi; 2008.
9. Akşit S, Cimete G. Çocuğu yoğun bakım ünitesine kabulünde annelere uygulanan hemşirelik bakımının annelerin anksiyete düzeyine etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2001; 5(2): 25-36.
10. Rennick JE, Dougherty G, Chambers C, Stremmer R, Childerhose JE, Stack DM, et al. Children's psychological and behavioral responses following pediatric intensive care unit hospitalization: the caring intensively study. BMC pediatrics. 2014; 14(1): 1-11.

11. Manav F. Kaygı kavramı. *Toplum Bilimleri Dergisi*. 2011; 5(9): 201-211.
12. Değirmenci GY. Çocuk hastanelerinde aile destek hizmetleri, ABD örneği. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2016; 3(1): 12-22.
13. Kumar B S, Avabratha KS. Parental stress: a study from a pediatric intensive care unit in mangalore. *International Journal of Contemporary Pediatrics*. 2015; 2(4): 401-405.
14. Gooding JS, Cooper L, Blaine A, Franck L, Howse J, Berns S. Family support and family-centered care in the neonatal intensive care unit: Origins, Advances, Impact. In *Seminars in Perinatology*. 2011; 35(1): 20-28.
15. Çelebioğlu A. Yenidoğanın hastaneye kabulünde ebeveynlerin duyguları ve hemşirelik yaklaşımı. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 2004; 1(1): 3-7
16. Çabuk B, Kostanoğlu A. Anxiety, depression and health profile in mothers with children in the pediatric intensive care unit. *Bezmialem Science*. 2020; 8(2): 150-155.
17. Oflaz F. Hasta çocuk ve ebeveynlerinin pediatrik yoğun bakım deneyimi ve travmatik stres. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2008; 12(1): 53-59.
18. Savaşer S, Mutlu S. Çocuğu ameliyat sonrası pediatrikte olan ebeveynlerde stres nedenleri ve azaltma girişimleri. *İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2007; 15(60): 179-182.
19. Çalışır H, Şeker S, Güler F, Anaç Taşçıoğlu G, Türkmen M. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan ebeveynlerin gereksinimleri ve kaygı düzeyleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2008; 12(1): 32-34.
20. Erdoğan S, Oto A, Boşnak M. Depression status in children's parents during hospitalization in the pediatric intensive care unit. *ACU Sağlık Bil Dergisi*. 2016; 6(2): 79-82.
21. Youngblut JM, Brooten D, Cantwell GP, Del Moral T, Totapally B. Parent health and functioning 13 months after infant or child NICU/PICU Death. *Pediatrics*. 2013; 132(5): 1295-1301.

22. Çekin B. Bir üniversite hastanesi yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematüre bebeği yatan ebeveynlerin stres düzeyi ve başatme yöntemleri [Yüksek Lisans Tezi]. Denizli: Pamukkale Üniversitesi; 2014.
23. Turhal A, Karaca A. Bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde tedavi altında olan annelerin yaşadıkları psikososyal sorunlar ve başa çıkma yöntemlerinin belirlenmesi: niteliksel bir araştırma. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2019; 9(3): 172-180.
24. Kaan E. Çocuk yoğun bakım ünitesinde takip edilen çocukların ebeveynlerinin başa çıkma tutumlarının depresyon ve anksiyete düzeyleri ile ilişkisi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Kayseri: Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2020.
25. Ovacık N. Çocuk yoğun bakım ünitesinde çocuğu yatan ebeveynlerin tanımladığı gereksinimlerin hemşire ve hekimler tarafından algılanması [Yüksek Lisans Tezi]. Mersin: Mersin Üniversitesi; 2012.
26. Sülü E. Yoğun bakımda yatan çocuk hastaların annelerinin manevi bakım (spiritüel) gereksinimleri [Yüksek Lisans Tezi]. İzmir: Ege Üniversitesi; 2006.
27. Ünver V. Yoğun bakım ünitesinde yatan hasta ailelerinin gereksinimlerinin saptanması ve ailenin bakıma katılım düzeyinin incelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 1998.
28. Aydınöglu B. Yoğun bakım ekibinde hemşire ve hasta bakımı. Yoğun Bakım Dergisi (Electronic Journal). 2007; 7(1): 26-30.
29. Yoğun bakım [İnternet]. 2019 [Erişim Tarihi: 24.05.2022]. Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr/>
30. T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü 03.04.2008 tarihli ve 11395 (2008/25) sayılı yoğun bakım ünitelerinin standartları genelgesi [İnternet]. 2016 [Erişim Tarihi: 24.05.2022]. Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,10979/yogun-bakim-uniterinin-standartlari-genelgesi-200853.html>
31. Marshall JC, Bosco L, Adhikari NK, Connolly B, Diaz JV, Dorman T, et al. What is an intensive care unit? A report of the task force of the world federation of societies of intensive and critical care medicine. Journal of Critical Care. 2017; (37): 270-276.

32. Kot, H. Çocuk yoğun bakım ünitesinde izlenen hastaların retrospektif değerlendirilmesi [Uzmanlık Tezi]. Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi; 2009.
33. Martinez RCKP, Rogado MIC, Serondo DJF, Soriano GP, Ilano KCS. Critical Care Nursing in the Philippines: Historical Past, Current Practices, and Future Directions. *Critical Care Nursing Clinics*. 2021; 33(1): 75-87.
34. Zaybak A, Çevik K. Yoğun bakım ünitesindeki stresörlerin hasta ve hemşireler tarafından algılanması. *Yoğun Bakım Dergisi*. 2015; 6: 4-9.
35. Akdeniz S, Ünlü H. Yoğun bakım hemşireliği. *Yoğun Bakım Dergisi (Electronic Journal)*. 2004; 4(3): 179-185.
36. İskit TA. Yoğun bakım hastası. *Yoğun Bakım Dergisi (Electronic Journal)*. 2007; 7(1): 9-10.
37. Hatipoğlu S. Cerrahi yoğun bakım hemşireliği ilkeleri. *Gülhane Tıp Dergisi (Electronic Journal)*. 2002; 44(4): 475-479.
38. Akpir K. Yoğun bakım serüveni: dün bugün. *Yoğun Bakım Derneği Dergisi*. 2002; 1: 6-12.
39. Pollack MM, Alexander SR, Clarke N, Ruttimann UE, Tesselaar HM, Bachulis AC. Improved outcomes from tertiary center pediatric intensive care: a statewide comparison of tertiary and nontertiary care facilities. *Critical Care Medicine*. 1991; 19(2): 150-159.
40. Çelik S. Yoğun bakım ünitesinde hasta kabul ve taburculuk. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2007; 11(2): 96-101.
41. Öztekin D, Akyolcu N. Yoğun bakım ünitelerinde fiziksel donanım ve planlama. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2003; 7: 31-37.
42. Çelikel T. Dünya’da ve Türkiye’de yoğun bakım uzmanlığı. *Yoğun Bakım Dergisi (Electronic Journal)*. 2001; 1(1): 5-9.
43. Singhi S. Pediatric intensive care: concept and issues. *Indian pediatrics*. 1995; 32(2): 147-154.



44. Köroğlu, TF. Pediatrik Yoğun Bakım Raporu Türkiye’de ocuk Yoğun Bakım Hizmetleri Mevcut Durum ve  neriler, İstanbul: ocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği; 2006.
45. Biket AP, Tönük S. ocuk yoğun bakım ünitelerinin tarihçesi ve günümüzde Türkiye’deki durumunun örneklerle incelenmesi. Sigma 4. 2012; 64-76.
46. Orhan MF, Yakut Hİ, İviz MA. ocuk yoğun bakım ünitesinde 2 yıl içinde yatan 938 olgumuzun değerlendirilmesi. Türkiye ocuk Hastalıkları Dergisi. 2012; 6(4): 228-231.
47. Sönmez S. Pediatrik yoğun bakım ünitesinde çocuğu yatan ailelerin saptadıkları gereksinimlerin hemşireler tarafından algılanması [Doktora Tezi]. İzmir: Ege Üniversitesi; 2002.
48. Köroğlu T, Karaböcüoğlu M. ocuk Yoğun Bakım Esaslar ve Uygulamalar. İstanbul: Medikal Yayıncılık; 2007.
49. Köroğlu TF, Bayrakçı B, Dursun O, Kendirli T, Yıldızdaş D, Karaböcüoğlu M. ocuk Yoğun Bakım Birimleri İçin Kılavuz: ocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği  nerileri Derleme. Türk Pediatrisi Arşivi. 2006; 41(3): 139-145.
50. Downes JJ. Development of pediatric critical care medicine how did we get here and why? In: Wheeler DS, Wong HR, Shanley TP (eds). Science and Practice of Pediatric Critical Care Medicine. London: Springer, 2009: 1-28.
51. Berthelsen PG, Cronqvist M. The first intensive care unit in the world: Copenhagen 1953. Acta Anaesthesiologica Scandinavica. 2003; 47(10): 1190-1195.
52. Kampschulte S. Development of a multidisciplinary pediatric intensive care unit, Critical Care Medicine. 1973; 1(6): 308-315.
53. Vittone SB. Ethics in the ICU. Critical Care Nursing Clinics of North America. 2002; 14: 157-163.
54. Erin LT, Katie RN and friends. A review of pediatric critical care in resource limited settings: A look at past, present and future directions. Frontiers in Pediatrics. 2016; 4: 3-5.
55. K roğlu, TF, Atasever S, Duman M. A survey of pediatric intensive care services in Turkey. The Turkish Journal of Pediatrics. 2008; 50(1): 12-17.

56. Ehihametalor K, Fisher LA, Bruce C, Aquart A, Minott J, Hanna C, et al. Guidelines for Intensive Care Unit Admission, Discharge and Triage. *West Indian Medical Journal*. 2019; 68(2): 46-54.
57. Thompson DR, Hamilton DK, Cadenhead CD, Swoboda SM, Schwindel SM, Anderson DC, et al. Guidelines for intensive care unit design. *Critical care medicine*. 2012; 40(5): 1586-1600.
58. İnal S, Akgün M. Hastanede yatan çocukta terapötik iletişim. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi (Electronic Journal)*. 2003; 6(2): 67-76.
59. Gönener D, Görak G. Okul yaş grubu çocukların hastane ve hastalığı ile ilgili bilgilendirme durumlarının endişe kaynakları ile etkileşimi. *Gaziantep Tıp Dergisi (Electronic Journal)*. 2009; 15(1): 41-48.
60. Ağdaş D. Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi pediatri servisinde yatan çocuk annelerinin hasta kabul işlemlerine ilişkin görüşleri ve hemşirelerden beklentileri [Yüksek Lisans Tezi]. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi; 2008.
61. Gültekin G, Baran G. Hastalık ve çocuk. *Aile ve Toplum Dergisi (Electronic Journal)*. 2005; 8(2): 54-61.
62. Handayani A, Daulima NHC. Parental presence in the implementation of atraumatic care during children's hospitalization. *Pediatric Reports*. 2020; 12(11): 11-14.
63. LaMontagne LL, Hepworth JT, Johnson D, Cohen F. Children's preoperative coping and its effects on postoperative anxiety and return to normal activity. *Nursing research*. 1996; 45(3): 141-147.
64. Yiğit R. Hastanede yatmanın çocuk ve aile üzerine etkileri. *Türk Hemşireler Dergisi*. 1997; 17(1): 21-28.
65. Erdeve Ö, Atasay B, Arslan S, Türmen T. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatış deneyiminin aile ve prematüre bebek üzerine etkileri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi (Electronic Journal)*. 2008; 51(2): 104-109.
66. Baker C. Preventing ICU syndrome in children. *Paediatric Nursing*. 2004; 16(10): 32-35.

67. Scragg P, Jones A, Fauvel N. Psychological problems following ICU treatment. *Anaesthesia*. 2001; 56(1): 9-14.
68. Lange PM. Family stress in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*. 2001; 29(10): 2025-2026.
69. Connolly D, Mcclowry S, Hayman L, Mahony L, Artman M. Post-traumatic stress disorder in children after cardiac surgery. *The Journal of Pediatrics*. 2004; 144(4): 480-484.
70. Last BF, Grootenhuis MA. Emotions, coping and the need for support in families of children with cancer: a model for psychosocial care. *Patient Education and Counseling*. 1998; 33: 169-179.
71. Sipahi B. Kanserli çocuğu olan annelerin kayęı depresyon düzeyleri ve duygu dışavurumlarının psikososyal açıdan incelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2001.
72. Sucu G, Cebeci F, Karazeybek E. Acil servisteki hasta yakınlarının gereksinimleri ve karşılanma durumu. *Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi*. 2009; 15(5): 413-481.
73. Hagstrom S. Family stress in pediatric critical care. *Journal of Pediatric Nursing*. 2017; 32: 32-40.
74. Molina MCR, Fonseca EL, Waidman MAP, Marcon SS. The family's perception of its presence at the pediatric and neonatal intensive care unit. *Rev. esc. Enferm (Elektronik Journal)*. 2009; 43(3): 630-638.
75. Holden J, Harrison L, Johnson M. Families, nurses and intensive care patients: a review of the literature. *Journal of clinical nursing*. 2002; 11(2): 140-148.
76. Özgürsoy BN, Aksoy AD. Yoğun bakımda yatan hastaların yakınlarının gereksinimleri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2008; 12: 33-38.
77. Hallström I, Runesson I, Elander G. Observed parental needs during their child's hospitalization. *Journal of pediatric nursing*. 2002; 17(2): 140-148.
78. Rodriguez R, Alonso J. Development of a screening measure of stress for parents of children hospitalised in a pediatric intensive care unit. *Australian Critical Care*. 2016; 29(3): 151-157.

79. Foster M, Whitehead L, Maybee P. The parent's hospitalized child's and health care providers perceptions and experiences of family centered care within a pediatric critical care setting: A synthesis of quantitative reserch. Joutnal of Family Nursing. 2016; 22(1): 6-73.
80. Törüner E, Büyükgönenç L. Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları. Ankara: Göktuğ yayıncılık; 2012.
81. Tehrani TH, Haghighi M, Bazmamoun H. Effects of stress on mothers of hospitalized children in a hospital in Iran. Iranian journal of child neurology. 2012; 6(4): 39-45.
82. Harbaugh BL, Tomlinson PS, Kirschbaum M. Parents'perceptions of nurses'caregıving behaviors in the pediatriic intensive care unit. Issues İn Comprehensive Pediatric Nursing. 2004; 27(3): 163-178.
83. Fink G. Stress, definitions, mechanisms, and effects outlined: Lessons from anxiety. In: Stress: Concepts, cognition, emotion, and behavior. Academic Press. 2016; 3-11.
84. Stres [İnternet]. 2019 [Erişim Tarihi: 24.05.2022]. Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr/>
85. Kayır G. Onkoloji hastalarının hastalık algısı ve stresle başa çıkma biçimleri [Yüksek Lisan Tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2014.
86. Folkman S, Lazarus RS. The relationship between coping and emotion: Implications for theory and research. Social science & medicine. 1988; 26(3): 309-317.
87. Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, DeLongis A. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. Journal of personality and social psychology. 1986; 50(3): 571-579.
88. Güçlü N. Stres yönetimi. Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2001; 21 (1): 94-96.
89. Aytaç S. İş Stresi Yönetimi El Kitabı: İş Stresi, Oluşumu, Nedenleri, Başa Çıkma Yolları. Ankara: Türk-İş Yayını; 2009.
90. Balcı A. Öğretim Elemanının İş Stresi Kuram ve Uygulama. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım; 2000.

91. Kurumahmut D. İstanbul'daki özel diyaliz merkezlerinde çalışan hemodiyaliz hemşirelerinin stres düzeyleri ve stres düzeylerinin iş doyumuna etkisi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: Haliç Üniversitesi; 2010.
92. Needle JS, O'Riordan M, Smith PG. Parental anxiety and medical comprehension within 24 hrs of a child's admission to the pediatric intensive care unit. *Pediatric Critical Care Medicine*. 2009; 10(6): 668-674.
93. Majdalani MN, Doumit MA, Rahi AC. The lived experience of parents of children admitted to the pediatric intensive care unit in Lebanon. *International journal of nursing studies*. 2014; 51(2): 217-225.
94. Lisanti AJ, Allen LR, Kelly L, Medoff-Cooper B. Maternal stress and anxiety in the pediatric cardiac intensive care unit. *American Journal of Critical Care*. 2017; 26(2): 118-125.
95. Özdemir D, Kütük F. Anksiyete bozuklukları. *Katkı Pediatri Dergisi*. 2013; 35(1): 11-14.
96. Anksiyete [İnternet]. 2019 [Erişim Tarihi: 24.05.2022]. Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr/>
97. Edition F. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Am Psychiatric Assoc*. 2013; 21(21): 591-643.
98. Işık E, Uzbay T. Antipsikotik'ten yan etkiler. Ankara: Altın Medya; 2008.
99. Ocaktan ME, Keklik A, Çöl M. Abidinpaşa sağlık ocağında çalışan sağlık personelinde spielberg durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2002; 55 (1): 21-28.
100. Kaplan S, Bahar A, Sertbaş G. Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk-sürekli kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2007; 10(1): 113-120.
101. Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. 2. Baskı. Ankara: Mattek Matbaacılık; 2010.
102. Erermiş S, Bellibaş E. Ayrılma anksiyetesi bozukluğu olan okul öncesi yaş grubu çocukların annelerinin mizaç özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2009; 20(1): 14-21.

103. Diriöz M, Alkin T, Yemez B, Onur E, Eminağaoğlu PN. Ayrılma anksiyetesi belirti envanteri ile yetişkin ayrılma anksiyetesi anketinin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirliği. *Turk Psikiyatri Dergisi*. 2012; 23(2): 108-116.
104. Berth H, Petrowski K, Balck F. The Amsterdam preoperative anxiety and information scala the first trial of a german version. *Psychosoc Med*. 2007; 20(4): 1-8.
105. Martini J, Knappe S, Beesdo-Baum K, Lieb R, Wittchen HU. Anxiety disorders before birth and self-perceived distress during pregnancy: associations with maternal depression and obstetric, neonatal and early childhood outcomes. *Early human development*. 2010; 86(5): 305-310.
106. Özyağcıoğlu N, Tüfekçi F. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebekleri bakım alan annelerin kaygı ve umutsuzluk düzeylerini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2009; 12 (4): 66-67.
107. Sayers J. The world health report 2001-Mental health: new understanding, new hope. *Bulletin of the World Health Organization*. 2001; 79: 1085-1085.
108. Çevik A, Volkan VD. Depresyonun psikodinamik etiyojisi. *Depresyon Monografaları Serisi*. 1993; 109-122.
109. Sezer S. Örgüt Depresyonu Ölçeği'nin Geliştirilmesi ve Psikometrik Niteliklerinin belirlenmesi. *ISGUC The Journal of Industrial Relations and Human Resources*. 2011; 13(1): 39-50.
110. Amerikan Psikiyatri Birliği. *Ruhsal bozuklukların tanısal ve sayımsal elkitabı 5.baskı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2013.
111. Koşan Y. Ergenlerde depresyon belirtilerini azaltmada ebeveyn katılımlı davranışsal aktivasyon etkisinin karma yöntem araştırması ile incelenmesi [Doktora Tezi]. Erzurum: Atatürk Üniversitesi; 2020.
112. Tel H, & Tel H. Transfer anksiyetesi; yoğun bakım hastası ve ailesinin ortak duygusal deneyimi. *Yoğun bakım hemşireliği dergisi*. 2009; 13(1): 24-29.
113. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Lemaire F, Mokhtari M, Schlemmer B. Meeting the needs of intensive care unit patient families. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2001; 163: 135-139.

114. Fortunatti CPF. Most important needs of family members of critical patients in light of the critical care family needs inventory. *Investigation Education Enfermeria*. 2014; 2(2): 306-316.
115. Uzun Ö, Özer N, Akyıl RÇ. Bazı cerrahi kliniklerde ve cerrahi yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların ailelerinin gereksinimleri. *Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi*. 2002; 34: 39-45.
116. Chatzaki M, Klimathianaki M, Anastasaki M, Chatzaki G, Apostolaku E, Georgopoulos D. Defining the needs of ICU patient families in a Suburban/Rural Greek population: a prospective cohort study. *Journal of Clinical Nursing*. 2012; 21(13-14): 1831-1839.
117. Pochard F, Darmon M, Fassier T, Bollaert PE, Cheval C, Azoulay, E. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multi center study. *Journal of Critical Care*. 2005; 20(1): 90-96.
118. Resmî Gazete [İnternet]. 19 Nisan 2011 tarihli Hemşirelik Yönetmeliği'nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik [Erişim tarihi: 24.05.2022]. Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>
119. Hill C, Knafl KA, Santacroce SJ. Family-centered care from the perspective of parents of children cared for in a pediatric intensive care unit: an integrative review. *Journal of pediatric nursing*. 2018; 41: 22-33.
120. Ocakcı A, Yigen E. Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarında Atravmatik Hemşirelik Bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2004; 20(1): 117-126.
121. Taylan S, Sultan A, Kadioğlu S. Hemşirelik rolleri ve özerklik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2012; 14(3): 66-74.
122. Şenol S. Tarih Boyunca Pediatri Hemşiresinin Rol ve İşlevleri. *Türkiye Klinikleri J Pediatri Nurse-Special Topics*. 2018; 4(1): 1-7.
123. Mattsson JY, Arman M, Castren M, Forsner M. Meaning of caring in pediatric intensive care unit from the perspective of parents: A qualitative study. *Journal of Child Health Care*. 2014; 18(4): 336-345.
124. Potts NL, Mandleco BL. *Pediatric nursing caring for children and their families*. Delmar Cengage Learning. 2007; 16-22.

125. Conk Z, Başbakkal Z, Yardımcı F. *Pediatric Hemşireliği*. Ankara: Akademisyen Yayınevi; 2013.
126. Öztürk C, Dijle A. *Pediatric hemşireliğinde aile merkezli bakım*. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2014; 7(4): 315-320.
127. Spitz-Köberich C, Barth M, Spirig R. *Parents of a critically ill child-what do they expect from the team of the pediatric intensive care unit?*. Pflege. 2010; 23(5): 299-307.
128. Çetinkaya B, Turan T, Ceylan SS, Şakin NB. *Pediatric hemşirelerinin rol ve fonksiyonlarını uygulama durumlarının belirlenmesi*. Pamukkale Tıp Dergisi. 2017; 10(2): 152-156.
129. Jolley J, Shields L. *The evolution of family-centered care*. Journal Of Pediatric Nursing. 2009; 24(2); 164-170.
130. Aykanat B, Gözen D. *Çocuk sağlığı hemşireliğinde aile merkezli bakım yaklaşımı*. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014; 3(1): 683-695.
131. American Academy Of Pediatrics Committee On Hospital Care, Family-Centered Care And The Pediatrician's Role. *Pediatrics*. 2003; 112: 691-696.
132. Cooper LG, Gooding JS, Gallagher J, Sternesky L, Ledsky R, Berns SD. *Impact of a family-centered care initiative on NICU care, staff and families*. Journal of perinatology. 2007; 27(2): 32-37.
133. Shelton T L, Stepanek JS. *Family-centered care for children needing specialized health and developmental services*. Bethesda: Association for the Care of Children's Health; 1994.
134. Tümkaya S, Sabahattin Ç, Çavuşoğlu I. *Tükenmişlik ölçeği kısa versiyonunun Türkçe'ye uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması*. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2009; 18(1): 387-398.
135. Crawford JR, Henry JD. *The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): Normative data and latent structure in a large non-clinical sample*. British journal of clinical psychology. 2003; 42(2): 111-131.



136. Sarıçam H. The psychometric properties of Turkish version of Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21) in health control and clinical samples. *Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapy and Research*. 2018; 7(1): 19-30.
137. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN. *Hemşirelikte araştırma: süreç, uygulama ve kritik*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2014.
138. Karagöz Y. *SPSS 23 ve AMOS 23 uygulamalı istatistiksel analizler*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 2019.
139. Cronk BC. *How to use SPSS®: A step-by-step guide to analysis and interpretation*. Milton: Routledge; 2019.
140. Denis DJ. *SPSS data analysis for univariate, bivariate, and multivariate statistics*. India: John Wiley & Sons; 2018.
141. Meyers LS, Gamst GC, Guarino A. *Performing data analysis using IBM SPSS*. Hoboken: John Wiley & Sons; 2013.
142. George D, Mallery P. *IBM SPSS statistics 26 step by step: A simple guide and reference*. New York: Routledge; 2019.
143. Akbaş M, Emine A, Şenoğlu A, Sürücü ŞG. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan anne-babaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin incelenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2019; 28(2): 87-97.
144. Açıkgöz A, Şayık D, Söngüt S, Yeliz K, Köksal İ. Pediatri kliniklerinde refakatçi olarak kalan annelerin yaşadığı güçlükler ve hastanede kalmanın depresyon, anksiyete, stres düzeylerine etkisi. *Kocaeli Tıp Dergisi*. 2017; 6(2): 43-47.
145. Engli M, Kirsivali-Farmer K. Needs of family members of critically ill patients with and without acute brain injury. *The Journal of neuroscience nursing: journal of the American Association of Neuroscience Nurses*. 1993; 25(2): 78-85.
146. Cimete G, Kuşuoğlu S, Çınar ND. *Pediatri Hemşireliği*. Ankara; Akademisyen Yayınevi: 2013.

147. Shudy M, De Almeida ML, Ly S, Landon C, Groft S, Jenkins TL, Nicholson CE. Impact of pediatric critical illness and injury on families: a systematic literature review. *Pediatrics*. 2006; 118(3): 203-218.
148. Malm-Buatsi E, Aston CE, Ryan J, Tao Y, Palmer BW, Kropp BP, et al. Mental health and parenting characteristics of caregivers of children with spina bifida. *Journal of Pediatric Urology*. 2015; 11(2): 65-71.
149. Montirosso R, Provenzi L, Calciolari G, Borgatti R, Neo-Acqua Study Group. Measuring maternal stress and perceived support in 25 Italian NICUs. *Acta Paediatrica*. 2012; 101(2): 136-142.
150. Mutluay, EE. Bebeği Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Ebeveynlerin Stres Düzeyleri ile Alınan Hemşire Desteği Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Mersin: Mersin Üniversitesi; 2019.
151. Unesi Z, Nakhaee S, Nasirizade M, Panah AI. Evaluation of the relationship between perceived nursing support and parental stress among mothers of hospitalized preterm infants in neonatal intensive care units. *Modern Care Journal*. 2017; 14(4): 1-8.
152. Toros F, Tot Ş, Düzovalı Ö. Kronik hastalığı olan çocuklar, anne ve babalarındaki depresyon ve anksiyete düzeyleri. *Klinik Psikiyatri*. 2002; 5(4): 240-247.
153. Heuer L. Parental stressors in a pediatric intensive care unit. *Pediatric Nursing*. 1993; 19(2): 128-131.
154. Miles MS, Carter MC, Spicher C, Hassanein R. Maternal and paternal stress reactions when a child is hospitalized in a pediatric intensive care unit. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 1984; 7(6): 333-342.
155. Torun N. Uzun süreli yoğun bakım ünitesinde hastası olan ailelerin deneyimleri: nitel bir çalışma. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2019; 9(3): 127-133.
156. Hasırcı A. Çocuğu yoğun bakım ünitesinde yatan ebeveynlerin gereksinimleri ve yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: İstanbul Medipol Üniversitesi; 2021.

157. Potter LB, Rogler LH, Mościcki EK. Depression among Puerto Ricans in New York city: the hispanic health and nutrition examination survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1995; 30(4): 185-193.
158. Green MJ, Benzeval M. Social class differences in anxiety and depression across the life-course: evidence from three cohorts in the west of Scotland. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2009; 63(2): 19-19.
159. Gülseren S. Depresyon ve Anksiyete. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2004; 7(1): 5-13
160. Gökler R, Işıtan İ. Modern Çağın Hastalığı Stres ve Etkileri, *Journal of History Culture and Art Research*. 2012; 1: 154-168.
161. Akın A, Çetin B. Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS): The study of validity and reliability. *Educational Science: Theory & Practice*, 2007; 7(1): 241-268.
162. Öz B, Yüksel T, Nasiroğlu S. Otizm Spektrum Bozukluğu Tanısı Alan Çocukların Annelerinde Görülen Depresyon-Anksiyete Belirtileri ve Damgalanma Algısı. *Arch Neuropsychiatry*, 2019; 57: 50-55.
163. Kurt O, Pirinççi E, Bozkuş S, Aksakal BY, Deveci SE. Otizmlili Çocuğa Sahip Anne-Babaların Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*. 2022; 12(1): 43-51.

## EKLER

### Ek 1. Çocuk ve Ebeveyn Bilgi Formu

## ÇOCUĞU YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN EBEVEYNLERİN DEPRESYON, ANKSİYETE VE STRES DÜZEYLERİ

Sizi aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmaya davet ediyoruz. Bu çalışma ile çocuğu çocuk yoğun bakım ünitesine yatan ebeveynlerin (anne- baba) stres, anksiyete ve depresyon düzeylerini belirlemek ve bu düzeyleri karşılaştırarak iki ebeveyn arasında farkın olup olmadığını saptamak amaçlanmaktadır. Lütfen sorularınız için çekinmeden sorumlu araştırmacılara ulaşınız.

Sorumlu araştırmacılar  
Dr. Öğr. Üyesi Hilal SEKİ ÖZ  
Duygu AKTAŞ

1. Tüm bu bilgiler ışığında yukarıda verilen araştırmayı;  
 Onaylıyorum  
 Onaylamıyorum
2. Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Çocuğunuzun Cinsiyeti:  
 Kız  
 Erkek
3. Çocuğunuz adı ve soyadı:  
.....
4. Çocuğunuzun Yaşı:  
.....
5. Çocuğunuzun Tanısı:  
.....
6. Çocuğunuzun yoğun bakımda kalış süresi:  
.....
7. Yakınlık durumunuz:  
 Annesi  
 Babası
8. Ailedeki çocuk sayısı:  
.....

9. Başka hasta çocuğunuz var mı?

- Evet  
 Hayır

10. Evetse hastalığını açıklayınız.

.....

11. Eğitim Düzeyiniz:

- İlköğretim  
 Lise  
 Üniversite  
 Diğer: .....

12. Uğraşınız:

- İşsiz  
 Ev kadını  
 İşçi  
 Memur  
 Serbest meslek  
 Diğer: .....

13. Mesleğiniz diğerse açıklayınız.

.....

14. Ekonomik Durumunuz:

- Gelir giderden fazla  
 Gelir gider kadar  
 Gelir giderden az

15. Nerede ikamet ediyorsunuz?

- Ankara içi  
 Ankara dışı

16. Çocuğunuz yoğun bakımda yatarken siz nerde kalıyorsunuz?

- Hastane İçi  
 Hastane Dışı

17. Eğer hastanede kalıyorsanız nerde uyuyorsunuz?

- Koridorlardaki bekleme koltuklarında  
 Anne odasında  
 Araba  
 Diğer:.....

18. Hastaneye geliş şekliniz?

- Acil  
 Planlı

19. Çocuğunuzu takip eden anabilim dalı hangisi/ hangilerdir? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- Çocuk Hastalıkları
- Çocuk Endokrinoloji
- Çocuk Gastroloji
- Çocuk Kardiyoloji
- Çocuk Enfeksiyon
- Çocuk Allerji
- Çocuk Nöroloji
- Çocuk Nefroloji
- Çocuk Cerrahi

20. Fiziksel/ ruhsal bir hastalığınız var mı?

- Evet
- Hayır

21. Varsa açıklayınız.

.....

## Ek 2. Depresyon- Anksiyete- Stres Ölçeği 21

NO	SON 1 HAFTADAKİ DURUMUNUZ	Hiçbir zaman	Bazen ve arasıra	Oldukça sık	Her zaman
1 S	Gevşeyip rahatlamakta zorluk çektim.	0	1	2	3
2 A	Ağzımda kuruluk olduğunu fark ettim.	0	1	2	3
3 D	Hiç olumlu duygu yaşamadığımı fark ettim.	0	1	2	3
4 A	Soluk almada zorluk çektim ( <i>örneğin fiziksel egzersiz yapmadığım halde aşırı hızlı nefes alma, nefessiz kalma gibi</i> ).	0	1	2	3
5 D	Bir iş yapmak için gerekli olan ilk adımı atmada zorlandım.	0	1	2	3
6 S	Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliyim.	0	1	2	3
7 A	Vücudumda ( <i>örneğin ellerimde</i> ) titremeler oldu.	0	1	2	3
8 S	Sinirsel enerjimi çok fazla kullandığımı hissettim.	0	1	2	3
9 A	Panikleyip kendimi aptal durumuna düşüreceğim durumlar nedeniyle endişelendim.	0	1	2	3
10 D	Hiçbir beklentimin olmadığı hissine kapıldım	0	1	2	3
11 S	Kışkırtılmakta olduğumu hissettim	0	1	2	3
12 S	Kendimi gevşetip salıvermek zor geldi	0	1	2	3
13 D	Kendimi perişan ve hüzünlü hissettim	0	1	2	3
14 S	Beni yaptığım işten alıkoyan şeylere dayanamıyordum	0	1	2	3
15 A	Panik haline yakın olduğumu hissettim	0	1	2	3
16 D	Hiçbir şey bende heyecan uyandırmıyordu	0	1	2	3
17 D	Birey olarak değersiz olduğumu hissettim	0	1	2	3
18 S	Alınan olduğumu hissettim	0	1	2	3
19 A	Fizik egzersiz söz konusu olmadığı halde kalbimin hareketlerini hissettim ( <i>kalp atışlarımın hızlandığını veya düzensizleştiğini hissettim</i> )	0	1	2	3
20 A	Geçerli bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim	0	1	2	3
21 D	Hayatın anlamsız olduğu hissine kapıldım	0	1	2	3

D= DEPRESYON PUANI	A= ANKSİYETE PUANI	S= STRES PUANI

### PUANTAJ TABLOSU

	Depresyon	Anksiyete	Stres
NORMAL	0-4	0-3	0-7
HAFİF	5-6	4-5	8-9
ORTA	7-10	6-7	10-12
İLERİ	11-13	8-9	13-16

### Ek 3. Etik Kurul Belgesi

#### KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		“Çocuğu Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Ebeveynlerin Despreyon, Aknsiyete ve Stres Düzeyleri”
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi Bağbaşı Yerleşkesi Merkez/KIRŞEHİR
	TELEFON	0386 280 3924
	FAKS	0386 280 5007
	E-POSTA	tipetikkurul@ahievran.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Hilal SEKİ ÖZ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Kırşehir			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>			
Diğer ise belirtiniz: Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

sayfa 1/3



KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	“Çocuğu Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Ebeveynlerin Despreyon, Aknsiyete ve Stres Düzeyleri”
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	15.09.2021	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	15.09.2021	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU	15.09.2021	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>				
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>				
	İLAN	<input type="checkbox"/>				
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>				
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>				
	DIĞER:	<input type="checkbox"/>				
KARAR BİLGİLERİ	<b>Karar No: 2021-15/167</b>		<b>Tarih: 21/09/2021</b>			
	<p>Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına, toplantı yeter sayısı sağlandığı için katılan üyelerin oy birliği ile karar verilmiştir.</p>					

## Ek 4. Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: **06.12.2021-E.230047**



**T.C.**  
**GAZİ ÜNİVERSİTESİ**  
**Tıp Fakültesi Dekanlığı**  
**Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı**

Sayı : E-44971271-199-230047  
Konu : Duygu AKTAŞ ( Tez Çalışma  
İzni)

03.12.2021

**SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ GAZİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE**

İlgi : 02.12.2021 tarihli ve 42000842-199- 227954 sayılı yazı.

İlgi yazıya istinaden, Yüksek Lisans Öğrencisi Duygu AKTAŞ' ın Dr. Öğretim Üyesi Hilal SEKİ ÖZ' ün danışmanlığında yapacağı "Çocuğu Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Ebeveynlerin Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeyleri isimli tez çalışmasının Anabilim Dalımıza bağlı Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde online olarak yapılabilmesi uygundur. Gereğini saygılarımla arz ederim.

**Prof. Dr. Aysun BİDECİ**  
**Anabilim Dalı Başkanı**

## Ek 5. Bilgilendirilmiş Onam Formu

### BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

**ÇALIŞMANIN ADI:** Çocuğu Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Ebeveynlerin Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeyleri

Sizi aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmaya davet ediyoruz. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğimize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamamız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirsiniz, **Çalışmaya Katılma Onayı** Formu'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir.

#### ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI:

Bu çalışma ile çocuğu çocuk yoğun bakım ünitesine yatan ebeveynlerin (anne- baba) stres, anksiyete ve depresyon düzeylerini belirlemek ve bu düzeyleri karşılaştırarak iki ebeveyn arasında farkın olup olmadığını saptamak amaçlanmaktadır.

#### ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Araştırmacının hazırladığı online form ile size ulaşan soruları doldurmanız yeterlidir. Bu işlem yaklaşık 5-10 dakika sürecektir.

#### ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Çalışmaya katılarak çocuğu yoğun bakım ünitesinde yatan ebeveynlerin stres anksiyete ve depresyon düzeylerinin tanımlanmasına katkı sağlayabilirsiniz. Bu sayede her iki ebeveyne farklı yönlerden destek sunmada önemli veri sağlanabilecektir.

#### BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Çalışmada kişisel bilgileriniz alınmayacak ve kullanılmayacaktır. Verdiğiniz tüm bilgiler toplu olarak analiz edilecektir.

Günün 24 saatinde soru ve problemler için başvurulacak kişiler:

Dr. Öğr. Üyesi Hilal SEKİ ÖZ  
Duygu AKTAŞ

### **Gönüllünün Çalışmaya Katılma Onayı:**

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana elektronik e-posta ile teslim etmiştir.

Onaylıyorum. (Elektronik ortamda onaylandığına dair belge)

Tarih:



## Ek 6. DAS-21 Ölçeği Kullanım İzni



Kimden: [Hakan Sarıçam](#) >  
Kime:

Merhabalar,  
Ölçek maddeleri ve puanlama bilgisi ektedir.  
Akademik çalışma kapsamında memnuniyetle  
kullanabilirsiniz.  
Kolaylıklar ve sağlıklı günler dilerim.

**Not: Ölçek maddeleri ticari kazanç sağlayan  
çalışmalarda kullanılmaz ve ölçek maddelerinin tamamı  
sanal ortamda (tezin sonu, web siteleri vb.)  
paylaşılamaz.**

Hocam merhaba,  
Ben Duygu AKTAŞ, DAS-21 ölçeğinizi " Çocuğu Yoğun  
Bakım Ünitesinde Yatan Ebeveynlerin Depresyon,  
Anksiyete ve Stres Düzeyleri" adlı çalışmamda  
kullanmak istiyorum. Ölçek kullanımının uygunluğu  
hususunda izninizi alabilir miyim?  
Teşekkür ederim.

--

**Assoc. Prof. Dr. Hakan SARIÇAM**  
Psychological Counselor-PhD  
Sivas Cumhuriyet University  
Faculty of Education

## Ek 7. Özgeçmiş

# ÖZGEÇMİŞ

<b>KİŞİSEL BİLGİLER</b>	
Adı Soyadı	: Duygu AKTAŞ
<b>EĞİTİM BİLGİLERİ</b>	
<b>LİSANS</b>	
Üniversite	Bandırma 17 Eylül Üniversitesi
Fakülte	Sağlık Bilimleri Fakültesi
Bölümü	Hemşirelik
Mezuniyet Yılı	09.07.2020
<b>İŞ DENEYİMİ</b>	
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi/ Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi (Hemşire) 2020- Halen	

## MAKALE VE BİLDİLER

Seki Öz H., Aktaş D. Çocuğu yoğun bakım ünitesinde yatan annelerin psikolojik deneyimleri. 5. Uluslararası "Başkent" Fen, Sosyal ve Sağlık Bilimleri Kongresi; 11-12 Haziran 2022; Ankara, Türkiye. (Oral Presentation)