T.C.

YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ÇOCUK YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE AİLELERE VERİLEN DANIŞMANLIK HİZMETİNİN AİLELERİN KAYGI VE STRESLE BAŞA ÇIKMA DÜZEYLERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEM. GİZEM GÜR AYKUT

İstanbul-2019

T.C.

YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ÇOCUK YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE AİLELERE VERİLEN DANIŞMANLIK HİZMETİNİN AİLELERİN KAYGI VE STRESLE BAŞA ÇIKMA DÜZEYLERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEM. GİZEM GÜR AYKUT

DANIŞMAN

DOÇ.DR. FİLİZ ARSLAN

İstanbul-2019

TEZ ONAYI FORMU

Kurum : Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Program : Hemşirelik Yüksek Lisans

Tez Başlığı : Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde Ailelere Verilen Danışmanlık Hizmetinin Ailelerin Kaygı ve Stresle Başa Çıkma Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi

Tez Sahibi : Gizem Gür Aykut

Sınav Tarihi : 25 Haziran 2019

Bu çalışma jürimiz tarafından kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı, Adı-Soyadı (Kurumu)	İmza
Jüri Başkanı:	Doç.Dr. Gülçin Bozkurt İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü	
Tez danışmanı:	Doç.Dr.Filiz Arslan Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	
Üye:	Prof. Dr. Şenay Uzun Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	

ONAY

Bu tez Yeditepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun 28../06./2019..... tarih ve 2019/11-34..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Bayram YILMAZ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

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

Tarih: 25.06.2019

İmza: 

Gizem Gür Aykut

İTHAF

Bu tez çalışmasını, öncelikle her zaman yanımda olan anneme ve beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan, bana her zaman destek olan sevgili eşime ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam boyunca engin bilgisi ve tecrübesiyle beni her zaman yönlendiren, bilgilendiren çok değerli ve saygıdeğer hocam Doç. Dr. Filiz Arslan'a;

Lisansüstü eğitimim boyunca bilgileriyle her zaman bana yol gösteren hocalarım Prof. Dr. Hediye Arslan Özkan ve Doç. Dr. Şenay Uzun'a;

Tüm Kalbimle Teşekkür Ederim…

İÇİNDEKİLER **Sayfa No**

BEYAN…….…….. iii

İTHAF…….. iv

TEŞEKKÜR……. v

TABLOLAR LİSTESİ……. ix

ŞEKİLLER LİSTESİ…… x

SEMBOLLER VE KISALTMALAR LİSTESİ……... xi

ÖZET…… xii

ÖZET (İngilizce)…….. xiv

1.GİRİŞ ve AMAÇ…….. 1

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi……. 1

1.2.Araştırmanın Amacı…….. 2

1.3.Araştırmanın Hipotezleri…… 3

2.GENEL BİLGİLER …….. 4

2.1.Yoğun Bakım Kavramı ve Çocuk Yoğun Bakım Üniteleri..... 4

2.1.1.Yoğun Bakım ve Yoğun Bakım Ünitesinin Tanımı……..... 4

2.1.2. Yoğun Bakım ve Yoğun Bakım Ünitesi Kavramı…….. 4

2.1.3. Çocuk Yoğun Bakım ve Tarihsel Gelişimi…… 6

2.2.Dünya ve Türkiye'de Çocuk Yoğun Bakım Ünitelerinin Mevcut Durumu……. 8

2.3.Çocuğun Yoğun Bakım Ünitesinde Yatmasının Aile Üzerindeki Etkileri…….. 10

2.4.Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde Yaşanan Kaygı ve Stres…… 15

2.4.1.Stres…… 18

2.4.1.1.Stresin Aşamaları……. 20

2.4.1.2.Stres Belirtileri……. 20

2.4.1.3.Stres Yaratan Faktörler……..... 21

2.4.1.4.Stresle Başa Çıkma……... 21

2.4.2.Kaygı……... 23

2.4.2.1.Kaygı Belirtileri…… 25

2.4.2.2.Kaygı Düzeyleri…… 25

2.5.Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde Hemşirenin Rolleri ve Danışmanlık..... 26

2.5.1.Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde Hemşirenin Rolleri……..... 27
3.GEREÇ ve YÖNTEM……... 35
3.1.Araştırmanın Tipi……... 35
3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı……. 35
3.3.Araştırmanın Evren ve Örneklemi……..... 35
3.4.Araştırmanın Değişkenleri……..... 36
3.5.Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları ve Materyaller…… 36
3.5.1.Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları……. 36
3.5.2.Araştırmada Kullanılan Materyaller……... 38
3.6.Araştırma Süreci……. 39
3.7.Verilerin Değerlendirilmesi…… 40
3.8.Araştırmanın Sınırlılıkları…….. 40
3.9.Etik Yaklaşım……..... 40
4.BULGULAR……. 42
5.TARTIŞMA…….. 50
5.1.Deney ve Kontrol Grubundaki Ailelerin Sosyo-demografik ve Çocuğun Hastalığı İle İlgili Özelliklerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması…….. 50
5.2.Deney ve Kontrol Grubu Ailelerin Durumluk ve Sürekli Kaygı Puan Ortalamalarının Gruplar Arası ve Grup İçi Karşılaştırılmalarına İlişkin Bulguların Tartışılması……..... 52
5.3.Deney ve Kontrol Grubu Ailelerin Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması……. 53
6.SONUÇ ve ÖNERİLER…… 57
6.1.Sonuçlar…….. 57
6.2.Öneriler……... 58
7.KAYNAKLAR…….. 59
8.EKLER…….. 69
EK-1 Gönüllüleri Bilgilendirme ve Olur (Rıza) Formu……... 70
EK-2 Çocuğu Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Aileleri ve Çocukları Tanıtıcı Bilgi Formu……..……..... 72
EK-3 Durumluk Kaygı Envanteri……. 75

EK-4 Sürekli Kaygı Envanteri……..... 76
EK-5 Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)…….. 77
EK-6 Çocuk Yoğun Bakım Aile Bilgilendirme Kitapçığı……..... 79
EK-7 Etik Kurul Kararı……..... 91
9.ÖZGEÇMİŞ…….. 96

TABLOLAR LİSTESİ **Sayfa No**

Tablo 2.1. Yoğun Bakım Ünitesi Tarihsel Gelişimi……. 5

Tablo 2.1.2. Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi Tarihsel Gelişimi…….. 7

Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Ailelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması……..... 42

Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Ailelerin Çocuğun Hastalığı İle İlgili Özelliklerine Göre Karşılaştırılması…….. 43

Tablo 4.3. Deney ve Kontrol Grubu Ailelerin Durumluk ve Sürekli Kaygı Puan Ortalamalarının Gruplar Arası ve Grup İçi Karşılaştırılması……... 45

Tablo 4.4. Deney ve Kontrol Grubu Ailelerin Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Gruplar Arası ve Grup İçi Karşılaştırılması……. 46

ŞEKİLLER LİSTESİ **Sayfa No**

Şekil 2.1.3. İstanbul Haydarpaşa Hastanesi Yoğun Bakım Ünitesi…….. 8

Şekil 2.4. Yenidoğan Yoğun Bakımda Ebeveyn Belirsizlik ve Stres Modeli……..... 16

Şekil 3.6. Araştırmanın Uygulama Akış Şeması…… 41

SEMBOLLER VE KISALTMALAR LİSTESİ

PICU	Pediatrık Intensıve Care Unıt
ÇYBÜ	Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi
WHO	World Health Organisation- Dünya Sağlık Örgütü
TDK	Türk Dil Kurumu
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
CPR	Kardiyo Pulmoner Resutasyon
SBÇTÖ	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği
KGY	Kendine Güvenli Yaklaşım
ÇY	Çaresiz Yaklaşım
BEY	Boyun Eğici Yaklaşım
İY	İyimser Yaklaşım
SDB	Sosyal Desteğe Başvurma

ÖZET

Gür, GA. (2019). Çocuk yoğun bakım ünitesinde ailelere verilen danışmanlık hizmetinin ailelerin kaygı ve stresle başa çıkma düzeylerine etkisinin incelenmesi, Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Giriş: Çocuk yoğun bakım ünitesinde ebeveynler için en büyük stresörlerden biri, çocuktan fiziksel ayrılma, çocuğa bakmak için sınırlı fırsatlarının olması ve çocuğun bakımında artık bağımsız, birincil karar veren kişiler olmamaları nedeniyle ebeveyn rolünün değişmesi veya kaybedilmesidir. Hastalığın çocuğun yaşamını tehdit etmesi, tanı ve tedavi işlemlerinin bilinmemesi, yoğun bakım ünitesi içerisinde bulunan araç-gereçler, personelin çalışma temposu ve çocuğuyla iletişim kuramaması ailenin stres ve kaygı düzeyini arttırır.

Amaç: Bu çalışma, çocuğu yoğun bakım ünitesinde yatan ailelere, çocuk yoğun bakım ünitesini, ekibini, kullanılan araç ve gereci ve rutinleri anlatan aile bilgilendirme kitapçığının verilmesi ve hemşire tarafından sürekli bilgilendirme ile sağlanan danışmanlık hizmetinin, ailenin kaygı ve stresle başa çıkma düzeyleri üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın örneklemini Kocaeli Üniversitesi çocuk yoğun bakım ünitesinde 18.01.2017-01.02.2019 tarihleri arasında çocuğu yatan 50 aile oluşturmuş ve ilk 25 çocuğun ailesi kontrol grubunu, sonraki 25 çocuğun ailesi ise deney grubunu oluşturacak şekilde aileler araştırmaya randomize olarak alınmıştır. Araştırmanın verileri, "Çocuğu Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Aileleri ve Çocuklarını Tanıtıcı Bilgi Formu", "Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri" ve "Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği" ile toplanmıştır. Deney ve kontrol grubundaki ebeveynler 7 günlük izlem içerisinde doktorlardan rutin bilgi almaya devam ederken, deney grubundaki ailelere "Çocuk Yoğun Bakım Aile Bilgilendirme Kitapçığı" verilerek rutin bilginin yanında hergün öğlen saat 13-14 arasındaki ziyaret saatlerinde çocuklarının durumu konusunda araştırmacı tarafından bilgi ve danışmanlık sağlanmıştır. Çocuğun yatışının 7. gününde her iki gruptaki ailelere "Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri", "Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği" formları tekrar uygulanmış ve çalışma sonlandırılmıştır. Veriler SPSS 20.0 paket programında tanımlayıcı istatistiksel analizler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) Kolmogorov- Smirnov, Shapiro- Wilkinson, Mann Whitney U testi ve

Wilcoxon işaret testi, kullanılarak %95 güven aralığında ve $p<0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmanın sonucunda; deney ve kontrol grubundaki ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri açısından aralarında istatistiksel olarak fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Çocuğun hastalığıyla ilgili özellikler açısından, ebeveynlerin destek almak istedikleri alanlar dışında, gruplar arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Deney grubuna verilen bilgi ve danışmanlık sonucunda; deney ve kontrol grubunun durumluk kaygı son test puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunurken ($p<0.05$) sürekli kaygı son test puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Stresle başa çıkma tarzları ölçeği puan ortalaması son testte artmakla beraber kontrol grubuna oranla düşük bulunmuş ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Deney grubunun KGY ve İY ön test puan ortalamasının kontrol grubundan anlamlı düzeyde düşük olduğu, KGY son test puan ortalamasının deney grubunda anlamlı düzeyde artarken İY puan ortalamasında anlamlı değişim olmadığı, deney grubunun BEY son test puan ortalamasının ön teste göre anlamlı düzeyde artarken kontrol grubunda anlamlı bir değişim olmadığı bulunmuştur.

Sonuç ve öneriler: Bu araştırmada çocuk yoğun bakımda olan ailelere hemşire tarafından verilen danışmanlık ve bilgilendirme hizmetinin ebeveynlerin durumluk kaygı düzeylerini düşürmede etkili olduğu ve stresle baş etme tarzlarından kendine güvenli yaklaşım puanını artırdığı bulunmuştur. Bu çalışma tez çalışma süresi dâhilinde yapıldığı için örneklem sayısı sınırlı sayıda olduğundan özellikle stresle başa çıkma tarzları üzerindeki olumlu etkilerinin daha iyi ortaya konulabileceği daha geniş popülasyonda ve daha uzun sürecek araştırma tasarımları ile tekrarlanması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Kaygı, stresle başa çıkma, danışmanlık, çocuk yoğun bakım

ÖZET(İngilizce)

Gur, GA. (2019). Examining the effect of counseling services given to families in the pediatric intensive care unit on the families' coping with anxiety and stress, Yeditepe University Institute of Health Sciences, Department of Nursing, M.Sc. Thesis. Istanbul.

Introduction: One of the major stressors for parents in the pediatric intensive care unit is the change or loss of the parental role due to physical separation, limited opportunities to take care of the child, and no longer independent, primary decision-makers in the care of the child. The disease threatens the life of the child, the diagnosis and treatment procedures are not known, the equipment in the intensive care unit, the tempo of the staff, the inability to communicate with the child increase the stress and anxiety level of the family.

Aim: The aim of this study was to determine the effect of the counselling services on the families coping with anxiety and stress by providing them continues counselling by the nurse, and by giving an information booklet that is about the intensive care unit, the routines, the team and the tools and equipments used in the intensive care unit.

Materials and Methods: The sample of the study consisted of 50 families in the intensive care unit of Kocaeli University between 18.01.2017-01.02.2019 and the families of the first 25 children were the control group and the next 25 children were the experimental group. Families were randomly assigned to the study.(control group and experimental group). The data of the study was collected by using the “Child Intensive Care Unit Hospital Information Form” and “Form State-Trait Anxiety Inventory” , “Coping Style of Stress Scale”.During the 7-day follow-up period, families in the experimental and control groups continued to receive routine information from the doctors, and the families in the experimental group were given a Child Intensive Care Family Information Booklet and were informed and counselled between 13.00-14.00 every noon about the status of their children. On the 7th day of hospitalization, ”State and Trait Anxiety Inventory and Coping Style Stress Scale“ forms were applied again to the families in both groups and the study was terminated. Data were analyzed using SPSS 20.0 program (number, percentage, mean, standard deviation) using descriptive statisticalanalysis Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilkinson, Mann Whitney U test and

Wilcoxon sign test, and were evaluated at 95% confidence interval and p <0.05 significance level.

Results: As a result of the research; There were no statistically significant differences between the groups in terms of their sociodemographic characteristics (p> 0.05). In terms of characteristics of the child's disease, there was no statistically significant difference between the groups except for the areas where parents wanted to receive support (p> 0.05). As a result of the given information and counseling to the experimental group, the difference between state anxiety posttest mean scores of control group and experimental group were significant (p <0.05). There was no significant difference between the test mean scores of trait anxiety. (p> 0.05). Although the stress coping styles scale mean score increases It is lower than the control group and there were no statistically significant difference was found between the groups (p> 0.05). It was observed that the KGY and İY mean pre-test score of the experimental group was significantly lower than the control group, the KGY mean post-test score of the experimental group increased significantly while there was no significant change in the mean score of the experimental group. BEY posttest mean scores of the experimental group increased significantly compared to the pre-test, but no significant change was observed in the control group.

Conclusions and recommendations: As a result of this study, it was found that the counseling and information services provided were effective in lowering the state anxiety levels of the parents and increased the self-confident approach submissive approach to coping with stress. Since this study is done within the thesis study time, the number of samples is limited, it can be suggested that samples should be repeated with longer research designs, especially in larger population.

Key words: Anxiety, coping with stress, counseling, child intensive care

1.GİRİŞ ve AMAÇ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Çocuk, tüm toplumlarda anne babanın en değerli varlığıdır (4). Çocuğun hastaneye yatması hem çocuk hem de ailesi için stresli bir süreçtir (34). Çocuğun sağlık probleminin ciddiyeti, ailede kriz yaşanmasına neden olabilmektedir (4,5). Çocukların yoğun bakım ünitesine yatırılmasını gerektiren durumlar, ciddi sakatlanma ve ölümle sonuçlanması risklerinin yüksek olması nedeniyle ebeveynlerin çoğunda stres, anksiyete ve korku gibi duygular yaratır (100). Çocuk yoğun bakım üniteleri, genellikle yaşamı tehdit eden hastalıkların iyileştirilmesini amaçlayan, ileri teknoloji ve modern cihazlar kullanılarak hastaların yaşam bulgularının 24 saat izlendiği, profesyonel hemşirelerle tedavi ve bakımın yapıldığı ayrıcalıklı ancak, hasta çocuklar, sağlık personeli, gelişmiş tıbbi ekipmanlar, parlak ışıklar ve sürekli rahatsız eden monitörlerin hâkim olduğu yoğun ve korkutucu ortamlardır (1,2,22,100).

Çocuk yoğun bakım ünitesine yatırıldığında başlangıçta, ebeveynler panik seviyesine yaklaşan aşırı düzeyde kaygı yaşarlar, bunu takip eden günlerde kaygıları azalır. Çocuk yoğun bakım ünitesinde ebeveynler için en büyük stresörlerden biri, çocuktan fiziksel ayrılma, çocuğa bakmak için sınırlı fırsatlarının olması ve çocuğun bakımında artık bağımsız, birincil karar veren kişiler olmamaları nedeniyle ebeveyn rolünün değişmesi veya kaybedilmesidir (100). Hastalığın çocuğun yaşamını tehdit etmesi, tanı ve tedavi işlemlerinin bilinmemesi, yoğun bakım ünitesi içerisinde bulunan araç-gereçler, personelin çalışma temposu, çocuğuyla iletişim kuramaması ailenin stres ve kaygı düzeyini arttırır (3,5). Literatürde, çocukları yoğun bakım ünitesine yatan ailelerin bu durumdan kaygı duydukları ve kaygılarına yönelik sağlık çalışanlarından destek göremedikleri belirtilmiştir (100). Çocuğu hakkında yeterli bilgi alamayan ailelerin kaygı ve streslerinin arttığı, çocuğun hastalığına ve iyileşmesine yönelik belirsizliklerin kaygı yarattığı ve ebeveyn rollerinde bozulmaya neden olduğu belirtilmektedir. Ailelerin, yoğun bakım içerisinde çocuklarının yeterli bakımı alıp almayacağı konusunda da kaygı yaşadıkları belirtilmektedir (11,12,13,33). Aile, yoğun bakım ekibinden gerekli desteği göremez ve yeterli bilgi alamazsa, kaygı ve stresi; suçluluk, öfke, korku gibi olumsuz duygulara dönüşebilir (5,6). Ailelerin bu duygularını en aza indirmek amacıyla verilen bakımın aile merkezli olması gereklidir.

Aile merkezli bakım, çocuğun bakımı ve sağlığı ile ilgili kararlara ailenin aktif katılımının sağlanmasıyla, ailenin güçlü yanlarının desteklenmesi esasına dayanır. Yoğun bakım ünitelerinde kritik bakım uygulamalarının yapılması nedeniyle, ailelerin erişiminin sınırlı olması, belirsizlikleri artırdığından bilgi ve danışmanlık gereksinimlerini de artırmaktadır. Bu kapsamda çocuk yoğun bakım ünitesinde, aile çocuğun bakımına dâhil edilerek, gerekli bilgi ve eğitim verilerek, soru sormalarına izin verilerek, güçlü-zayıf yönleri ve baş etme yöntemlerine göre gerekli destek sağlanarak kaygı ve stresleri azaltılmaya çalışılmalıdır. Çocuk yoğun bakım hemşireleri çocuğa bakım verirken aile ve çocuğu bir bütün olarak ele alarak, aileyi bilgilendirme ve danışmanlık etme yoluyla kaygı ve streslerinin azaltılmasına katkı sağlayabilirler (7,8, 9,10,34). Bununla birlikte, yoğun bakım sürecinde yaşanan kaygı ve stres, aile üyelerinin odaklanma ve verilen bilgiyi anlama kapasitesini azalttığından, sürekliliğin sağlanması ve gereksinim duyduklarında hemşireye ulaşarak bilgi ve danışmanlık alabilmeleri için, uygun ortam ve koşulların yaratılması gereklidir (9,10,34).

Bu doğrultuda, çocuk yoğun bakım ünitesini, ekibini, kullanılan araç ve gereçleri ve rutinlerini anlatan aile bilgilendirme kitapçığının, ailelere sürekli sağlanan bilgilendirme ve danışmanlık hizmetinin ailenin kaygı ve stresle başa çıkma düzeyini olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir (10,20). Literatür incelendiğinde çocuk yoğun bakım ünitelerinin Türkiye'de 1994 yılına kadar başka bir bölüm içerisinde yer aldığı ve bu nedenle ülkemizde çocuk yoğun bakım üniteleri hakkında yapılmış çok fazla araştırma bulunmadığı görülmektedir. Bu çalışmanın bu alandaki eksikliklerin giderilmesine katkı sağlayacağı değerlendirilmektedir.

1.2.Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada; çocuğu yoğun bakım ünitesinde yatan ailelere, çocuk yoğun bakım ünitesini, ekibini, kullanılan araç ve gereci ve rutinleri anlatan aile bilgilendirme kitapçığının verilmesi ve hemşire tarafından sürekli bilgilendirme ile sağlanan danışmanlık hizmetinin ailenin kaygı ve stresle başa çıkma düzeyleri üzerine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışma sonucunda elde edilen bilginin, çocuk yoğun bakım ünitelerinde hemşireler tarafından sağlanan danışmanlık hizmetinin gelişmesine katkı sağlayacağı beklenmektedir.

1.3.Araştırma Hipotezleri

H1. Çocuğu yoğun bakım ünitesinde yatan deney ve kontrol grubundaki ailelerin kaygı düzeyleri arasında fark vardır.

H2. Çocuğu yoğun bakım ünitesinde yatan deney ve kontrol grubundaki ailelerin stresle başa çıkabilme düzeyleri arasında fark vardır.

H3. Çocuğu yoğun bakım ünitesinde yatan deney grubundaki ailelerin verilen danışmanlık öncesi ve sonrası kaygı düzeyleri arasında fark vardır.

H4. Çocuğu yoğun bakım ünitesinde yatan deney grubundaki ailelerin verilen danışmanlık öncesi ve sonrası stresle başa çıkabilme düzeyleri arasında fark vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yoğun Bakım Kavramı ve Çocuk Yoğun Bakım Üniteleri

2.1.1. Yoğun Bakım ve Yoğun Bakım Ünitesinin Tanımı

Yoğun bakım, Meriam-Webster sözlüğünde "özel tıbbi ekipman ve hizmetler kullanarak ciddi rahatsızlığı olan hastaların sürekli izlenmesi ve tedavisi" olarak tanımlanırken, Türk Dil Kurumu sözlüğünde benzer şekilde "ağır hastaların tedavisi için uygulanan özel bakım ve hastanelerde bu bakımın uygulandığı özel bölüm olarak tanımlanmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın 2008 tarihli 11395 sayılı Genelgesi'ne göre yoğun bakım ise, "bir ya da daha fazla organ veya organ sistemlerinde oluşan, ciddi işlev bozuklukları veya yetmezliklerinin ve altta yatan nedenlerin izlem, tanı ve tedavisi ile bu işlevlerin sürdürülmesi için uygulanan yöntemlerin tümü" olarak tanımlanmıştır. Aynı genelgede yoğun bakım ünitesi; Bir ya da daha fazla organ veya organ sistemlerinde ciddi işlev bozukluğu nedeniyle yoğun bakım gereksinimi olan hastaların iyileştirilmesini amaçlayan, yerleşim biçimi ve hasta bakımı açısından ayrıcalık taşıyan, ileri teknolojiye sahip cihazlarla donatılmış, 24 saat yaşamsal göstergelerin gözlemi ve hasta tedavisinin yapıldığı klinikler" olarak belirtilmiştir (15,64,65).

2.1.2. Yoğun Bakım ve Yoğun Bakım Ünitesi Kavramı

Yoğun bakım; ciddi işlev bozuklukları veya yetmezliklerinin ve altta yatan nedenlerinin izlem, tanı ve tedavisi amacıyla hekim, hemşire, solunum terapisti, psikolog, mikrobiyolog, eczacı, sosyal hizmet uzmanından oluşan profesyonel bir ekip tarafından sunulan bakım hizmetidir (66). Yoğun bakım üniteleri, bu çok gelişmiş ve uzmanlaşmış bakımın, tek bir çatı altında multidisipliner bir ekip yaklaşımıyla organize bir şekilde gerçekleştirilmesi amacıyla gelişmiştir (68).

Yoğun bakım kavramı, ilk olarak 1854 yılında Kırım Savaşı sırasında Florence Nıghtingale'in yoğun bakım gerektiren hastaları özel hemşirelik hizmeti uygulamak için ayrı bir yere toplaması ile oluşmuştur. 1854'lerden 1950'li yılların ortasına kadar yoğun bakım kavramı, yoğun bakım hemşireliği olarak tanımlanıyordu. Hemodiyaliz teknolojisinin gelişmesi ve 2. Dünya Savaşı sonrası mekanik ventilatörlerin yaygınlaştırılmasıyla birlikte yoğun bakım üniteleri şekillenmeye başlamıştır. 1952 yılında Danimarka'da, polio salgını sırasında ilk mekanik ventilatör kullanılmaya

başlanmış ve 1953 yılında ilk yoğun bakım ünitesi kurulmuştur. Tablo 2.1'de yoğun bakım kavramı ve ünitelerinin tarihsel gelişimi yer almaktadır (37,43,53).

Tablo 2.1.Yoğun Bakım Ünitesinin Tarihsel Gelişimi

1854	Kırım Savaşı'nda, Florence Nıghtingale'in özel hemşirelik gerektiren hastaları ayrı bir alanda toplaması ile ilk yoğun bakım kavramının ortaya çıkması
1902-1927	Suni solunum cihazlarıyla ilgili çalışmaların yapılması
1923	John Hopkins Hastanesi'nde beyin cerrahisi hastalarının ameliyat sonrası bakımları için üç yataklı ünite kurulması
1939-1975	2.Dünya Savaşı (1939-1945), Kore (1950-1953) ve Vietnam Savaşları (1955-1975) sonunda anestezi ve ameliyat sonrası bakımın gelişmesi
1952	Kopenhag'da polio salgınının yoğun bakımın temelini oluşturması
1960	Koroner bakım ünitelerinin kurulması
1959	Türkiye'de Prof. Dr. Sadi Sun ve Prof. Dr. Cemalettin Öner'in çalışmalarıyla İstanbul'da Haydarpaşa Numune Hastanesi'nde 4 yataklı yoğun bakım ünitesinin kurulması
1964	Türkiye'de ilk İstanbul Haydarpaşa Hastanesinde 30 yataklı yoğun bakım ünitesinin kurulması
1970	Prof. Dr. Cemalettin Öner tarafından İstanbul Tıp Fakültesi'nde, Prof. Dr. Sadi Sun tarafından Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde ve Dr. Şevket Kaya tarafından İstanbul İlkyardım Hastanesi'nde yoğun bakım ünitelerinin kurulması
1970 ve sonrası	Yoğun bakım ünitelerinin giderek yaygınlaşması

Yönetim şekline göre yoğun bakım üniteleri açık ve kapalı yoğun bakım ünitesi olarak 2'ye ayrılmaktadır.

Açık yoğun bakım ünitesi, yoğun bakım hekimlerinin, ünitenin yönetiminden sorumlu olmadığı, gerektiğinde diğer uzmanlık alanlarından danışmanlığın talep edildiği ünitelerdir.

Kapalı yoğun bakım ünitesi, Tıbbi tedavi ağırlığı daha fazla olan ünitelerdir. Hastanın yatışından taburcu olana kadar ekip liderliği sorumluluğu yoğun bakım hekimlerine aittir.

Yoğun bakımlarda verilen bakım ve tedavinin yoğunluğuna göre yoğun bakım üniteleri 3 düzeye ayrılmaktadır.

1. Düzey Yoğun Bakım Ünitesi: Serviste takibi yapılamayan, tam monitörize olması gereken, invaziv olmayan solunum desteği verilen, yakın takip gerektiren hastaların kabul edildiği yoğun bakım üniteleridir. Daha fazla oranda hemşirelik bakımı gerektiren, tedavi hizmetlerinin sorunla ilgili alandan konsültasyon hizmeti alınması ile yürütüldüğü bu üniteler ara yoğun bakım olarak da adlandırılır. Hastanın durumunun ciddiyetine göre ayarlanmakla birlikte genellikle 3-4 hastaya bir hemşire bakım ve tedavi uygulamaktadır.

2. Düzey Yoğun Bakım Ünitesi: Yoğun bakım uzmanlarının tam gün çalıştığı fakat 24 saat sürekli hekim hizmetinin verilmediği, gerektiğinde hekimin çağrıldığı ünitelerdir. Postoperatif dönemdeki hastaların da takip edilebildiği bu düzeydeki ünilere, uzun süreli solunum desteği verilen, yoğun hemşirelik takip ve bakımı gerektiren hastalar kabul edilmektedir.

3. Düzey Yoğun Bakım Ünitesi: Bir sorumlu hekimle birlikte yoğun bakım uzmanlarının da sürekli ünite içerisinde hizmet verdiği tam kapsamlı tedavi ve bakım veren yoğun bakım üniteleridir. Komplike tüm hastaların kabul edildiği, multidisipliner çalışan bölümlerdir. En fazla 2 hastaya bir hemşire bakım ve tedavi uygulamaktadır (3,36,37,14,43).

2.1.3. Çocuk Yoğun Bakım ve Tarihsel Gelişimi

"Çocuk Yoğun Bakım"ın ortaya çıkışı, çocukların farklı fizyolojik, farmakolojik ve psikolojik gereksinimlerinin olduğunun ve bunların yalnızca kritik hastalığı olan çocuklar için tasarlanmış, onlara uygun malzeme ve pediatri alanında uzmanlaşmış personel ile donatılmış yoğun bakımlar aracılığıyla karşılanabileceğinin anlaşılmasının bir sonucudur (68).

Çocuk yoğun bakım üniteleri, bir ya da birden fazla organın yetersizliği, kritik hastalıklar, travmalar nedeniyle ve birçok diğer nedenle tıbbi bakım gerektiren, 1 ay-18

yaş arasındaki çocukların yaşamını sürdürmek, bakım ve tedavisini yapmak ve komplikasyon gelişmesini önlemek amacıyla gerekli olan teknik donanım ve malzemeye sahip, yakın takip ve tedavi ile birlikte profesyonel hemşirelik bakımının verildiği diğer pediatri servislerinden ayrı ünitelerdir. Akut hastalık, travma veya ameliyat sonrası yoğun bakım ihtiyacı olan çocuklara verilen hizmettir (14,22).

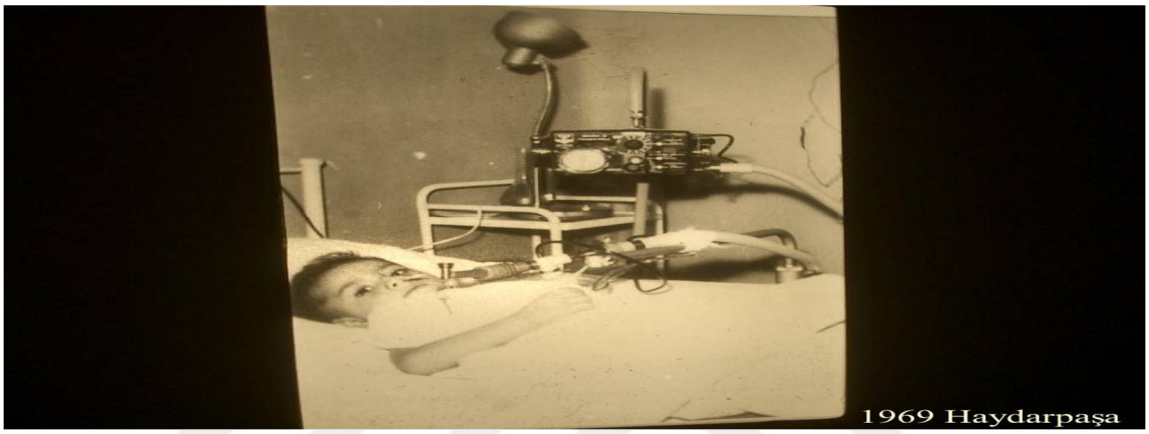
Türkiye'de yetişkin ve yenidoğan yoğun bakım uygulamaları 1950-1960'lı yıllarda başlamıştır. Ülkemizde uzun yıllar yoğun bakım ihtiyacı olan çocuklar, servislerde ya da yetişkin yoğun bakım ünitelerinin içinde yer almıştır (2,22,19). Tablo 2 de yoğun bakım ünitelerinin tarihsel gelişimi sunulmuştur.

Tablo 2.1.2. Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi Tarihsel Gelişimi

1860	Yoğun bakım konusundaki ilk adım Florence Nıghtingale'nin sağlık durumu ciddi olan askerleri bir arada toplayarak, hemşirelere yakın bir yere yerleştirmesiyle olmuştur. Florence Nıghtingale tarafından anestezi sonra uyanma odaları 1860 yılında İngiltere'de kurulmuştur.
1920-1950	Avrupa ve Amerika'da polio salgını, hastaya solunum desteği verilen yoğun bakım uygulamalarını başlatan sebep olarak görülmektedir.
1955	İlk multidisipliner çocuk yoğun bakım ünitesi Goteborg Çocuk Hastanesi'nde İsveçli pediatrik anestezi uzmanı Goran Haglund tarafından kurulmuştur.
1958	"Yoğun Bakım Ünitesi" terimi ilk kez anestezist Peter Solar tarafından kullanılmıştır.
1963	Fransa, Saint Vincent de Paul Hastanesi'nde ve Avustralya Kraliyet Çocuk Hastanesi'nde çocuk yoğun bakım ünitesi kurulmuştur.
1964	İngiltere, Liverpool Çocuk Hastanesi'nde, çocuk yoğun bakım ünitesi kurulmuştur.
1967	1967 yılında Amerika, Children's Hospital of Philadelphia ve Children's Hospital of Pittsburgh Hastanesi'nde, çocuk yoğun bakım ünitesi kurulmuştur.
1960	Yurtdışı eğitim çalışmalarına katılan Anestezist Dr. Cemalettin Öner ve Dr.Sadi Sun öncülüğünde yoğun bakım çalışmaları Türkiye'de

	başlatılmıştır.
1980	Hacettepe Üniversitesi başta olmak üzere, birkaç hastanede yoğun bakım ihtiyacı olan çocuklar farklı bir alanda toplanarak tedavi görmeye başlamıştır.
1994	İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde ilk çocuk yoğun bakım ünitesi, çocuk acil servisi içerisinde kurulmuştur.
2000 ve sonrası	Çocuk yoğun bakım üniteleri giderek yaygınlaşmıştır.

(22,16,21,53,19,20)



Şekil 2.1.3. İstanbul Haydarpaşa Hastanesi Yoğun Bakım Ünitesi

2.2. Dünya ve Türkiye'deki Çocuk Yoğun Bakım Ünitelerinin Mevcut Durumu

Yoğun bakım gereksinimi olan çocukların bakım ve tedavilerinin çocuk yoğun bakım ünitesinde sağlanması, yatış sürelerinin kısalmasına, mortalite oranlarının düşmesine, daha uzun ve sağlıklı yaşam sürdürmelerine olanak sağlamakta ve böylece maliyet etkin bir bakım sağlanmasına da yol açmaktadır. Ancak çocuk yoğun bakım üniteleri, tüm yoğun bakımlar içerisinde en geç yaygınlaşan yoğun bakım ünitelerdir. Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde bu üniteler, son 20 yıl içinde önemli gelişmeler kaydetmişlerdir (69).

Gelişmiş olan ülkelerdeki çocuk yoğun bakım üniteleri; ağır, yaşam tehdit eden ya da stabil olmayan kardiyovasküler, nörolojik, hematolojik/onkolojik acil durumlar, endokrin/metabolik, gastrointestinal, renal ve/veya çoklu sistem hastalıkları, sık izlem gerektiren ve yoğun girişim gerektirme olasılığı olan postoperatif hastalar ve özel

teknolojik ihtiyaçlar, izlem, karmaşık girişim ya da tedavinin uygulanmasını gerektiren durumlarda hasta kabul etmektedir.

Gelişmiş ülkelerden biri olan Amerika'da çocuk yoğun bakım ünitelerine en fazla solunum yolu hastalıkları, travma, post-op bakım, enfeksiyon ve sıvı-elektrolit bozuklukları kabul edilmektedir. Kabul edilen çocukların %53'ünde doğumsal kalp anormallikleri, serebral hastalıklar ve kromozom anormallikleri gibi kronik hastalıklar görülmektedir (70).

Afrika gibi gelişmemiş ülkelerde, yoğun bakım hizmeti verilmesi çeşitli engellerle karşılaşmaktadır. Bunlardan en önemlisi eğitilmiş personel, gelişmiş ülkelerde ekipte olan birçok ekip üyesi ve malzeme eksikliğidir. En son Ebola salgınında temel akut ve kritik bakım hizmeti verme yeteneğindeki eksiklik belirgin bir biçimde ortaya çıkmıştır. Salgın hastalık varlığında, afet durumlarında, savaşlarda yetersiz malzeme, personel eksikliği ve çocuk yoğun bakım ünitelerinin yetersizliği nedeniyle beş yaş altı çocuk ölümleri, gelişmekte olan ülkelere göre daha fazla görülmektedir (69).

Sahra altı Afrika ülkelerinin önemli şehirlerinde, arteriyel kan gazları, serum elektrolit düzeyleri gibi tanı amaçlı yaygın kullanılan kan testleri sıklıkla mevcut değildir. Dünya nüfusunun 2/3'inde mali kısıtlılıklar, enfeksiyon riskleri nedeniyle yeterli düzeyde tıbbi görüntüleme ve invaziv izlemler yapılamamaktadır. Gelişmekte olan birçok ülkelerin başkentlerinde içme suyu, elektrik ve oksijen kaynağına ulaşmakta sıkıntı yaşanmaktadır. Afrika'da oksijen eksikliği, ölüm nedenleri arasında yer almaktadır (66).

Çocuk yoğun bakım üniteleri ülkemizde birçok merkezde servis ya da genel yoğun bakım üniteleri içerisinde yer almaktadır. 2005 yılında Köroğlu, Atasever ve Duman tarafından Türkiye'de çocuk yoğun bakım ünitelerinin durumunu belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, çocuk yoğun bakım hizmeti veren 40 üniversite ve kamu eğitim hastanesinden 34'ü çalışma kapsamına alınmıştır. Bu 34 hastanenin %76'sı üniversite hastaneleri içinde yer almaktadır ve çocuk yoğun bakım ünitelerinin sadece %28'i yönetimsel olarak da ayrı olarak kendi ünitesine sahiptir. Diğer çocuk yoğun bakım üniteleri çocuk servisleri ya da çocuk acil servisleri ile ortaklaşa ve malzeme paylaşarak hizmetlerini yürütmektedir. Çocuk yoğun bakım hizmeti vermeyen ve çocuk yoğun bakım ünitesi olmayan hastanelerin %56'sı yoğun bakım gerektiren çocuk

hastalarını yetişkin yoğun bakım ünitelerine, %44'ü ise çocuk yoğun bakım ünitesi olan başka hastanelere sevk ettiklerini belirtmişlerdir. Hastanelerin, %50'sinde ünite sadece tek bir odadan oluşmakta ve % 22'sinde başka bir servisin içinde yer almaktadır(20).

Türkiye'de yılda yaklaşık 60000 çocuğun yoğun bakıma ihtiyacı olmaktadır. Mevcut çocuk yoğun bakım üniteleri, bu ihtiyacın sadece %20'sini karşılayabilmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın 2002-2015 verilerine göre, ülkemizde 1.düzey çocuk yoğun bakım üniteleri yatak doluluk oranları %100'e yakınken, 3. düzey çocuk yoğun bakım üniteleri yatak doluluk oranları %75'tir(67). Birçok hastanede çocuk yoğun bakım uzmanı ve hemşiresi olmadan çocuk yoğun bakım tedavileri uygulanmaktadır (67).

Sağlık Bakanlığı'nın 2005 yılı verilerine göre, ülkemizde 65 üniversite ve kamu hastanesinin 32'sinin çocuk yoğun bakım hizmeti verdiği bildirilmiştir. Ülkemizde tam donanımlı 123 çocuk yoğun bakım yatağı bulunduğu, yaklaşık 743 yoğun bakım yatağına ihtiyaç duyulduğu belirtilmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın 2002-2015 verilerine göre ise, 3.düzey çocuk yoğun bakım yatak sayısı, 2. düzey çocuk yoğun bakım yatak sayısına oranla daha fazladır (67).

Ülkemizde 2009 yılında yapılan bir çalışmada, cerrahi sonrası çocukların çocuk yoğun bakım ünitelerinde izlenmemesinin, terminal dönem hastalarının yoğun bakıma yatırılmasının, çocuk yoğun bakım uzmanı eksikliğinin, hemşire sayısındaki yetersizliğin, hastane enfeksiyonlarının ve birimin işleyişi ile ilgili sorunların ülkemizde çocuk yoğun bakım ünitelerindeki mortaliteyi arttırdığı ortaya konulmaktadır (54).

2.3. Çocuğun Yoğun Bakım Ünitesinde Yatmasının Aile Üzerindeki Etkileri

Çocukları yoğun bakım ünitesinde yatan aileler ev ve hastane olmak üzere iki dünya arasında yaşamlarını sürdürmektedir. Ailenin yapısı, daha önce yaşamış oldukları deneyimler, ailenin inanç ve değerleri, iş çevresini, sosyal çevresini, dini gelişimini etkilemektedir. Çocuğunun yoğun bakım ünitesinde ne kadar kalacağını bilememek, yoğun bakımda sürekli çalan alarmlar, sesler, ışıklar, tıbbi cihazlar, çocuğu hakkında yeterli bilgi sahibi olamama, verilen bilgilerin çok fazla tıbbi terim içermesi, yoğun bakımın eve olan uzaklığı ve sürekli olarak yoğun bakım içerisinde bulunmak, ailenin maddi problemler yaşamasına, iş değişikliklerine, ailenin hep birlikte ve bireysel geçirdiği zamanın yetersizliğine, aile içerisindeki iletişimin bozulmasına, aile rollerinin

değişmesine, çocuğunu yoğun bakımdan çıktıktan sonra eve götürmeye korkmasına, çocuğunu kaybetmekten korkmasına neden olmaktadır. Ailenin yapısı, inançları ve sosyo-kültürel çevresi de ailenin yaşadığı olumsuz duyguları atlatmasına yardımcı olabilmektedir. Ancak ailenin bu şekilde yaşamış olduğu kaygı ve streslerin üstesinden gelebilmesi için öncelikle çocuğuyla en fazla vakit geçiren hemşiresine güvenmesi gerekmektedir(56). Hemşirenin aile ile güvene dayalı bir ilişki geliştirebilmesi için de yoğun bakımın aile üzerindeki etkilerini tüm yönleri ile anlamasına ihtiyaç vardır.

Çocuklar akut-kronik hastalık, travma veya cerrahi bir operasyon sonrasında tedavi ve bakımları için yoğun bakım ünitesine yatırılmaktadır. Çocuğun yoğun bakım ünitesinde yatması, yukarıda belirtildiği gibi aile yaşantısının değişmesine, ekonomik sıkıntılara, ailedeki rollerin değişmesine neden olmakta ve ailenin stres ve kaygı düzeyini artırmaktadır(6, 23, 54). Literatürde yoğun bakım ünitesinde ailenin en fazla stres ve kaygı yaşamasının nedenleri; farklı aletlerle yapılan izlem ve uygulamalar, aletlerden çıkan değişik sesler, uygulanan çok çeşitli girişimler ve bu atmosferin çocuğun görünümünde yarattığı farklılıklar ve davranış değişiklikleri, zaman zaman sağlık personeli ile yaşanan iletişim güçlükleri ve ziyaretlerin sınırlandırılması gibi faktörler (3,6,23,54) olduğu belirtilmektedir.

Ailenin yoğun bakım sürecinde çocuğundan uzak kalması, ona dokunamaması yanında sürekli bulunamaması, ağladığında yanında olamaması ve çocuğunu besleyememesi hasta çocuğun ailesi olma rolünü kabullenmesi açısından güçlük yaratmaktadır (3, 6, 9,). Literatürde, çocuk yoğun bakım ünitelerinde ailelerde gözlenen kaygı ve stres nedenleri şu şekilde ifade edilmektedir;

- Hastalığın prognozundaki belirsizlik,
- Çocuğun yoğun bakımdaki fiziksel görünümü,
- Çocuğa çok sayıda çeşitli tıbbi işlem yapılması,
- Ailenin yabancı bir ortamda olmasına bağlı kontrol ve bağımsızlık kaybı,
- Aile üyelerinde rol değişiklikleri,
- Ailenin hastane ortamında tanımadıkları korkutucu araçlarla karşılaşmaları,
- Çocuğun yoğun bakım içerisindeki seslerden etkilenme durumları,
- Ailenin çocuğun bakımında sağlık ekibi üyelerine göre kendilerini daha önemsiz hissetmeleri,
- Yoğun bakımda bulunan sağlık çalışanlarına güvensizlik,

- Yoğun bakımda bulunan sağlık çalışanlarıyla iletişim sorunları,
- İstedikleri zaman çocuklarını görememe,
- Çocuğunu kaybetme korkusu,
- Kardeşlerin birbirlerini görememeleri,
- Çocuğun hastalığı nedeniyle suçluluk duymaları,
- Evdeki diğer aile üyeleri için kaygı yaşamaları ve
- Mali kaygılar yaşamalarıdır (41,42,56,58,60).

Aile rolündeki değişiklikler; aileler çocukları yoğun bakımda yattığı için anne baba olarak rollerinde değişimler yaşayabilmektedir. Artık çocuklarının beslenmesinden, bakımından yoğun bakımda bulunan sağlık personelleri sorumlu olmaktadır. Aile sürekli hastanede olduğu için evde başka çocukları da varsa onlarla anneanne, babaanne, teyze ya da büyük çocuk ilgilenmek zorunda kalmaktadır (56).

Mali sıkıntılar; Hastanede sürekli bulunmak anne-babanın bağımsızlıklarını kaybetme duygusu yaşamalarına ve iş yerleriyle sorunlar yaşamasına maddi sıkıntılara yol açabilmektedir (56).

Çocuğu kronik hastalığa sahip olan ya da yoğun bakım gerektiren ailelerde maddi açıdan 4 nedenle sorun yaşanabilmektedir. Bunlar;

- Tedavi ve takip için seyahat masrafları; tedavi için başka şehre gitme, gittiğinde kalacak yer ve yiyecek masrafları, evdeki çocuklar için farklı düzenlemeler yapmalarının gerekmesi nedeniyle yaşanan mali güçlüklerdir.
- Ebeveynin işten ayrılması ya da işe daha az zaman ayırması nedeniyle gelir kaybı; birçok ebeveynin iş örüntüsü özelliklede annelerinki etkilenmektedir. Kariyer kayıpları, iş saatinin azalması, kendi işini yapanlarda çalışma saatlerinin azalması nedeniyle gelirin de azalması gibi nedenlerle yaşanan mali güçlüklerdir.
- Tedavi için cepten harcama yapılması; sigortasının olmaması ya da var olan sigortanın tüm giderleri karşılamaması ve ek harcamaların yapılmasının gerekmesi nedeniyle yaşanan mali güçlüklerdir.
- Yardım veya gelir desteği için programları kullanamama; özellikle işsizlik desteği sağlayan toplumlarda hastalık durumunun yarattığı işten çıkmanın diğer işsizlik mağdurları gibi değerlendirilmemesi ve yeterli mali destek alamamaları nedeniyle yaşanan mali güçlüklerdir (82).

Diğer çocukları için endişelenme ve kardeşlerin birbirlerini görememeleri; anne ve baba sürekli hastanede oldukları için evdeki diğer çocuklarla yakınları ilgilenmesine rağmen aile onlar için de endişe duymaktadır. Tehrani ve arkadaşlarının 2012'deki çalışmasına göre annelerin tamamına yakını, likert bir skala üzerinde yüksek ve çok yüksek oranda hastanede yatan çocuğun hastalığı nedeniyle evdeki çocuklarının rahatlığını sağlayamayacağını düşündüğünü belirtmiştir (83). Literatürde annelerin evdeki çocuklarında gözledikleri davranışlar; okul başarısızlığı, enüresis, depresyon, baş ağrıları, okul fobisi, sürekli karın ağrıları ve ağır ayrılık anksiyetesi olarak bildirililmiştir. Ayrıca annelerin hasta çocuğun kardeşlerine karşı aşırı koruyucu ve aşırı müsamahakâr davrandığı da belirtilmektedir. Evdeki kardeşler hastaneye gelmek ve kardeşlerini görmek isterken, tüm aile de bir arada olmak istemektedir (56,83).

Çocuğun hastalığının prognozundaki belirsizlik, aile üyeleri sağlık personelinden hastalığın seyri hakkında bilgi, sordukları sorulara dürüstçe cevaplar ve çocuğun sağlığı konusunda beklenen sonuçlarla ilgili açıklamalar istemektedirler. Ailelerin hasta olan çocukları üzerindeki kontrolleri azaldığı ya da tamamen ortadan kalktığı için çocuğun prognozundaki belirsizlik aileyi daha fazla etkilemektedir. Hastalığın ciddiyeti, çocuğunun iyileşip iyileşmeyeceğini bilememek, ailelerin çocuklarını kaybetme korkusu yaşamasına da neden olmaktadır. Ailenin bu süreci atlatmasında sosyal destek sistemlerinin etkisi büyüktür (56,84).

Çocuğun yoğun bakımdaki fiziksel görünümü, çocukların yoğun bakımdaki görüntüleri, ciltlerinin soluk olması, ödemli görünmeleri, yoğun bakım içerisinde bulunan araç-gereçler, çocuğun vücuduna takılmış olan çeşitli tüpler ve malzemeler, çocuğa yapılan tıbbi işlemler ailede ciddi ölçüde strese neden olmaktadır. İran'da çocuğu hastanede yatan ailelerin stres kaynaklarını ölçmek amacıyla yapılan bir çalışmada, % 82.7 oranında ailelerin en fazla çocuğun görünümünden, zayıflığından, renginin soluk olmasından etkilendikleri belirlenmiştir. (83).

İstedikleri zaman çocuklarını görememe, yoğun bakım ünitelerini, enfeksiyondan korumak, hasta mahremiyetini sağlamak, ailenin duygusal travma yaşamasını önlemek ve personel eksikliğine bağlı hizmeti aksatmamak gibi nedenlerle yoğun bakım ünitelerinde hasta ziyaretini kısıtlamaktadır. Yoğun bakım ünitesine hastanın yatışından itibaren evde ailenin üstlendiği bakım verici rolü, sağlık çalışanlarına aktarılmaktadır. Çocukları ile sınırlı iletişim ve yaşadıkları rol kaybı,

ailede kaygı ve stresin artmasına neden olur. Ancak aile merkezli bakım anlayışının benimsendiği ve ailenin kararlara ve çocuğun bakımına katıldığı birimlerde aileler daha az kaygı ve stres yaşamaktadırlar. Amerikan Kritik Bakım Enstitüsü(American College of Critical Care Medicine), ailelerin günde 24 saat çocuklarını yoğun bakım ünitesinde ziyaret etmelerine izin verilmesini önermektedir. Fakat ünitelerdeki personel eksiklikleri, mahremiyet kaygıları, yeterli alanın olmaması, temizliğin sağlanamaması, hastanede kalmak için uygun alanların olmayışı gibi nedenlerle 24 saat ziyaret birçok ülkede uygulanamamaktadır (78).

Sağlık personeliyle iletişim sorunları, ailelerin stres ve kaygı nedenlerinin başında yetersiz bilgi yer almaktadır. Ailelere dürüstçe ve anlaşılabilir bilgiler verilmelidir. Aileye verilen doğru bilgiler aile ve sağlık çalışanları arasındaki güveni de arttırmaktadır. Doktor ve hemşirelerin verdikleri bilgiler arasındaki tutarsızlıklar ailede kaygı ve stresin daha da artmasına neden olmaktadır. Her aileye, kendi anlama düzeyine uygun, açık ve tıbbi terminoloji kullanmadan bilgi verilmesi iletişim sorunları yaşanmasını önleyebilir. Farahani ve arkadaşlarının (2014), İran'lı hemşirelerin yoğun bakım ünitesindeki hastaların ailelerine bilgi verilmesi konusundaki etik yaklaşımlarını inceledikleri niteliksel çalışmaya göre, iki ana ve 5 alt tema ortaya çıkmıştır. Ana temalardan ilki olan bilgi desteğinin iki alt boyutu vardır ve bunlar; bilgi verirken dürüst olunması ve verilen bilginin eksiksiz ve anlaşılır olmasıdır. İkinci ana tema olan duygusal desteğin de 3 alt boyutu vardır bunlar ise; aşamalı bilgi verilmesi(özellikle kritik durumlarda kötüleşme durumunu birden aileye söylememe), bilginin empati kurularak verilmesi ve ilk iki alt boyutun kullanılması yoluyla bilginin güven ilişkisi içinde verilmesidir (58,85).

Ailenin kendisini suçlu ve önemsiz hissetmesi; çocuğunun yoğun bakım ünitesinde yatışı ve onunla çok fazla ilgilenemediğini düşünmesi ailede suçluluk duygusunun yaşanmasına neden olabilmektedir. Yoğun bakım ünitesinde yatan çocuğun tüm bakımı hemşireler tarafından karşılandığı için kendini dışlanmış ve çocuğunun bakımı konusunda kontrolü kaybetmiş hisseden aile bakımla ilgili kararlara katılmazsa kendisini önemsiz ve işe yaramaz hissetmektedir. Bu durumu önlemek için; aile de bakımla ilgili kararlara ve çocuğun bakımına dâhil edilmelidir. Ayrıca çocuğu için gerekli malzemeleri getirmesinin istenmesi, çocuk beslenebiliyorsa beslemesinin sağlanması gibi uygulamalar, ailenin suçluluk ve önemsizlik duyguları ile baş etmesini kolaylaştırabilmektedir (60,73).

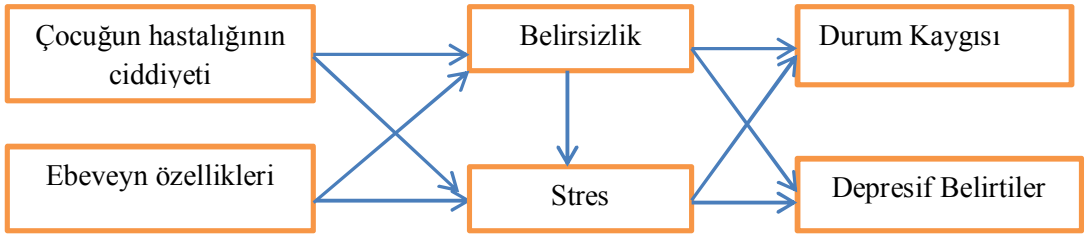
2.4. Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde Yaşanan Kaygı ve Stres

Çocuğu yoğun bakım ünitesine yatırılan aile çeşitli nedenlerle kaygı ve stres yaşamaktadır (5,6,25). Çocuğun hastalığının yaşamını tehdit etmesi, tanı ve tedavi işlemlerinin bilinmemesi, yoğun bakım ünitesi içerisinde bulunan araç-gereçler, personelin çalışma temposu, ebeveynlerin çocuğuyla iletişim kuramaması ailenin stres ve kaygı düzeyini arttırır (3,5). Çocuk ve aile arasındaki ilişkinin yeterince sürdürülememesi ailenin kaygı ve stresinin sürmesine neden olur (45) ve aile yoğun bakım ekibinden gerekli desteği ve yeterli bilgiyi de alamazsa kaygı ve stresi; suçluluk, öfke, korku gibi olumsuz duygulara dönüşebilir (5,6).

Kaygı Türk Dil Kurumu Sözlüğüne göre(TDK); üzüntü, endişe duyulan düşünce, güçlü bir istek ya da dürtünün amacına ulaşamayacak gibi gözüktüğü durumlarda beliren tedirgin edici bir duygu olarak ifade edilirken, stres ise, canlı organizmasında savunma uyandırıcı etkilerle (stres faktörü) buna karşı oluşan savunma mekanizması dayanıklılığı azaltan fiziksel veya mental gerilim, gerginlik olarak tanımlanmaktadır (88).

Kaygı, stresin duygusal bileşenlerinden biridir. Kaygı ve stres kişide dikkati toplayamama, kendini konuya verememe ve algı bozukluğuna neden olmaktadır. 2011 yılında 71 öğrencinin stres ve kaygı düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan bir araştırmada; stresin, çoğu zaman olumsuz duygulara yol açtığı ve her bireyin stresli durumla başa çıkabilmesinin uyum yeteneğine ve sosyal desteğine bağlı olarak değiştiği belirtilmektedir. Çalışmanın sonucuna göre, kişide stres arttıkça kaygı da doğru orantılı olarak artmaktadır (89).

Wereszczak ve arkadaşları 1997 yılında yenidoğan yoğun bakım ünitesinde ebeveyn belirsizlik ve stres modelini geliştirmişlerdir. Bu modelde çocuğun hastalığının ciddiyeti ve ebeveyn özelliklerinin stres, kaygı, belirsizlik ve depresif sorunların birbirleriyle ilişkileri açıklanmaktadır (92). Yaş grubu farklı olmakla birlikte çocuğun yoğun bakım ünitesinde yatmasının ebeveynler üzerinde yarattığı etkiler benzerlik göstermektedir. Bu nedenle bu modelin bileşenleri ile stres ve kaygı kavramlarının model içinde nasıl yer aldığının anlaşılması için şekil 2.4'te yenidoğan yoğun bakım ünitesinde ebeveyn belirsizlik ve stres modeli sunulmuş ve daha sonra modelin bileşenleri açıklanmıştır.



Şekil 2.4. Yenidoğan Yoğun Bakımda Ebeveyn Belirsizlik ve Stres Modeli

Bu modele göre, ebeveyn belirsizlik ve stres modeli bileşenleri; çevresel faktörler ve durumsal faktörler olarak iki bileşenden oluşmaktadır. Çevresel faktörler; çocuğun yoğun bakımdaki görünümü, ebeveyn rolündeki değişiklik ve yoğun bakım içerisindeki sesleri ifade ederken, durumsal faktörler çocuğun hastalığının ciddiyetini ve belirsizliğini ifade etmektedir.

Çocuğun hastalığının ciddiyetini, model yeni doğanlar için geliştirildiğinden, doğum kilosu, doğum haftası, doğumsal hastalığının varlığı olarak belirtmektedir.

Ebeveyn özellikleri modelde, çocuğun durumundaki belirsizlik, yenilik olması ve çocuğun hastalığının ebeveynler tarafından kontrol edilememesi gibi durumlar stres durumunu artırarak ebeveyn rolünde değişikliklere yol açabilmektedir olarak açıklanmaktadır.

Belirsizlik, aile çocuğun hastalık sürecine anlam veremediğinde, hastalığı tam olarak anlayamadığında ya da yetersiz bilgi verildiğinde ortaya çıkmaktadır.

Stres, çocuğun görünümü, ailenin taleplerinin karşılanmaması ve sosyal desteğinin olmaması gibi faktörlerle yaratılmaktadır ve aynı zamanda diğer aile üyeleri ve sağlık çalışanlarından da etkilenmektedir.

Depresif belirtiler, üzüntü, ilgi kaybı, suçluluk hissi, iştah kaybı, uyku bozukluğu, yorgunluk hissi ve konsantrasyon eksikliği ile ortaya konulmaktadır.

Kaygı modelde, kişiyi mutsuz eden durumlara karşı oluşan duygusal deneyim olarak tanımlanmakta ve endişeli düşüncelere, kan basıncının artmasına, psikolojik değişikliklere, terleme, titreme, baş dönmesi, çarpıntıya neden olduğu belirtilmektedir. Sürekli kaygı ve durum kaygısı olmak üzere iki çeşit kaygı tanımlanmıştır. **Sürekli kaygı,** içinde bulunulan durumu genellikle stresle yorumlamak olarak ifade edilirken,

durum kaygısı, durumdan duruma değişen sürekli olmayan kaygı olarak ifade edilmektedir.

Çocuğun hastalığının şiddeti ve ebeveyn özellikleri direk olarak "ebeveyn belirsizliği ve stresine", indirek olarak ise "ebeveyn kaygısı ve depresif semptomlara yol açmaktadır. Modelde açıklandığına göre, stresin ana kaynaklarından biri kaygıdır. Belirsizlik ve stres birbirleriyle bağlantılı olup, durum kaygısı ve depresif semptomlara yol açmaktadır (92).

Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde, ailenin kaygı ve stres düzeyini etkileyen bazı sosyo-demografik özellikler dikkat çekmektedir. Bu sosyo-demografik özellikler; aile bireylerinin eğitim durumları, sosyal destek varlığı, bilgi gereksinimi, ailedeki çocuk sayısı, ebeveynlik rolündeki değişiklik ve ailelerin sosyo-ekonomik durumu.

- **Aile bireylerinin eğitim durumu:** Ailenin eğitim durumu, çocuklarına karşı tutumlarının belirlenmesinde etkilidir. Yapılan araştırmalara göre, ilkokul mezunu bir aile ile yüksekokul mezunu olan ailenin çocuklarına uyguladıkları tutum ve davranış birbirinden farklıdır (8).
- **Ailenin sosyal destek varlığı:** Ailede kaygının en aza indirilmesinde yoğun bakımdaki sağlık personellerine özellikle de çocuğa bakım veren hemşirelere çok fazla sorumluluk düşmektedir. Hemşire, ailenin sosyal destek varlıklarını araştırmalıdır. Ailenin bu zor günlerinde onlara destek olabilecek kişilerin varlığını öğrenmeli ve aileye destek olmaları için onlarla iletişime geçebilmelidir. Yoğun bakımda çocuğu yatan diğer aile üyeleriyle toplantılar düzenleyerek aileler arasındaki paylaşımları arttırarak, birbirlerine destek olmalarını sağlamalıdır. Aileler, aynı durumdaki diğer ailelerle etkileşim içinde olarak ortak duygu ve düşüncelerini paylaşırlar, ortak sorunlarına birlikte çözümler bularak sosyal soyutlanmalarını en aza indireceklerdir (8). 2015 yılında çocuğu yoğun bakımda yatan aileler tarafından 20 blogta çocuğu hastanede kaldığı sürece boyunca karşılaştıkları sorunlar ve bunlarla başa çıkma yolları araştırılmıştır. Aileler, yoğun bakımda hemşirelerle aralarındaki etkileşimin önemli olduğunu, hemşireler otoriter davrandıklarında kendilerini yetersiz hissettiklerini ve kaygılarının arttığını ifade etmişlerdir. Bloglarda paylaşımda bulunan aileler, başkalarını anlama ve izolasyonu azaltmayla topluluk oluşturma, bilgi ve deneyim paylaşarak stres ve kaygıyla baş etmeye çalıştıklarını ifade etmişlerdir (90).

- **Ailenin bilgi gereksinimi:** Çocuğu hakkında gerçek ve doğru bilgiyi almak ailenin en önemli haklarından biridir. Aile çoğu zaman doktora ulaşmakta sorun yaşamaktadır. Hemşire aileyle doktor arasındaki iletişimi sağlamaktadır. Çocukla en fazla vakit geçiren hemşire olduğu için, aile çocuğun hemşiresinden de bilgi almak istemektedir. Aile çocuğun gecesinin nasıl geçirdiğini, gün içerisinde çocuğa hangi işlemlerin yapılacağını öğrenmek istemektedir (8, 26,57,58).
- **Ailedeki çocuk sayısı:** Ailedeki çocuk sayısı ne kadar fazlaysa aile o kadar çok stres yaşamaktadır. Çocuklarından biri yoğun bakımda yatarken, evdeki diğer çocuklarla kimin ilgileneceği, onların okul yaşantısı, beslenme durumları ailede strese neden olmaktadır. Ailede teyze, babaanne, anneanne varlığı ailenin stresini biraz da olsa azaltabilmektedir (8).
- **Sosyo-ekonomik düzey:** 2016 yılında İspanyol ailelerin stres düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, çocukları yoğun bakımdan taburcu edildikten 158 gün sonra ailelerle görüşülerek elde edilen sonuçlarda ailenin sosyo-ekonomik düzeyi düştükçe daha fazla stres yaşadığı ve genç ailelerinde diğer ailelere oranla daha fazla stres yaşadıkları ortaya çıkmıştır (58).

2017 yılında İsveç'te, çocuğu yoğun bakımda tedavi görüp taburcu olduktan 2 yıl sonra yoğun bakım deneyimlerini incelemek için 10 aile araştırma kapsamına alınarak niteliksel bir çalışma yapılmıştır. Bu araştırmaya göre; Ailelerin çocuklarının görünüşlerini unutamamaları, çocuklarının görünümünden dolayı ziyarete gelmek istememeleri ve bu durumun hemşireler tarafından olumsuz algılanması, çocuklarına yardımcı olamamaları, yoğun bakımdaki ekipmanlar, sesler, servise taburculuğa hazır olmamaları, uzun süre hastanede kalmak zorunda oldukları için işlerini kaybetmeleri ve ekonomik durumlarının bozulması ailede kaygı ve strese neden olmuştur (74).

2.4.1.Stres

Stres, baskı ya da gerginlik olarak tanımlanmaktadır. Hans Selye stresi, vücuda yüklenen herhangi bir özel olmayan isteme karşı, vücudun tepkisi olarak tanımlamıştır. Bireyi zorlayan bir fiziksel ya da psikolojik uyarı karşısında bireyin geliştirdiği uyum amaçlı tepkilerdir (31).

Stresle başa çıkma, birey tarafından tehdit edici olarak algılanan stres kaynaklarını azaltmak veya değiştirmek için ortaya koyulan bilişsel ve davranışsal çabalardır. Stresle başa çıkma tarzları kişiden kişiye değişiklik gösterir. Stresle başa çıkmada "problem

odaklı" ve "duygu odaklı" genellikle iki strateji kullanılır. Problem odaklı stresle başa çıkmada bireyler problemi değiştirecek ve gelecekte tekrar karşılaşmayı önleyecek tedbirler alırlar. Duygu odaklı stresle başa çıkmada, bireyler duygularını erteleme, ağlama ya da yeme-içme şeklinde gösterirler. Problem çözme becerisi yüksek olan kişiler, doğrudan stres yaratan durumu anlamaya ve değiştirmeye çalışır. Problem çözme becerisi düşük olan kişiler, genellikle duygu odaklı hareket ederler (30, 31,32.)

Literatürde çocuğu yoğun bakım ünitesine yatan ailelerin 1/3'inde akut stres bozukluğu görülmektedir. Ebeveynlik rolündeki değişiklik, çocuğunun ağrılı işlemlere maruz kalması, doktorlar tarafından verilen tutarsız bilgiler, çocuğunu kaybetme korkusu, çocuklarının yoğun bakımdaki görünümleri ailedeki önemli stres faktörlerindendir. Evdeki diğer aile üyelerinden ayrı kalma ve yeterince ilgilenememe, kardeşlerin birbirlerinden ayrı kalması, hastalığın prognozunun bilinmemesi de aile üyelerinde strese neden olmaktadır (72,73).

Literatür incelendiğinde ebeveynlik rollerindeki değişiklik, çocuğu yoğun bakım ünitesinde yatan ailelerin başta gelen stres kaynaklarından biri olarak belirtilmektedir. Pediatrik yoğun bakım ünitesinde yapılan niteliksel bir çalışma sonucunda, ailelerin pediatrik yoğun bakım ünitesinde ebeveynlik rollerini algılamalarına ilişkin üç ana tema ortaya çıkmıştır.

1. Çocuğun yanında bulunmak ve çocuğun yoğun bakım içerisindeki bakımına katılmak

2.Çocuk yoğun bakım ekibi ile güvene dayalı bir ortaklık oluşturmak

3.Yoğun bakım ekibi içerisinde çocuğunu en iyi tanıyan kişi tarafından bilgilendirilmek (71).

Hastalık sahibi bireylerin aileleri stresle başa çıkmakta zorlanmakta genellikle de bu durum bilgi eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Çocuğu yoğun bakımda tedavi gören ailelerde, stresle başa çıkma konusunda yetersiz kalmakta, çocukları için endişelenmekte ve kaygı duymaktadırlar. Bireylerin stresle başa çıkma tarzlarını belirlemede ve etkili baş etme yöntemini kullanmalarında hemşireler önemli bir yere sahiptir. Hemşireler ailelerin stresle başa çıkma durumlarını belirlemeli, etkin baş etme yöntemleri olup olmadığını değerlendirmeli, uygun başa çıkma yöntemlerini

desteklemeli uygun olmayan yöntemleri bırakmalarını sağlamalı ve aileye bu konuda danışmalık yapmalıdırlar (30,32).

2.4.1.1. Stresin Aşamaları

Stres, birey üzerinde bazı değişikliklere neden olur. Hans Selye, stres aşamalarını şu şekilde tanımlamıştır;

- **Alarm Dönemi:** Kişinin stresle karşılaştığı ilk andır. Bu aşamada kişi strese adapte olmaya çalışır. Stresle mücadelede vücutta bazı değişiklikler meydana gelir. Bunlar; göz bebeklerinde büyüme, ağız kuruluğu, boyun ve omuz kaslarında gerginlik, sık nefes alma, terlemedir. Stres bu aşamada biterse kişi rahatlar, stres devam ederse direnç aşamasına geçiş olur.
- **Direnç Dönemi:** Strese direnmek için verilen tepkiler dönemi. Savaş ya da kaç dönemidir. Bu dönemde denge sağlanmaya çalışılır. Stresle mücadele edilerek direnç dönemi başarılı atlatılırsa kişi rahatlar, başarısız olunup stres devam ederse kişi tükenme dönemine geçer.
- **Tükenme Dönemi:** Bu dönemde kişi artık stres karşısında dayanıklılığını kaybetmiştir. Vücut direncini kaybederek şu belirtiler ortaya çıkar; yorgunluk, sinirlilik, aşırı yemek yeme, ağlama ve gülme krizleri, kas ağrıları, baş ağrısı, kalp çarpıntısı, yüksek tansiyon (48,49).

2.4.1.2.Stres Belirtileri

Stresle karşılaştığımda, vücudumuz strese yönelik birçok tepki vermektedir. Stresin belirtileri; fiziksel, duygusal, zihinsel, sosyal ve işyerinde stres belirtileridir.

- **Fiziksel Stres Belirtileri:** Stresten fiziksel olarak etkilenme kişiden kişiye hipertansiyon, göğüs ağrısı, kas spazmı, kronik yorgunluk, uykusuzluk.
- **Duygusal Stres Belirtileri:** Kişiler kendi davranış biçimlerine uygun olarak stres karşısında birtakım duygusal belirtiler gösterecektir. Bunlar; kaygı ve endişe, depresyon, çabuk ağlama, gerginlik, öfke patlamaları.
- **Zihinsel Stres Belirtileri:** Hayal kurma, unutkanlık, iş kalitesinde düşme, hatalarda artış.
- **Sosyal Stres Belirtileri:** Güvensizlik, başkalarını suçlama, kişilerle dargın olma, konuşmama.

- **İşyerinde Stres Belirtileri:** Yaşantımızın büyük çoğunluğunu iş hayatı oluşturmaktadır. İş yaşantısında birçok stresle karşılaşmaktayız. İş stresinin en önemli nedenleri; rekabet, kendine güvensizlik, başarısızlık, panik, karar verme sürecindeki yetersizlik gibi birçok neden. Bu aşamada yöneticiler stres belirtilerinin farkında olup, stres kaynaklarını en aza indirmelidirler(48,49).

2.4.1.3. Stres Yaratan Faktörler

Kişiden kişiye stres yaratan faktörler değişkenlik göstermektedir. Stres yaratan faktörler bireysel, çevresel ve örgütsel olarak üç başlık altında incelenebilmektedir.

1.Bireysel Faktörler: Genellikle dış etkenlere bağlı stres yaşansa da kişinin kendi yapısından kaynaklanan, kendi yarattığı pek çok durum da strese neden olmaktadır. Bireysel en önemli stres kaynağı kişinin kendi kişilik özelliğidir.

2.Çevresel Faktörler: Kişiler ev ortamından çalıştıkları iş yaşantısına kadar birçok stresöre maruz kalmaktadır. Aile içerisindeki maddi sorunlar, hastalıklar, iş yerindeki havalandırma, gürültü, aydınlatma ve birçok neden kişide strese neden olabilmektedir.

3.Örgütsel Faktörler: Örgütsel stres faktörleri birkaç madde içerisinde toplanmıştır. Bunlar; iş yükü, rol çatışması, iş güvenliği, örgütsel liderlik, kişiler arası ilişkiler, ast-üst ilişkisi, sorumluluk, rekabet (48,49,50).

2.4.1.4. Stresle Başa Çıkma

Çocuk, ailenin en önemli varlığıdır. Çocuk hastaneye yattığında aile çocuklarının yaşayacağı sonuçlardan endişe duyar. Aileler hastalığa neyin sebep olduğu konusundaki belirsizlikler, anlaşılmayan tıbbi terimler ve anlatılanların tam anlaşılmamasına bağlı karar verme güçlükleri ile alışılmadık, beklenmedik, istenmeyen, korkutucu bir ortam içerisine girerler (90). Birçok konuda ortak özellikler göstermelerine karşın aileler yaş, eğitim, kültür gibi farklılıklar nedeniyle içinde bulundukları duruma farklı tepkiler verebilmektedirler.

Yoğun bakım içerisinde çocukla en fazla ilgilenen meslek grubu hemşirelerdir. Hemşireler, uygun yaklaşımlarla ailelerin duruma adaptasyonunu sağlamada ve stresle baş etmelerinde önemli rol oynamaktadırlar. Bu yaklaşımlar, Her aileye özel, tıbbi terimler kullanmadan, anlayabileceği dilde bilgi verilmesi ve aileyi bakıma katması,

bakımda ebeveyn rolünün arttırılması için gerekli konularda destek olması gibi konuları içermektedir. Ebeveynlerin bakıma katılımlarının sağlanmasında; çocuk besleniyorsa, sevdiği yiyecekleri, çocuk kıyafet giyebiliyorsa çamaşırlarını yıkayıp getirmesinin, çocuğun günlük olarak tartılması sırasında yoğun bakıma alınıp çocuğunun tartılmasına destek vermesinin istenmesi ve çocuğun diğer bakım uygulamaları sırasında da görevler verilmesi gibi uygulamalar yapılabilmektedir. Yoğun bakımda çocuk için verilmesi gereken tüm kararlara aile de dâhil edilmelidir. Aile, çocuk ve hemşire arasındaki ilişki güven, dürüstlük ve saygı üzerine kurularak ailenin stresle başa çıkmasına destek olmak hemşirenin temel sorumlulukları içinde yer almaktadır (60,61,62).

Amerika'da 2004 yılında hemşirelerin yoğun bakımda yatan çocuklara bakım verme uygulamalarının ve ailelerin bu konudaki algılarını belirlemek için 10 aile üzerinde yapılan niteliksel çalışmada; aileler hemşirenin kendi çocuğuna sarılması ve merhamet duygusu göstermesinin kendilerine çocuğunun güvende olduğunu hissettirdiğini belirtmişlerdir. Hemşirenin çocuğun bakımına aileyi dâhil etmesi ve çocuğun evdeki alışkanlıklarını öğrenmek istemesi, ailenin ihtiyaçlarını dinlemesi, karşılaması ve destek olması, hemşirenin sevecen bir yaklaşımla çocuğa bakım vermesi, 24 saat çocuklarını görmelerine izin verilmesi ve istedikleri zaman yoğun bakımı arayıp kendilerinden bilgi alabileceklerinin iletilmesi, acil bir durum karşısında hemşirenin tıbbi ve teknik yeteneklerini sergileyebilmesi, çocuğun bağlı olduğu cihaz ve ekipmanların neler olduğu ve niçin takılı olduğu hakkında bilgilerin verilmesi, ailelere çocuklarının güvende olduğunu hissettirmiş ve yaşadıkları rol kayıplarının olumsuz etkilerini ve streslerini azaltmıştır (73).

Literatürde stresle başa çıkma konusunda yapılan araştırmalar incelendiğinde Jee ve arkadaşlarının 2012 yılında, ebeveynlerin streslerini ve baş etme mekanizmalarını inceleyen bir çalışmada; en fazla stres nedeninin çocukların sonuçlarıyla ilgili korkular ve çaresizlik olduğu ifade edilmektedir. Ailelerin baş etme stratejileri ise; çocuğunun daha iyi olacağına inanmak, olumlu düşünmek, bilgi almak ve çocuğuyla vakit geçirmek olarak tanımlanırken aile için sosyal desteğin varlığı da baş etmede büyük öneme sahiptir (91).

Stres ve başa çıkma işlem modelinin geliştirilmesine öncülük eden Lazarus, değerlendirme ve baş etme sürecini açıklayan bir çerçeve sunmaktadır. Başa çıkmak,

durağan bir özellik olmaktan çok dinamik bir süreçtir ve zamanla değişir. Modelin varsayımları şu şekildedir:

1.Duygular, kişi ve çevre arasındaki karşılaşmalar sonucu ortaya çıkar.

2.Süreç sürekli değişmektedir.

3.Kişi ve çevre bağlamı

4.Başa çıkmak, yönetilecek sürekli değişen bilişsel ve davranışsal çabalardan oluşur.

5.Stres sahibi kişinin kaynaklarını değerlendirme yeteneği

6.Başa çıkma kaynakları, harici destekler (90).

2.4.2. Kaygı

Sözlük anlamı; üzüntü, endişe duyulan düşünce olarak ifade edilmektedir. Kaygı kavramını ilk kullanan ve nedenlerini araştıran Freud olmuştur. Freud'a göre kaygı, her yerde her zaman tecrübe edilebilen, istenmeyen bir şey, hoş olmayan duygudur (29). Kaygı, korku ve endişenin aşırı yaşanması olarak tanımlanır. Kişinin kendisini güvensiz hissettiğinde geliştirdiği duygudur. Kaygı; üzüntü, sıkıntı, korku, sonucu bilememe gibi duygulardan bir veya birkaçını içerebilir. Spielberger, kaygıyı hissedilme zamanı açısından durumluk ve sürekli kaygı olarak tanımlamıştır. **Durumluk kaygı,** durumdan duruma yoğunluğu değişen sürekli olmayan, kişinin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği subjektif kaygıyken; **sürekli kaygı,** kişinin içinde bulunduğu durumları genellikle stresle yorumlayarak sürekli kaygılı olma durumudur (5,6,9,28,44).

Freud'a göre kaygı, üçe ayrılır:

1.Objektif/Gerçek Kaygı: Tehlike kaynağı kişinin dışındadır. Kişi kendi ihtiyaçlarını karşılamaya çalışırken bir zorlukla karşılaştığında ortaya çıkan kaygı durumudur.

2.Nevrotik Kaygı: Tehlike kişinin içerisindedir. Kişinin bastırılmış duygularından ortaya çıkar ve patolojik olarak tanımlanır.

3.Ahlak/Moral Kaygı: Kişinin içsel suçluluk, utanma, vicdan azabı gibi duygularının yarattığı manevi sıkıntıdır (46,47).

Olumsuz sonuçların ortaya çıkabileceği durumlarda, olumsuz sonucu beklemek ve düşünmek de kişide kaygı yaratır. Çocuğu yoğun bakım ünitesine yatırılan ailenin çocuğunu kaybetme korkusu, çocuğun iyileşme durumundaki belirsizlik, hastalığın kötü sonuçlanacağını düşünme ailenin kaygı yaşamasına neden olmaktadır (5,6,25). Çocuğun yoğun bakım ünitesine yatırılması ailede kaygıyla birlikte strese de neden olmaktadır. Çocukla aile arasındaki ilişki yeterince sürdürülemezse ailenin kaygı ve stresi devam eder (45).

Yoğun bakım sürecinde ailenin kaygısının farkında olmak, kaygının düzeyini belirlemek ve kaygıyı azaltmada etkili girişimleri kullanmak sağlık çalışanlarının görevlerindendir(5,9). Aileye çocuğun hastalığı hakkında, içerisinde bulunduğu yoğun bakım ünitesi hakkında, yoğun bakım ünitesinde yapılan işlemler ve kullanılan cihazlar hakkında bilgi vermek, çocuğun bakımına aileyi dahil etmek, ailenin duygu ve düşüncelerini ifade etmesini sağlamak, çocuğuna dokunmasına izin vermek, soru sormalarına izin vermek ve danışmanlık etmek ailenin kaygı düzeyinin azaltılmasını sağlayabilmektedir (6,9,25)

Erdim ve arkadaşlarının (2006) annelerin çocuklarının hastaneye yatışından etkilenme durumunu incelemek amacıyla yaptığı çalışmada; annelerin çoğunlukla(%84.2) çocuklarının hastalıklarıyla ilgili kaygı duydukları, sağlık çalışanlarından kaygılarının azaltılmasıyla ilgili yetersiz destek aldıkları, maddi güçlük yaşayan annelerin oranının % 79.2 olduğu, % 65'inin eşinden ve akrabalarından sosyal destek aldığı ve çocuğun hastanede kalma süresi arttıkça sağlık çalışanlarından destek alma durumlarının azaldığı bulunmuştur (26).

Ailenin tüm bu güçlüklerle başa çıkabilmesi; ailenin özelliği, hastalığı algılama şekli, hastalığa yüklediği anlam, hastalığın aile ilişkilerine nasıl yansıdığı, ekonomik gücü, destek güçlerin varlığı, baş etme yöntemleri gibi faktörlere bağlıdır (23,9,10). Ailelerin yaşadığı sorunların sağlık personeli tarafından bilinmesi, çocuk ve ailenin fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden bütüncül olarak değerlendirilmesine ve buna uygun eğitim ve danışmanlık sağlayacak destekleyici programlar oluşturulmasına katkı sağlar (9,10,6,23). Ailenin ebeveynlik rolü hakkındaki görüşlerinin bilinmesi ve buna yönelik destek ve rehberlik sağlanması gerekmektedir (71). Ailenin bütüncül olarak değerlendirilerek hastalığa uyumlarını sağlama, kullandıkları baş etme yöntemlerini

değerlendirme, gerekirse başka alanlardan destek almalarının sağlama, hasta ve çocukla en fazla birlikte olan hemşirelerin görevlerindendir (9,10,3,6,23).

2.4.2.1. Kaygı Belirtileri

Kaygı belirtileri; bilişsel belirtiler, duygusal belirtiler, davranışsal belirtiler, fizyolojik belirtiler olarak dört gruba ayrılır.

1. Bilişsel Belirtiler: Normal bilişsel işlevlerin abartılı hale gelmesi (aşırı uyanıklık hali gibi) ya da inhibisyonu (dikkat dağınıklığı gibi) söz konusudur. Düşüncelerin sisli, bulanık olması, çevredeki nesneleri uzakmış gibi ya da bulanık görme, çevrenin olduğundan farklı ve gerçek dışı görülmesi, önemli şeyleri hatırlayamama, düşünmeyi kontrol edememe, konsantrasyon güçlüğü, dikkat dağınıklığı, başa çıkamama korkusu, fiziksel zarar görme ya da ölüm korkusu görülmektedir.

2. Duygusal Belirtiler: Korku, sabırsızlık, endişe, gerginlik, sinirlilik, çaresizlik görülebilmektedir.

3. Davranışsal Belirtiler: Kaçma, huzursuzluk, olduğu yerde hareketsiz kalma, konuşma akışında bozukluk, yerinde duramama, hızlı nefes alma, koordinasyon bozukluğu görülür.

4. Fizyolojik Belirtiler: Çarpıntı, kan basıncında artma, titreme, terleme, bulantı, halsizlik, iştah kaybı, nefes darlığı, yutma güçlüğü, sık idrara çıkma, ateş basması gibi belirtiler görülebilir (77).

2.4.2.2. Kaygı Düzeyleri

Günlük yaşam koşullarına ve bireysel özelliklere bağlı olarak kaygı düzeyleri 4 aşamada görülmektedir.

1.Hafif Düzey Kaygı: Kişinin etrafındaki olaylardan haberdar olduğu ve bir duruma yoğunlaşma, öğrenme ve problem çözme konusunda motive eden kaygıdır.

2.Orta Düzey Kaygı: Kişinin olayı algılama, kavrama becerilerini azaltan kaygıdır. Kan basıncı, solunum ve nabızda artış görülür.

3.Yüksek Düzey Kaygı: Kişi yaşadığı küçük bir olay veya olaylar üzerine yoğunlaşmaktadır. Olaylar arasında ilişki kurmakta zorlanır. Göğüs ağrısı, dispne, çarpıntı, gerginlik görülür.

4.Panik: Kaygının en yoğun yaşandığı düzeydir. Kişi çevresel tehlikelere karşı yanıtsızdır. Baş dönmesi, baygınlık hissi gibi belirtilerle birlikte ölüm korkusu da görülmektedir (46,47).

2.5. Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde Hemşirenin Rolleri ve Danışmanlık

Sağlık Bakanlığı 8.3.2010 tarihli 2575 sayılı Hemşirelik Yönetmeliğinde, çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşiresini; evrensel çocuk hakları ve profesyonel hemşirelik rolleri doğrultusunda 0-18 yaş arasındaki çocukların aile ve toplum içinde fiziksel, bilişsel, duygusal ve sosyal yönden sağlıklı büyüme ve gelişmesi, hastalıklardan korunması ve sağlığının en üst düzeye çıkartılması, hastalandığında hasta çocuğun tedavisi, bakımı ve rehabilitasyonundan sorumlu hemşire olarak tanımlamaktadır (87).

Çocuk hemşiresi olmak;

- Her çocuğa ve ailesine saygı duymayı,
- Irk, etnik, kültürel ve sosyoekonomik çeşitliliğin farkında olup bunu hoşgörü ile karşılamayı,
- Çok zor olan durumlarda bile güçlükleri tanıma ve bakımı geliştirmeyi,
- Çocuk için yaptığı uygulamaları ve sağladığı desteği aile için de aynı özenle yerine getirmeyi,
- Politika, prosedür ve destekleyici uygulamaları farklı kültürde olan çocuk ve ailelerine göre esnetebilmeyi,
- Düşüncelerini ailelerle dürüstçe paylaşmayı ve tarafsız bilgi alışverişini sağlamayı,
- Resmi veya gayri resmi konularda olabildiğince destek sağlamayı,
- Hastalığın her aşamasında ailelerle ve diğer sağlık çalışanlarıyla işbirliği içerisinde olmayı,
- Her aileyi sağlık ile ilgili karar verme aşamasında sonuna kadar desteklemeyi ve onlara güven vermeyi gerektirir (94).

Çocuk yoğun bakım hemşireliği ise, çocuğa ilişkin genel hemşirelik uygulamalarının yanında; daha fazla sorumluluk alması ve dikkatli olması, acil bir durum karşısında kritik kararlar verip uygulayabilmesi, sorunu oluşmadan çözebilmesi ve çocuğun yanı sıra aileyi de bakımın parçası haline getirmesi gereken çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliğinin özel bir alanıdır. Özel eğitim ve uygulamaları kapsayan, araştırma sonuçlarının etkili bir şekilde kullanılmasını gerektiren bu alanda çalışan hemşireler, çocuk ve ailesini bir bütün olarak değerlendiren, hastaların yakın takibini sağlayan, koruyucu, tedavi ve rehabilite edici ileri bakım girişimlerini uygulayan sağlık profesyonelleridir (80). Çocuk yoğun bakım ünitesi teknolojik aletlerin kullanıldığı, hastaların durumlarının anlık değiştiği, hızlı kararların verilip uygulandığı ünitelerdir. Burada çalışan hemşirelerin de teknolojik cihazları kullanabilme, hastanın hızlı değişen durumlarına hemen adapte olabilme ve durumu çözebilme, kompleks durumlar geliştiğinde bunlarla baş edebilme, iyi bir gözlemci olabilme, monitörde hasta takip edebilme, kardiyo-pulmoner resutasyon (CPR) uygulayabilme, ekip çalışması yapabilme, hastanın ve ailenin rahatını sağlama becerileri olan hemşireler olması gerekmektedir (80,98,99).

2.5.1. Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde Hemşirenin Rolleri

Çocuk yoğun bakım ünitesinin karmaşık ortamında nitelikli bakım verebilmek için hemşirenin, eğitici, bakım verici, savunucu, danışmanlık edici, araştırmacı ve yönetici rollerini etkin bir şekilde kullanması ve yoğun bakım ortamına uyarlaması gerekir.

Bakım verici rolü kapsamında; hemşire çocuğun beslenme, boşaltım, hijyen, giyinme gibi fiziksel; kaygı, korku, stresin giderilmesi gibi duygusal; güvenlik, sosyalleşme, destek, iletişim gibi sosyal gereksinimlerini karşılar (39,40,51). Tüm bu gereksinimler hasta mahremiyeti dikkate alınarak evdeki alışkanlıklarına uygun şekilde yapılmalıdır. Hastanın günlük gereksinimlerinin karşılanması, beslenmesinin sağlanması, tüpler ve diğer araç-gereçlerin bakımı, ilaçların, venöz infüzyonların hazırlanması, oksijen tedavisi gibi pek çok konuda mesleki, bilimsel ve teknolojik bilgi ve becerilerini kullanır. Bakımı planlayıp uygularken hemşirelik sürecini kullanır ve bunun için, önce çocuğa ve aileye ilişkin veri toplar, hemşirelik tanılarını belirler, bakımı planlar, uygular ve sonuçları değerlendirerek bakım döngüsünü sürdürür. Hemşire bakım verme rolünü yerine getirirken fizyopatoloji, çocuk hastalıkları, büyüme

gelişme, biyolojik bilimler ve tüm yaş dönemlerine ilişkin bilgilerin yanında kritik düşünme, işbirliği ve danışmanlık yapma becerilerini de kullanır (40,96.97,98).

Bakım verme, bağlantı kurma ve birisi ile ilgilenmeye olanak sağlayan bakım ilişkisidir ve birisi ile ilgilenme kişi için önemli olanla ilgilenmek anlamına gelir. Bakım güvenlik, gelişme ve sağlığın geliştirilmesi kadar ağrının azaltılması, acı çekmekten kaçınmayı içeren holistik hasta bakış açısına sahip olmak anlamına gelir. Bakım kavramı sevgi, arkadaşlık, ebeveynlik ve rahatlık ile ilişkilidir. Hastalara ve ailelere bakmak, aile üyeleri arasında var olan karşılıklı ilişkiyi ve sosyal bağlamı tanımayı gerektirir (52,96,97).

Çocuk yoğun bakım ünitesi akut bakım gerektiren ve çocuğun ölümü ile sonuçlanabilecek bir yatış olması nedeniyle diğer pediatrik bakım alanlarından farklıdır. Çocuğun yoğun bakımda yatışı, ailede uzun süreli negatif etkiler yaratabilecek kadar travmatik olabilir (18,51). Ebeveynler var olmaya ve çocuğun bakımına katılmaya çalışırlar. Ancak çocuk, yoğun bakıma kabul edildiğinde, aile yoğun bakım ünitesinin yaşamı tehdit edici hastalara bakım verdiği anlayışı ile kendini çaresiz ve güçsüz hisseder. Evdeki ebeveynlik rolleri ile hastanedeki ebeveynlik rollerini farklı algılar. Yoğun bakım ünitesindeki sıkı rutinler ve kullanılan tıbbi dil nedeniyle ve evdeki çocuk ebeveyn ilişkisi yoğun bakımda hasta ve ziyaretçi rolüne dönüştüğü için ebeveynler yoğun bakım kültürü içinde yaşamayı sınırlayıcı ve engelleyici bulabilirler. Çocuk da, yoğun bakım ünitesinde ailesinden ayrı hiç bilmediği bir ortam içerisindedir. Ailesi tarafından karşılanması gereken ihtiyaçları artık yoğun bakımdaki hemşireler tarafından karşılanmaktadır. Çocuk ve ebeveynlerin yoğun bakımda nitelikli hemşirelik bakımı alabilmeleri için; ebeveynlerin ve çocukların beklentilerini karşılayan, bütüncül bir yaklaşımla emosyonel ve fiziksel bakım sağlayan, ebeveynleri çocuğun bakımına katan ve sağlık çalışanları ile aile arasında sürekli açık ve güvenli bir ilişki kurulmasını sağlayan bir bakım anlayışı benimsenmelidir (18,51,96,97).

Çocuk yoğun bakım ünitesinde bakımı, özel becerilerle donanmış ve teknik uygulamaları yapabilen hemşireler gerçekleştirmelidir. Yoğun bakım ortamında çoğunlukla ciddi hastalığı olan, etrafta sadece sağlık personelinin olduğu, monitörlerdeki vital göstergeler haricinde yaşam belirtisi olmayan çocuklar yatmaktadır. Hemşire bakım verici rolü kapsamında, çocuk için gürültüsüz bir ortam yaratmaya çalışmalı, ona rahat edebileceği pozisyonu verebilmeli, dikkatini başka yöne

çekebilmeli, televizyon varsa istediği bir programı açabilmelidir. Çocukların gelişimsel dönemlerine uygun bakım verilerek yoğun bakımda yatmasının olumsuz etkileri azaltılmaya çalışılmalıdır. Örneğin; oyun çağındaki bir çocukla, birlikte resim yapılması, oyunlar oynanması yararlı olabilir. Hasta bir bebekse bakım sırasında masaj yapılması ve güven duygusunu geliştirecek şekilde gereksinimlerinin zamanında ve rutinlerine uyularak karşılanması gelişimini destekleyebilir. Çocukların etrafını aile fotoğrafları, sevdikleri müzik nameleri ile çevrelemek, konuşarak onları bilgilendirmek iyileşmelerine katkı sağlayabilir. Çocuklar bu uyaranlara artan kalp hızlarıyla, kafa içi basınçlarının azalmasıyla ya da gözyaşı dökerek cevap verebilirler. Yoğun bakım hemşireleri bu iletişim şeklini aile üyelerine de öğreterek onlarla daha etkili iletişim kurabilirler (50,51,98). Hemşireler bakımı, atravmatik bakım kavramı çerçevesinde hemşirelik girişimlerini çocuk ve ailenin psikolojik ve fiziksel stresini giderme ya da en aza indirme yaklaşımı içinde ve aile merkezli olarak, ailenin yapısını ve kültürünü dikkate alarak ve ailenin çocuğun gereksinim duyduğu bakıma katılmasını destekleyerek ve bu konuda aileyi güçlendirerek gerçekleştirmelidir. Aile merkezli bakım, Amerikan Pediatri Akademisi tarafından çocuk sağlığı alanında "altın standart" olarak kabul edilmiştir. Aile merkezli bakımın odağı yalnızca bakıma yönelik hizmetlere değil, sağlığın korunması ve geliştirilmesine de yöneliktir (51). Aile merkezli bakımın temel özellikleri;

1. Ailenin, çocuğun yaşamındaki sürekliliğini kabul etme,

2. Sağlık bakımının her düzeyinde ebeveyn ve sağlık personeli arasındaki iş birliğini kolaylaştırma,

3. Ailenin ırk, etnik, kültürel ve sosyoekonomik farklılıklarına saygı duyma,

4. Ailenin güçlü yönlerini ve bireyselliğini tanıma ve farklı baş etme yöntemlerine saygı duyma,

5. Aile ile çocuğa ilişkin bilgileri sürekli olarak paylaşma,

6. Ailelerin birbirlerini desteklemelerini ve iletişim ağlarını kolaylaştırma,

7. Çocuğun ve ailelerin gelişimsel gereksinimlerini anlama ve sağlık bakım sistemi ile bütünleştirme,

8. Aileye emosyonel ve maddi destek sağlayacak politika ve uygulamaları benimseme,

9. Ailenin gereksinimlerine yanıt veren esnek, ulaşılabilir ve kültürel olarak yetkin bir sağlık bakımı planlamadır (27).

Çocuk yoğun bakım ortamında aile merkezli bakım uygulamaları kapsamında yapılan bazı uygulamalar şunlardır;

1. Aile ziyareti: enfeksiyon, mahremiyet, ailenin yaşayacağı duygusal travma ve personel eksikleri nedeniyle geçmişte çocuğun ziyareti konusunda kısıtlamalara gidilmiştir. Ailelerin gereksinimleri üzerine yapılan araştırmalar sonucunda ailenin sürekli bilgi almak istemesi, çocuğunu görmek istemesi üzerine 24 saat açık ziyaretler gerçekleştirilmeye başlanmıştır.

2. Aile merkezli vizitler: Ailenin de doktor ve hemşire vizitlerine katılımıyla, aileye bilgi vermek, soru sormasına izin vermek, tedavi planını anlatmak, tedavinin etkisinin tartışılması ve bakım hedefleri, çocuğun durumunu daha iyi anlaşılmasına olanak sağlamıştır.

3. CPR ve invaziv girişimler sırasında ailenin bulunması: İnvaziv işlemler ve CPR sırasında ailenin bulunması yas tutmayı kolaylaştırmaktadır. Ancak bazı durumlarda ailenin prosedürlere müdahale etmesi, CPR'ı durdurmak istemesi, zaman kısıtlamaları nedeniyle ve yazılı bir prosedür olmadığı için çoğu ülkede ve bölgede uygulanmamaktadır.

4. Aile konferansları: Hasta yoğun bakıma yattıktan sonraki ilk 72 saatte uygun bir alanda aile üyeleri ve sağlık personeli arasında yapılan toplantılar, ailenin kaygılarını dile getirebilmesi ve ortak kararlar alınmasını sağlamıştır(78,79).

Eğitici rolü, çocuk yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hasta bir çocuğa sahip olmak hem fiziksel hem de duygusal olarak aileler için stres yaratan bir durumdur. Aileler bulundukları durumla baş edebilmek için yoğun bakım ekibine yönelik; çocuğun iyi bakım gördüğünü bilmek, bakıma dâhil olmak, bilgilendirilmek gibi beklentiler geliştirirler. Ailelerin bu beklentileri yoğun bakım hemşireleri tarafından karşılanmaktadır (17). Ailelerin bilgi ihtiyaçlarının giderilmesi için sağlık ekibi ve aile arasında eğitim programları oluşturulmalıdır. Yoğun bakıma girdiklerinde onları nasıl

bir ortamın beklediği, ünite kuralları, ziyaret saatleri hakkında bilgi verilmelidir. Çocuk yoğun bakım hemşiresi, çocuğa yapılacak olan her işlem öncesinde ve sonrasında ailesine açıklamalarda bulunur (39). Yatağa bağımlı ve bazı kronik hastalığa sahip olan çocukların, yoğun bakım ünitesinden çıktıktan sonra tüm bakımını evde ailesi yapmak zorunda kalabilir. Bu durumlara yönelik hemşire, çocuğun hastalığına uygun eğitimi planlar, uygular ve aileye uygulamalı olarak gösterir. Bu eğitimler:

- Ağız ve göz bakımı,
- Genel vücut bakımı,
- Banyo,
- Ostomili hastalarda ostomi bakımı ve eğitimi,
- Aspirasyon gerekli olan hastalarda aspirasyon eğitimi,
- Sondalı hastalarda sonda bakımı ve eğitimi
- İmmobil hastalarda pozisyonun önemi ve nasıl yapması gerektiği
- Vücut masajı
- Beslenme

Sağlık konusunda verilecek her eğitim hemşirenin görevleri arasındadır (93). Yoğun bakım hemşiresi çocuğun ve ailenin değişen yaşam koşullarına uyumlarında eğitici ve destekleyici rolüyle ailenin ve çocuğun yaşam kalitesini yükseltir (51).

Danışmanlık rolü, hemşire bu rolüyle toplumun sağlığının korunması, geliştirilmesi, yaşam kalitesinin arttırılması, ailenin hastalığa bağlı sorunlarla baş etmesinde danışmanlık yapar. Çocuk yoğun bakım hemşiresi bu rolünü, ünitede yatan çocuk ve ailesine hastalığın yönetimi, taburculuk planlaması ve evde bakıma ilişkin danışmanlık yaparak gerçekleştirir. Çocuğun hastalığıyla ilgili bir farkındalık yaratma, hastalığın seyrini, etkilerini öğretme, hastalığın yarattığı sorunlarla baş etmede kullanılabilecek kaynakları gösterme ve bunların kullanımını teşvik etmeyi kapsar. Ailenin baş etme yöntemlerini belirler ve birlikte baş etme yöntemlerini değerlendirir. Aile ve çocuğun karşılaşabileceği sorunları ve riskleri azaltmak veya önlemek adına problem çözme becerilerini kullanarak ailenin ve çocuğun bağımsız kararlar vermesine yardımcı olur (39,40,41).

Çocuğun yoğun bakım ünitesi içerisindeki görünümü, yoğun bakımda bulunan cihazlar, sesler, ışıklar aile için korkutucu olabilmektedir. Bu aşamada aileleri

desteklemek önemlidir. Aile için sağlık personeline güven çok önemlidir. Çocuğu hakkında, hastalığın seyri hakkında açık ve dürüst bir şekilde bilgi almak, hemşirelerin empati yapabilmeleri, kararlılıkları, mesleki özenleri, aileyi de bakıma katmaları ailenin kaygı ve stresini azaltmaktadır. Hemşirenin aileyi önemsediğini göstermek için, 'bakıma katılmak ister misiniz?' bugün kendinizi iyi hissediyorsanız birlikte bakım verelim şeklindeki cümleleri ailenin ebeveynlik rolünü desteklemektedir. Çocuğa yapılacak her işlem öncesi aileye bilgi verilerek onamlarının alınması, çocuğa bağlı cihazların ne olduğu ve ne için takıldığı hakkında bilgi verilmesi çocuk ameliyat olacaksa ameliyat hakkında bilgi ve sonrasında çocuğun vücudunda takılı olacak tıbbi cihazlar hakkında önceden bilgi vermek, çocuğun günlük planının ne olduğunun aileye iletilmesi, bugün bu işlemler yapılacak, şu saatler arasında ararsanız sonuçlar hakkında bilgi verebiliriz şeklindeki destekleyici yaklaşımlarla ailenin kaygı ve stres düzeyleri azaltılabilmektedir. Aile genellikle kaygılı ve stresli olduğu için anlatılanları bazen anlamayabilir. Bu yüzden yazılı materyal verilmesi de destekleyici olmaktadır (76). 2004 yılında yapılan bir çalışmada aileyi güçlendirmek için fırsatlar yaratma programı "COPE" uygulanarak ailenin stresine etkisi ölçülmüştür. Çocuk, yoğun bakım ünitesinden çıkmadan önce ailelere bilgilendirme kitapçığı verilmiş. Daha sonrasında aile ve çocuğa üç aktivite yaptırılmıştır. Bu aktiviteler duyguların rahat ifade edilebilmesi için kukla oyunu, tedavi edici medikal oyun ve Jenny's Wish adında bir çocuğun hayatını ve hastalığının nasıl üstesinden geldiğini anlatan bir çocuğun kitabını vererek okuyup tartışmaları istenmiş. Aile taburcu edildikten sonraki 2-3 gün içerisinde telefonla aranıp çocuğun davranışları, tepkileri sorgulanmıştır. Ailenin bu zor zamanların üstesinden gelebilmesi için aile cesaretlendirilmiştir. Bu uygulama iki grup arasında cope programı uygulanan ve kontrol grubu anneler arasında yapılmış. Bir yıl sonra cope programı uygulanan annelerin streslerinin azaldığı, annenin ve çocuğun olumsuz ruh hallerinin azaldığı, baş etme yöntemlerini geliştiği görülmüştür (81).

Yoğun bakımda hemşirenin danışmanlık rolüyle ilgili yapılan bir çalışmada hemşirenin danışmanlık rolü, "yalnız değilsiniz" olarak tanımlanmış ve danışmanlıkta hemşirenin zorlandığı alanlar;

- Doğru kelimeleri bulmak
- Ne söyleyeceğine karar vermek
- Otoriteyi bozmadan teknik dil kullanmamak
- Başkaları tarafından verilen bilgileri tamamlamak

- Ailenin anlatılanları anladığı veya daha fazlasına ihtiyacı olduğunu anlamak
- Rahatsız etmeden bilgilendirmek
- Avutmak değil, beklentiyi gidermek şeklinde belirlenmiştir.

Danışmanlık bu gereksinimlerin karşılanmasından doğmaktadır. Aile çocuğun yoğun bakım ünitesinde yatmasıyla birlikte inanılmazlık, öfke, güvensizlik ve suçluluk duygularını birlikte yaşar. Bu durumda aile yüzleşmek için tek başına bırakılmamalıdır. Bu çalışmada tüm bakım verenler için "danışmanlık" ortak bir kültür oluşturmak için hedeflenmiştir (86).

Savunucu rolü, çocuk yoğun bakım hemşirelerinin, savunmasız çocuk ve ailelerinin savunulma gereksinimlerinin farkında olmaları ve çıkarlarını korumaları gerekmektedir. Çocuklar yetişkinlerden farklı olarak kendilerini savunamadıklarından ayrımcılık, ihmal, istismar açısından risk altındadırlar. Çocuklar tedavi sürecinde onur kırıcı ve zarar verici yaklaşımdan korunma, rıza, onam ve bilgilendirme hakkından yoksun bırakılabilirler. Çocuk yoğun bakım ünitesinde hemşireler sıklıkla klinik ve etik sorunlarla karşılaşırlar. Aileler için yoğun bakım ünitesindeki hemşireler çocuklarının savunucusudur. Çocuk yoğun bakım ünitelerin de savunuculukta en önemli özellikler; ailelerin bilinçli karar verebilmelerini desteklemek, onların çıkarlarını korumak ve çocuklarının durumuna ilişkin tüm bilgilere sahip olmalarını sağlamaktır. Çocuk yoğun bakım hemşiresi çocuk haklarının ihlal edildiği her durumda sorumluluk alır. Çocuk haklarının savunmasının yanında çocuk ve aileyi haklarına ilişkin bilgilendirme, gizliliklerini koruma, empati kurma, geleneksel ve kültürel özelliklerini dikkate alarak sağlık bakım hizmeti almalarını sağlamaktır. Yoğun bakım hemşiresi savunucu rolüyle aile- doktor, çocuk-doktor arasında köprü görevi görmektedir. Ailenin çocuklarının hayatları hakkında zor kararlar vermesi gerektiğinde onları destekleyecek, güçlendirecek ve karar vermelerine cesaret ettirecek kişilerdir. Hastanın hakları ile ilgili bilgilendirilmesi, haklarına saygı gösterilmesinin sağlanması ve gerektiğinde hastanın hakkının korunmasına olanak sağlamaktadır (39,96,97,51).

Araştırıcı rolü, çocuk yoğun bakım hemşiresi bu rolüyle, yoğun bakımda yatan çocuk ve ailesine ilişkin sorunları belirleyerek, kanıta dayalı uygulama ve araştırma bulgularından yararlanarak bakım planlar ve uygular. Araştırmalar sonucunda mesleğe özgü bilimsel birikimin artmasına katkıda bulunur. Çocuk yoğun bakım ünitesinde

yapılan yeni uygulamalar neler, yapılan araştırılmaların uygulamalara aktarılması, diğer sağlık ekibi üyeleriyle ya da bireysel araştırmaların yürütülmesini sağlar (39,93,51).

Yönetici rolüyle, çocuk ve ailesinin sağlığını korumak için mevcut kaynakların belirlenmesinde ve sağlık ekibini bu kaynakların kullanımı konusunda destekleyerek bakım ve tedaviyi yönlendirir. Yoğun bakım hemşiresi yönetici rolüyle; yoğun bakım ekibini, hastanın prognozunu ve yeni gelişen bir durumu yönetebilmektedir. Çocuk yoğun bakım hemşiresi yönetici rolüyle vaka yöneticisi olarak ta görev yapmaktadır. Kaynakları etkin bir şekilde kullanarak hasta bakımını iyileştirmek, bakım kalitesini yükseltmek ve bireyselleştirilmiş bakımı en üst düzeye çıkartmayı hedefler. Kanıta dayalı araştırmalarla hastanın durumunu göz önüne alarak multidisipliner bakım planını koordine eder. Çocuğun yoğun bakım ünitesinde daha az kalmasını, kaynakların etkin şekilde kullanılmasını, beklenen sonuçlara ulaşılmasını ve sürekli olarak bakımın koordinasyonunun sağlanmasını değerlendirir (39,51).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, çocuğu yoğun bakım ünitesinde yatan ailelere, çocuk yoğun bakım ünitesini, ekibini, kullanılan araç ve gereci ve rutinleri anlatan aile bilgilendirme kitapçığının verilmesi ve hemşire tarafından sürekli bilgilendirme ile sağlanan danışmanlık hizmetinin ailenin kaygı ve stresle başa çıkma düzeyleri üzerine etkisini incelemek amacıyla randomize kontrollü yarı deneysel desende bir araştırmadır.

3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde 18.01.2017-01.02.2019 tarihleri arasında yapılmıştır.

Çocuk yoğun bakım ünitesi 6 yatak + 1 izole yatak olmak üzere toplam 7 yataklı ve 3. düzey bir ünitedir. Ünitedeki 6 yatak geniş bir alan içerisinde sıralı, 1 izole yatak ise diğer alandan camlı bir bölme ile ayrılmıştır. Ünitede sorumlu hemşireyle birlikte toplam 11 hemşire görev almaktadır. Hemşireler 08-16 ve 16-08 olmak üzere iki vardiya şeklinde çalışmaktadır. 08-16 vardiyasında sorumlu hemşireyle birlikte toplam 3 hemşire, 16-08 vardiyasında 2 hemşire çalışmaktadır. Ünitede ailelere her gün saat 13-14 ziyaret saatleri arasında, aileler çocuklarını gördükten ve yoğun bakım doktorundan bilgi aldıktan sonra, ünite giriş alanında yüz yüze görüşülerek çocukları hakkında bilgi ve danışmanlık verilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

18.01.2017-01.02.2019 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesine yatan çocukların aileleri araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Evrenden araştırma kriterlerine uygun ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan çocukların ailelerinden yatış sırasına göre ilk 25 çocuğun ailesi kontrol grubunu, sonraki 25 çocuğun ailesi ise deney grubunu oluşturacak şekilde toplam 50 aile örneklem kapsamına alınmıştır. Grupların birbirlerinden etkilenmemeleri için ilk 25 çocuğun ailesi kontrol grubuna alınmıştır.

Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

Anne-babanın;

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olması
- Okur-yazar olması
- Sözel iletişim kurabilmesi
- Çocuğunun tanısının yeni konulması
- Çocuğunun en az 7 gün yoğun bakımda yatmaya devam etmesidir.

Araştırmaya Dâhil Edilmeme Kriterleri

Anne-babanın;

- Çocuğunun birden fazla yoğun bakım ünitesine yatış öyküsünün olması,
- Çocuğunun terminal dönemde olmasıdır.

3.4.Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; çocuk ve ailenin sosyodemografik özellikleri, ailenin çocuğun hastalığından etkilenme durumları, verilen danışmanlık hizmetidir.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; ailelerin "Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri"den ve "Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)"nden aldıkları kaygı ve stresle başa çıkma puan ortalamalarıdır.

3.5.Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları ve Materyaller

3.5.1.Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri "Çocuğu Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Aileleri ve Çocuklarını Tanıtıcı Bilgi Formu", "Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri", "Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)" nin uygulanması yoluyla elde edilmiştir.

- **Çocuğu Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Aileleri ve Çocuklarını Tanıtıcı Bilgi Formu**

Araştırmacı tarafından, literatür bilgileri doğrultusunda geliştirilen form, çocuk ve ailenin sosyodemografik özelliklerini tanımlamaya yönelik 13 soru ve çocuğun

hastalığının aile üzerinde etkilerini belirlemeye yönelik 9 soru olmak üzere toplam 22 sorudan oluşmaktadır. Form araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur ve yaklaşık 10 dakikada uygulanmıştır (EK-2).

- **Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri**

Spielbelger ve arkadaşları tarafından 1970 yılında geliştirilmiş olan envanterin Türkçe uyarlaması ve geçerlik güvenirlik çalışmaları, Öner ve arkadaşları tarafından 1985 yılında yapılmıştır. Envanterin Türkçe uyarlamasında alfa korelasyonları ile saptanan iç tutarlılık ve homojenlik katsayıları Durumluk Kaygı Envanteri için 0,94 ile 0,96 arasında, Sürekli Kaygı Envanteri için 0,83 ile 0,87 arasındadır (EK-3).

Durumluk ve sürekli kaygı envanteri, kısa ifadelerden oluşan bir öz değerlendirme anketidir. Durumluk ve sürekli kaygı envanteri toplam 40 maddeden oluşan iki ayrı ölçekten oluşur. Durumluk kaygı ölçeği, kaygının ve korkunun şiddet seviyesindeki değişmeleri saptamak için aynı bireylere değişik zamanlarda uygulanabilir. Durumluk kaygı ölçeği bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini tanımlamasını ve içinde bulunduğu duruma ilişkin duyguları dikkate alarak cevaplamasını gerektirir. Ölçeğin tekrarlanarak uygulanması bu ölçeğin kullanım amacına uygundur. Durumluk kaygı ölçeği maddelerinde ifade edilen duygu ve davranışlar, bu tür yaşantıların şiddet derecesine göre 1:Hiç, 2:Biraz, 3:Çok, 4:Tamamen ifadelerinden birini işaretlemek suretiyle cevaplandırılır. Durumluk kaygı envanterinde 10 tane ters dönmüş ifade vardır. Bunlar, 1,2,5,8,10,11,15,16,19 ve 20. maddelerdir.

Sürekli kaygı ölçeği ise, bireyin genellikle nasıl hissettiğini tanımlar. Sürekli kaygı ölçeği geçici koşullara bağlı olarak değişen duygulara duyarlı değildir. Ölçekte ifade edilen duygu ve davranışlar sıklık derecesine göre 1:Pek az, 2:Bazen, 3:Çoğu zaman, 4:Hemen her zaman şeklinde işaretlenir. Sürekli kaygı envanterinde yedi tane ters dönmüş ifade vardır. Bunlar, 1,6,7,10,13,16,19. maddelerdir. Hem durumluk kaygı hem de sürekli kaygı envanterinden elde edilen toplam puan en az 20, en fazla 80'dir.

Ölçeğin toplam puanının hesaplanması için doğrudan veya ters dönmüş ifadelerin her biri için iki ayrı anahtar hazırlanır. Böylece bir anahtarla doğrudan ifadeler, ikinci anahtarla tersine dönmüş ifadelerin toplam ağırlıkları saptanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan, ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı

çıkartılır. Bu sayıya önceden belirlenmiş ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk kaygı için 50 puan, sürekli kaygı için 35 puandır. En son elde edilen puan bireyin kaygı puanıdır. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan 20 ile 80 arasında değişmektedir. Büyük puan yüksek kaygı düzeyini gösterirken, küçük puan düşük kaygı düzeyini göstermektedir.

- **Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)**

Kişilerin kendi öz değerlendirmelerine dayanan SBTÖ, Folkman ve Lazarus tarafından 1980 yılında geliştirilmiş ve Şahin ve Durak tarafından 2002 yılında Türkçe'ye uyarlanmıştır (105,106). Ölçek 30 madde ve 'Kendine Güvenli Yaklaşım', 'İyimser Yaklaşım', 'Boyun Eğici Yaklaşım', 'Çaresiz Yaklaşım' ve 'Sosyal Desteğe Başvurma' olmak üzere 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Şahin ve Durak çalışmalarında, cronbach alfa iç güvenirlik katsayılarını "İyimser Yaklaşım" alt boyutu için 0.49-0.68, "Kendine Güvenli Yaklaşım" alt boyutu için 0.62-0.80, "Çaresiz Yaklaşım" alt boyutu için 0.64-0.73, "Boyun Eğici Yaklaşım" alt boyutu için 0.47-0.72 ve "Sosyal Desteğe Başvurma Faktörü" için 0.45-0.47 arasında olduğunu belirlemişlerdir (EK-5).

Ölçekte Kendine Güvenli Yaklaşım; 8, 10, 14, 16, 20, 23 ve 26 numaralı sorular, Çaresiz Yaklaşım; 3, 7, 11, 19, 22, 25, 27 ve 28 numaralı sorular, Boyun Eğici Yaklaşım; 5, 1, 15, 17, 21 ve 24 numaralı sorular, İyimser Yaklaşım; 2, 4, 6, 12 ve 18 numaralı sorular ve Sosyal Desteğe Başvurma; 1, 9, 29 ve 30 numaralı sorulardan oluşmaktadır. Her bir maddeye katılma derecesi % 0 (hiç uygun değil) ile % 25 (biraz uygun), % 75 (uygun), % 100 (çok uygun) arasında değişmektedir. Her alt ölçeğe ait maddeler toplanarak ham puanlar elde edilmekte, böylece her 5 alt ölçeğe ait 5 ayrı puan elde edilmektedir. Alt ölçeklerden alınan puanların yüksek olması, stresle basa çıkmada o alt ölçekteki yaklaşımın daha sık kullanıldığını göstermektedir.

3.5.2.Araştırmada Kullanılan Materyal

- **Çocuk Yoğun Bakım Aile Bilgilendirme Kitapçığı**

Araştırmada, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan yoğun bakım ünitesi hakkında genel bilgi, yoğun bakımda kullanılan araç-gereçler, sık kullanılan tıbbi terimler, yoğun bakımda yapılan işlemler ve çocuğun yoğun bakıma kabulünde yapılan işlemler hakkında aileye yönelik hazırlanan bilgilendirme kitapçığı kullanılmıştır (EK-6).

3.6.Araştırma Süreci

Araştırma süreci, ön uygulama aşaması ve uygulama aşaması olmak üzere iki başlık altında anlatılmıştır.

1. Araştırmanın Ön Uygulama Aşaması

Araştırmanın ön uygulaması Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi çocuk yoğun bakım ünitesinde çocuğu yatan 3 aile üzerinde yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda sorular ve ölçeklerin anlaşılır olduğu ve uygulamada sorun yaşanmadığı belirlenerek herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Ön uygulama yapılan aileler araştırma kapsamına alınmamıştır.

2. Araştırmanın Uygulama Aşaması

- Aileler ilk 25 kişi kontrol grubuna, sonraki 25 kişi deney grubuna olmak üzere araştırmaya randomize kontrollü olarak alınmıştır.
- Araştırmaya alınma kriterlerine uyan ve çocuğu yoğun bakım ünitesine yatan hem deney hem de kontrol grubundaki aileye araştırmanın amacı, tipi, uygulanma süreci, elde edilen verilerin nerede ve nasıl kullanılacağı *"Gönüllüleri Bilgilendirme ve Olur (Rıza) Formu*" aracılığıyla açıklandıktan sonra yazılı izinleri alınmıştır.
- Araştırmaya katılmayı kabul eden ailelere araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak *"Çocuğu Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Aileleri ve Çocuklarını Tanıtıcı Bilgi Formu", "Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri", "Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği"* çocuğun yatışından sonraki ilk 24 saat içerisinde uygulanmıştır. Deney grubundaki aileye *"Çocuk Yoğun Bakım Aile Bilgilendirme Kitapçığı"* verilirken kontrol grubundaki aileler kliniğin rutin akışına bırakılmıştır.

Kontrol grubundaki aileler 7 günlük zaman sürecinde doktorlardan rutin bilgi almaya devam ederken deney grubundaki ailelere verilen rutin bilgi yanında, her gün öğlen 13-14 saatleri arasındaki ziyaret saatinde aile çocuğunu gördükten sonra yoğun bakım giriş alanında araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek, çocuklarının geceyi nasıl geçirdiği, gün içerisinde yapılan veya yapılacak olan tıbbi işlemlerin neler olduğu ve niçin yapıldığı, çocuğun tanısının ne olduğu ve ailenin sormak istedikleri doğrultusunda bilgi ve danışmanlık verilmiştir. Bilgi ve danışmanlık verilen ebeveyn, çocuğu sürekli ziyarete gelen kişi anneyse bilgi ve danışmanlık anneye, değilse babaya, her ikisi de sürekli geliyorsa bilgi ve danışmanlık her ikisine de verilmiştir.

➢ Çocuğun yatışının 7. Gününde her iki gruptaki ailelere *"Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri", "Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği"* formları tekrar yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmış ve çalışma sonlandırılmıştır. Araştırmanın uygulama akış şeması Şekil 3.6'da sunulmuştur.

3.7.Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmanın istatiksel analizleri SPSS 20.0 paket programında yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kolmogorov- Smirnov ve Shapiro- Wilkinson testleri uygulanmıştır. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin 2 grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi ve Wilcoxon işaretli sıralar testi kullanılmıştır. Çalışmadaki tüm istatiksel karşılaştırmalarda, p değeri 0,05'in altındaki karşılaştırmalar istatiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

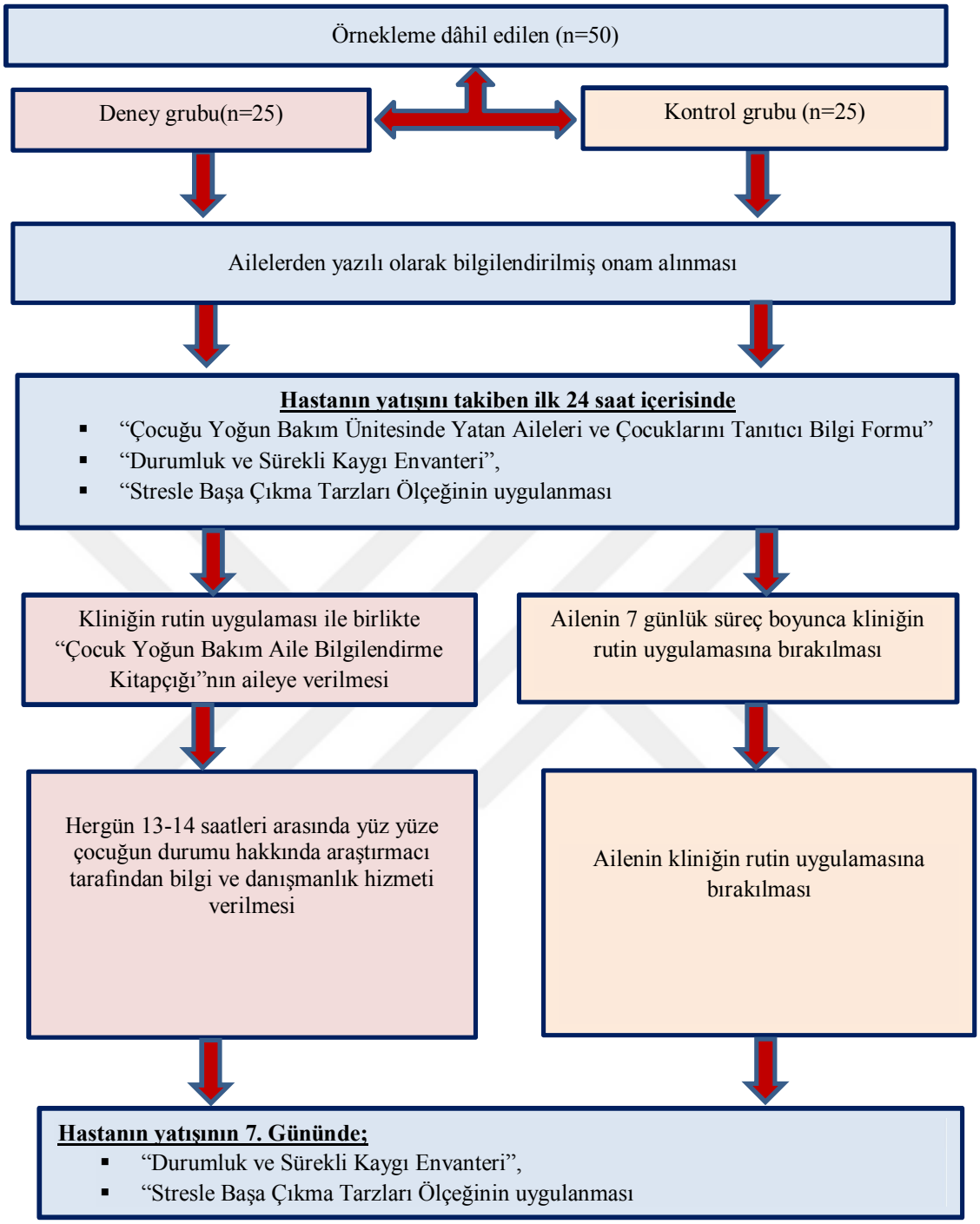
3.8.Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmadan elde edilecek sonuçlar; araştırma için seçilen hastane ve araştırmaya katılmaya istekli olanlarla sınırlıdır.

3.9.Etik Yaklaşım

Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Etik Kurulundan yazılı izin alınmıştır (EK-7). Araştırmanın yapılacağı çocuk yoğun bakım ünitesi sorumlu doktorundan ve çocuk sağlığı ve hastalıkları anabilim dalı başkanından da yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya dâhil edilen tüm ailelere çalışmanın amacı, tipi, uygulama süreci, elde edilen verilerin nerede ve nasıl kullanılacağı "Gönüllüleri Bilgilendirme ve Olur (Rıza) Formu" (EK-1) aracılığıyla açıklandıktan sonra, yazılı izinleri alınmıştır.

Araştırmaya katılan ailelerin gönüllü katılımları esas kabul edilerek, gönüllü olur formunda araştırma süreci açıklanarak izinleri alınmış ve istedikleri durumda neden belirtmeksizin araştırmadan çekilebilecekleri açıklanmıştır.



Şekil 3.6.Araştırma Uygulama Şeması

4. BULGULAR

Bu bölümde, Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde yatan çocukların ailelerinden (25 kontrol grubu ve 25 deney) elde edilen verilerin istatiksel analizi sonucunda ortaya çıkan bulgular sunulmuştur.

Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Ailelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (n=50)

Tanıtıcı Özellikler	Deney (n=25)		Kontrol (n=25)		X^2	P
	N	%	N	%		
Ebeveynin yaş grubu						
35 yaş ve altındakiler	17	68,0	16	64,0	0,089	0,76
36 yaş ve üzerindekiler	8	32,0	9	36,0		
Ebeveynin öğrenim durumu						
Lise altı	14	56,0	14	56,0	0,000	1,00
Lise ve üzeri	11	44,0	11	44,0		
Ebeveynin mesleği						
Ev hanımı	20	80,0	19	76,0	8,020	0,09
Memur	4	16,0	0	0,0		
İşçi	1	4,0	3	12,0		
Serbest meslek	0	0,0	1	4,0		
Ailedeki çocuk sayısı						
1 çocuk	6	24,0	4	16,0	2,018	0,36
2 çocuk	11	44,0	16	64,0		
3 ve üzerinde çocuk	8	32,0	5	20,0		
Ailenin gelir durumu						
Gelir giderinden az	2	8,0	5	20,0	3,640	0,16
Gelir giderine eşit	11	44,0	14	56,0		
Gelir giderinden fazla	12	48,0	6	24,0		
Ailenin sosyal güvencesi						
Sağlık güvencesi olan*	25	100,0	23	92,0	2,080	0,14
Sağlık güvencesi olmayan	0		2	8,0		
Ailenin destek alma durumu						
Alan	16	64,0	13	52,0	0,730	0,56
Almayan	9	36,0	12	48,0		
Ailenin yaşadığı yer						
Büyükşehirde Yaşayan	20	80,0	23	92,0	1,490	0,41
Büyükşehirde Yaşamayan	5	20,0	2	8,0		

**Sağlık güvencesi-SGK, emekli sandığı, yeşil kart*

Tablo 4.1'de çalışmaya alınan ailelerin sosyodemografik özelliklerinin deney ve kontrol grubuna göre dağılımı ve karşılaştırılması yer almaktadır. Her iki grupta da 35 yaşın altında (deney: %68, kontrol %64) ve üzerinde olan ebeveynlerin(deney: %32, kontrol: %36) oranları birbirine yakın, öğrenim durumları açısından lise altı ve lise üzerindekilerin sayılarında eşitlik görülmektedir. Ebeveynlerin deney grubunda %80'i, kontrol grubunda % 76'sı ev hanımıdır ve her iki grupta da 2 çocuk sahibi olan aile

sayısı çoğunluğu (deney grubunda %44, kontrol grubunda %64) oluşturmaktadır. Gelir durumu açısından, deney grubunda geliri giderinden fazla olanların oranı(%48), kontrol grubunda ise geliri giderine eşit olanların oranı(%56) diğer gelir durumlarından daha fazladır. Sosyal güvencelerine bakıldığında deney grubundaki ailelerin tümünün(%100) sosyal güvencesinin olduğu, kontrol grubunda ise sadece 2 ailenin sosyal güvencesinin olmadığı(%8), ailenin destek alma durumu açısından deney grubunda daha fazla oranda olmak üzere(%64) her iki grupta da ailelerin yarısından fazlasının destek aldığı belirlenmiştir. Kontrol grubunda daha yüksek oranda olmak üzere her iki grupta da büyükşehirde yaşayanların oranının %80 ve üzerinde olduğu görülmektedir. Deney ve kontrol grubundaki ailelerin sosyodemografik özellikleri açısından karşılaştırılması sonucunda gruplar arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış ($p>0.05$) ve grupların homojen yapıda olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Ailelerin Çocuğun Hastalığı İle İlgili Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Çocuğun Hastalığına Yönelik Özellikler	Deney (n=25)		Kontrol (n=25)		İstatistik	
	n	%	n	%	X^2	p
Çocuğun tanısını bilme						
Bilen	24	96,0	22	88,0	1,087	0,29
Bilmeyen	1	4,0	3	12,0		
Çocuğun hastalığın seyrini bilme						
Bilen	19	76,0	21	87,5	1,080	0,29
Bilmeyen	6	24,0	3	12,5		
Evdeki çocuğun bakımını üstlenen kişi						
Var	19	76,0	19	76,0	0,000	1,00
Yok	6	24,0	6	24,0		
Evdeki çocuğun bakımını üstlenen kişi						
Anneanne	9	36,0	10	40,0		
Teyze	3	12,0	2	8,0		
Babaanne	5	20,0	4	16,0	5,360	0,37
Eş	0	0,0	3	12,0		
Komşu	2	8,0	0	0,0		
Çocuğun hastalığının aileyi etkilemesi						
Etkiledi	25	100,0	23	92,0	2,080	0,14
Etkilemedi	0	0,0	2	8,0		
Almak istedikleri destek alanları (n=41)*						
Maddi destek	8	33,3	1	5,9	4,380	0,03
Manevi destek	16	66,7	16	94,1		

**Hem deney hem de kontrol grubundan toplam 9 aile bu soruya yanıt vermemiştir.*

Tablo 4.2'de deney ve kontrol grubunda bulunan ailelerin çocuğun hastalığıyla ilgili özelliklerine göre dağılımı ve karşılaştırılması yer almaktadır. Her iki grupta da ailelerin çoğunluğunun çocuğun tanısını(deney; %96, kontrol; %88) ve seyrini(deney; %76, kontrol; %87,5) bildiği görülmektedir. Eşit oranda (%76) iki grupta da evde çocuğun bakımını üstlenen başka bir kişi bulunmaktadır ve üstlenen kişi çoğunlukla anneanne (deney;%36, kontrol;%40) ve babaanne (deney;%20, kontrol;%16) olmaktadır. Kontrol grubunda ailelerin %8'i çocuğun hastalığından etkilenmediklerini belirtirken, deney grubundaki ailelerin tamamı çocuğun hastalığından etkilendiklerini belirtmişlerdir. Ailelerin destek almak istedikleri alanlar sorgulandığında 9 kişinin bu soruya cevap vermediği, cevap veren toplam 41 aileden her iki grupta da manevi destek isteyenlerin oranının daha yüksek (deney;% 66,7 ve kontrol;%94,1) olmasıyla birlikte, deney grubunda maddi destek isteyenlerin oranının kontrol grubundan oldukça yüksek olduğu bulunmuştur.

Deney ve kontrol grubundaki ailelerin çocuğun hastalığı ile ilgili özellikleri açısından karşılaştırılması sonucunda, ailelerin destek almak istedikleri alanlar dışında gruplar arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak, ailelerin destek almak istedikleri alanlar açısından, deney grubundaki ailelerin manevi destekten daha az oranda olmakla birlikte, kontrol grubundaki ailelerden daha fazla oranda maddi destek almak istedikleri, kontrol grubundaki manevi destek alma isteğinin ise, deney grubundan daha yüksek oranda olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Grupların almak istedikleri destek alanları dışında çocuğun hastalığı ile ilgili özellikleri açısından homojen yapıda olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Deney ve Kontrol Grubu Ailelerin Durumluk ve Sürekli Kaygı Puan Ortalamalarının Gruplar Arası ve Grup İçi Karşılaştırılması

Ölçek		Deney Grubu		Kontrol Grubu			
		$\bar{X}$	±SS	$\bar{X}$	±SS	Z	p
Durumluk Kaygı	**ön test**	61,12	6,27	57,76	5,48	-1,850	0,06
	son test	56,20	4,96	60,16	6,95	-2,000	**0,04**
Z^W; p		**-3,700; 0,00**		-0,930; 0,35			
Sürekli Kaygı	**ön test**	47,32	9,34	44,84	6,47	-0,760	0,44
	son test	44,64	7,40	48,48	7,73	-1,741	0,08
Z^W, p		**-2,730; 0,00**		**-2,550; 0,01**			

z= Mann-Whitney U testi: Gruplar arası karşılaştırma Z^W= Wilcoxon işaret testi: Grup içi karşılaştırma

Tablo 4.3'te deney ve kontrol grubundaki ailelerin durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamalarının gruplar arası ve grup içi karşılaştırmaları yer almaktadır. Deney ve kontrol grubunun durumluk kaygı ve sürekli kaygı ön test puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubunun hem durumluk (61,12±6.27) hem de sürekli kaygı (47,32±9.34) ön test puan ortalamaları kontrol grubundan (sırasıyla 57,76±5,48 ve 44,84±6.47) daha yüksektir, ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Deney ve kontrol grubunun durumluk kaygı ve sürekli kaygı son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise, deney grubunun hem durumluk (56,20±4,96) hem de sürekli kaygı (44,64±7,40) son test puan ortalamaları kontrol grubundan (sırasıyla 60,16±6,95 ve 48,48±7,73) daha düşüktür. Yapılan istatistiksel karşılaştırmalarda, deney ve kontrol grubunun durumluk kaygı son test puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunurken (p<0.05), sürekli kaygı son test puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Deney ve kontrol grubunun grup içi durumluk ve sürekli kaygı ön test-son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında; deney grubunun hem durumluk (ön test 61,12±6.27 ve son test 56,20±4,96) hem de sürekli kaygı (ön test 47,32±9,34 ve son test

44,64±7,40) puan ortalamalarının son testte, ön teste göre azaldığı belirlenirken, kontrol grubunda ise son test puan ortalamalarının ön teste göre arttığı (durumluk kaygı ön test 57,76±5,48 ve son test 60,16±6,95; sürekli kaygı ön test 44,84±6.47 ve son test 48,48 ±7,73) belirlenmiştir. Kontrol grubunun ön teste göre son testteki durumluk kaygı puan ortalaması artışı istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ($p>0.05$), sürekli kaygı puan ortalamasındaki artış istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Deney grubunda hem durumluk hem de sürekli kaygı puan ortalamalarındaki azalma da istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Tablo 4.4. Deney ve Kontrol Grubu Ailelerin Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Gruplar Arası ve Grup İçi Karşılaştırılması

SBÇTÖ ve Alt Ölçekleri	Deney		Kontrol		İstatistik	
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	Z	p
Stresle Başa Çıkma Tarzı Ölçeği	78,76	8,44	82,20	9,69	-1,390	0,16
Ön test						
Son test	80,88	6,22	82,16	8,58	-0,870	0,38
Z^W; p	-1,87; 0,062		-0,27; 0,782			
Kendine Güvenli Yaklaşım	20,52	5,10	23,80	3,58	-2,300	**0,02**
Ön test						
Son test	21,52	4,21	22,88	3,61	-1,240	0,21
Z^W; p	-2,46; **0,014**		-,90; 0,364			
Çaresiz Yaklaşım	19,36	4,32	18,40	3,80	-0,790	0,42
Ön test						
Son test	18,72	3,90	18,64	3,86	-0,137	0,89
Z^W; p	-1,33; 0,181		-,64; 0,516			
Boyun Eğici Yaklaşım	14,04	2,52	13,68	3,17	-0,400	0,68
Ön test						
Son test	14,96	2,47	13,20	3,89	-1,770	0,07
Z^W; p	-2,25; **0,024**		-,66; 0,509			
Sosyal Desteğe Başvurma	11,52	1,83	11,44	1,98	-0,069	0,945
Ön test						
Son test	11,88	1,42	12,04	1,99	-0,387	0,699
Z^W; p	-,81; 0,413		-1,54; 0,123			
İyimser Yaklaşım	13,24	3,24	15,60	2,38	-2,650	**0,008**
Ön test						
Son test	13,88	2,76	15,56	2,92	-1,940	0,052
Z^W; p	-1,78; 0,074		-,18; 0,853			

z= Mann-Whitney U testi: Gruplar arası karşılaştırma Z^W*= Wilcoxon işaret testi: Grup içi karşılaştırma*

Tablo 4.4'te deney ve kontrol grubu ailelerin stresle başa çıkma tarzı ölçeği ve alt ölçek puan ortalamalarının gruplar arası ve grup içi karşılaştırılması sunulmuştur.

Deney ve kontrol grubunun stresle başa çıkma tarzları ölçeğinden aldıkları ön test puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kontrol grubunun puan ortalaması (82,20±9,69), deney grubuna (78,76±8,44) göre daha yüksek bulunmuştur. Son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında, deney grubunun puan ortalamasının (80,88±6,22) arttığı ancak kontrol grubuna göre düşük olduğu bulunurken, kontrol grubunun puan ortalamasının (82,16±8,58) ön teste göre çok az azalarak neredeyse hiç değişmediği bulunmuştur. Ancak hem gruplar arası karşılaştırmalarda hem de grupların kendi içinde ön test-son test karşılaştırmalarında aralarında istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Deney ve kontrol grubunun SBÇTÖ'nin kendine güvenli yaklaşım (KGY) alt ölçeğinden aldıkları ön test puan ortalamaları karşılaştırıldığında; deney grubunun ön test puan ortalaması (20,52±5,10), kontrol grubununkinden (23,80±3,58) daha düşük ve aralarında istatiksel olarak da anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). KGY alt ölçeğinden aldıkları son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında; deney grubunun son test puan ortalamasının (21,52±4,21), ön test puan ortalamasına (20,52±5,10) göre arttığı, kontrol grubunun son test puan ortalamasının (22,88±3,61) ise, ön test puan ortalamasına (23,80±3,58) göre azaldığı bulunmuştur. Deney ve kontrol grubunun KGY son test puan ortalamaları arasında ve kontrol grubunun ön test-son test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ($p>0.05$), deney grubunun KGY ön test-son test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p<0.05$). Gruplara göre kendine güvenli yaklaşım baş etme tarzı değişmemekle birlikte, deney grubunda anlamlı düzeyde bir artış olmuştur.

Deney ve kontrol grubunun SBÇTÖ'nin çaresiz yaklaşım (ÇY) alt ölçeğinden aldıkları ön test ve son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında; deney grubunun hem ön test puan ortalaması (19,36±4,32), hem de son test puan ortalaması (18,72±3,90) kontrol grubununkinden (ön test18,40±3,80, son test 18,64±3,86), yüksektir ancak gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Deney ve kontrol grubunun ÇY alt ölçeğinden aldıkları ön test-son test puan ortalamaları grupların kendi içinde karşılaştırıldığında; deney grubunun son test ÇY puan ortalaması (18,72±3,90), ön test puan ortalamasına (19,36±4,32) göre düşerken, kontrol grubunun ÇY son test puan ortalamasının (18,64±3,86), ön test puan

ortalamasına (18,40±3,80) göre yükseldiği ancak her iki grup için de aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (p>0,05).

Deney ve kontrol grubunun SBÇTÖ'nin boyun eğici yaklaşım (BEY) alt ölçeğinden aldıkları ön test ve son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında; deney grubunun hem BEY ön test puan ortalaması (14,04±2,52), hem de son test puan ortalaması (14,96±2,47) kontrol grubunun ön test (13,68±3,17) ve son test puan ortalamasına (13,20±3,89) göre daha yüksektir, ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

Deney ve kontrol grubunun BEY alt ölçeğinden aldıkları ön test-son test puan ortalamaları grupların kendi içinde karşılaştırıldığında; deney grubunun BEY son test puan ortalaması (14,96±2,47) ön test puanına (14,04±2,52) oranla artarken, kontrol grubunun BEY puan ortalamasının (ön test;13,68±3,17, son test; 13,20±3,89) azaldığı belirlenmiştir. Kontrol grubundaki azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken (p>0,05), deney grubundaki puan ortalaması artışı istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

Deney ve kontrol grubunun SBÇTÖ'nin sosyal desteğe başvurma (SDB) alt ölçeğinden aldıkları ön test ve son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında; deney grubunun ön test puan ortalaması (11,52±1,83), kontrol grubununkinden (11,44±1,98) yüksek iken son test puan ortalaması (11,88±1,42) kontrol grubununkinden (12,04±199), düşüktür ancak gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,05).

Deney ve kontrol grubunun SDB alt ölçeğinden aldıkları ön test-son test puan ortalamaları grupların kendi içinde karşılaştırıldığında; hem deney grubunun (ön test; 11,52±1,83 ve son test; 11,88±1,42) hem de kontrol grubunun (ön test; 11,44±1,98 ve son test; 12,04±199) son test SDB puan ortalamaları ön test puan ortalamalarına göre artmıştır ancak her iki grup için de farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (p>0,05).

Deney ve kontrol grubunun SBÇTÖ'nin iyimser yaklaşım (İY) alt ölçeğinden aldıkları ön test puan ortalamaları karşılaştırıldığında; deney grubunun ön test puan ortalaması (13.24±3,24), kontrol grubununkinden (15,60±2,38) daha düşük ve aralarında istatiksel olarak da anlamlı bir fark bulunmuştur(p<0.05). İY alt ölçeğinden

aldıkları son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise; deney grubunun kontrol grubuna göre düşük olan son test puan ortalamasının (13,88±2,76) ön test puan ortalamasına (13,24±3,24) göre arttığı, kontrol grubunun son test puan ortalamasının (15,56±2,92) ise, ön test puan ortalamasına (15,60±2,38) göre azaldığı bulunmuştur. Ancak yapılan istatistiksel analiz sonucunda İY son test puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Deney ve kontrol grubunun İY alt ölçeğinden aldıkları ön test-son test puan ortalamaları grupların kendi içinde karşılaştırıldığında; deney grubunun İY son test puan ortalaması (13,88±2,76) ön test puanına (13.24±3,24) oranla artarken, kontrol grubunun İY puan ortalamasının (ön test; 15,60±2,38, son test; 15,56±2,92) azaldığı belirlenmiştir. Ancak her iki grup için de farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, çocuğu yoğun bakım ünitesinde yatan ailelere, çocuk yoğun bakım ünitesini, ekibini, kullanılan araç ve gereci ve rutinleri anlatan aile bilgilendirme kitapçığının verilmesi ve sürekli bilgilendirme ile sağlanan danışmanlık hizmetinin ailenin kaygı ve stresle başa çıkma düzeyleri üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla yarı deneysel randomize kontrollü olarak yapılan araştırmanın bulguları aşağıdaki başlıklar altında tartışılmıştır;

5.1. Deney ve kontrol grubundaki ailelerin sosyodemografik ve çocuğun hastalığı ile ilgili özelliklerine göre karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması

5.2. Deney ve kontrol grubu ailelerin durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamalarının gruplar arası ve grup içi karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması

5.3. Deney ve kontrol grubu ailelerin stresle başa çıkma tarzı ölçeği ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması

Literatürde ebeveynin yaşı, mesleği ve eğitim durumu gibi sosyodemografik özelliklerinin ve çocuğun tanısını bilme, hastalığın seyrini bilme, ailenin çocuğun hastalığından etkilenmesi ve ailenin destek gereksinimleri gibi çocuğun hastalığı ile ilgili özelliklerinin, ailenin kaygı ve stresle başa çıkma düzeylerini etkilediği belirtilmektedir (8,58,74). Veriler toplandıktan sonra gruplar karşılaştırıldığında hem ebeveyne ilişkin tanıtıcı özellikler hem de çocuğun hastalığı ile ilgili özellikler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ve deneyi etkileyecek faktörler açısından grupların benzer özellikte olduğu belirlenmiştir. Bu homojenliğin sağlanması, araştırma sonrasında ortaya çıkacak farkların yapılan bilgilendirme ve danışmanlık hizmeti ile ilişkilendirilebilmesi açısından önemlidir.

5.1. Deney ve kontrol grubundaki ailelerin sosyodemografik ve çocuğun hastalığı ile ilgili özelliklerine göre karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması

Araştırmada her iki gruptaki ebeveynlerin sosyodemografik özelliklerinden yaş, öğrenim durumu, meslek, çocuk sayısı, gelir durumu, sosyal güvence, destek alma durumu ve yaşadıkları yer; çocuğun hastalığı ile ilgili özelliklerinden, çocuğun tanısını bilme, seyrini bilme, evdeki çocuğun bakımını üstlenen kişinin bulunması ve evdeki

çocuğun bakımını üstlenen kişi, çocuğun hastalığının aileyi etkileme durumu açılarından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.1. ve Tablo 4.2). Sadece çocuğun hastalığıyla ilgili özellikler açısından, grupların destek almak istedikleri alanlar arasında istatiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Hagstrom'un (2017) pediatrik yoğun bakım ünitesinde ailelerin stresini araştırdığı çalışmasında, hastalığın seyrini bilme konusunda ebeveynlerin tam bilgi sahibi olmadıkları, çocuklarının hastalıklarından etkilendikleri bulunmuştur (56). Bu çalışmada en fazla oranla babaanne ya da anneanne olmak üzere, her iki grupta da eşit oranda evde çocuğun bakımını üstlenen bir kişi vardır. Deney grubunda bulunan ebeveynlerin tamamı hastalıktan etkilendiklerini ifade ederken, kontrol grubundaki ebeveynlerin %8'i hastalıktan etkilenmediklerini belirtmişlerdir. Her iki gruptaki ebeveynlerin destek almak istedikleri alanlar sorgulandığında, 50 ebeveynden 9 tanesi bu soruyu yanıtlamazken, her iki grupta da manevi destek isteyenlerin oranının yüksek olmasına karşın deney grubunda maddi destek isteyenlerin oranının (%33.3), kontrol grubundan (%5.9) daha fazla olduğu görülmekte ve aralarında istatiksel açıdan da anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$)(Tablo 4.2.). Ailelerin sosyodemografik özelliklerinde belirtildiği şekilde deney grubunun tamamının sosyal güvencesi varken, kontrol grubunda iki kişinin sosyal güvencesinin olmaması ve gelir durumu açısından deney grubunda geliri giderinden fazla olanların oranının (%48), kontrol grubunda ise geliri giderine eşit olanların oranının (%56) diğer gelir durumlarından daha fazla olması dikkate alındığında, deney grubundaki ailelerin kontrol grubuna göre daha fazla oranda maddi destek istemeleri beklenmedik bir durumdur. Miedema ve arkadaşlarının (2008), kanserli çocuğu olan ailelerin ekonomik yükünü belirledikleri çalışmada, hastalığa göre maddi destek alma oranının arttığı görülmektedir (82). Bu çalışmada mevcut destek kaynakları ve çocuğun hastalığının getirdiği maddi yükler sorgulanmadığı için deney grubundaki ailelerin manevi desteğe zaten sahip oldukları için mi, çocuklarının durumu daha fazla maddi güç gerektirdiği için mi yoksa maddi desteği her şeyin üstünde gören bir anlayışa sahip oldukları için mi kontrol grubundan daha fazla oranda maddi destek istedikleri değerlendirilememektedir. Bundan sonra yapılacak çalışmalarda bu boyutların sorgulanması bu durumu açığa kavuşturabilir.

5.2. Deney ve kontrol grubu ailelerin durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamalarının gruplar arası ve grup içi karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması

Deney ve kontrol grubunun durumluk ve sürekli kaygı ön test puan ortalamaları karşılaştırıldığında; deney grubunun durumluk ve sürekli kaygı ön test puan ortalamaları, kontrol grubundan daha yüksek bulunmakla birlikte aralarında istatiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4.3.). Durumluk ve sürekli kaygı son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise deney grubunun hem durumluk hem de sürekli kaygı son test puan ortalamaları kontrol grubundan daha düşüktür ve yapılan istatistiksel karşılaştırmalarda, deney ve kontrol grubunun durumluk kaygı son test puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunurken ($p<0.05$), sürekli kaygı son test puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Sürekli kaygı; bireyin kaygı yaşantısına yatkınlığıdır ve kişinin içinde bulunduğu durumları genellikle stresli olarak algılama ya da stres olarak yorumlama eğilimini gösterir. Bu tür kaygı seviyesi yüksek olan bireyler kolaylıkla incinebilir ve karamsarlığa bürünebilirler. Bu bireyler durumluk kaygıyı da daha sık ve yoğun bir şekilde yaşarlar. Durumluk kaygı ise; bireyin içinde bulunduğu stresli (baskılı) durumdan dolayı hissettiği sübjektif korkudur ve stres'in yoğun olduğu zamanlarda durumluk kaygı seviyesinde yükselme, stres ortadan kalkınca düşme eğilimi vardır (5,44). Sürekli kaygı kişinin genel olarak kaygıya yatkınlığını gösterdiğinden son test puan ortalamaları arasında istatistiksel fark çıkmamıştır ancak durumluk kaygı duruma bağlı yaşanan stres ve kaygı ile ilişkili olduğundan, fark bulunması çocuğun durumu ile ilişkili olarak ailenin girişimden yararlandığını gösterir ve araştırmanın üçüncü hipotezini desteklemektedir.

Ayrıca bu çalışmada deney grubunun durumluk kaygı son test puan ortalamasının, girişim öncesinde kontrol grubuna göre daha yüksek olan ön test puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı derece düşmesine karşın, kontrol grubunda son test puan ortalamasının ön test puan ortalamasına göre artmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı bir değişim olmaması (Tablo4.3.), deney grubuna verilen danışmanlık ve bilgilendirmenin etkili olduğu ve kaygı düzeyini düşürdüğü şeklinde yorumlanabilir. Bu doğrultuda deney grubundaki, içinde bulunduğu durumları genellikle stresli algılama düzeyi yüksek olan annelerin verilen danışmanlık ve bilgilendirme hizmeti sonrasında hem durumluk hem de sürekli kaygı düzeylerinin düşmesi araştırmanın birinci hipotezini de desteklemektedir. Akşit ve Cimete (2001), çocuğu yoğun bakım

ünitesinde yatan annelerin katılımıyla yaptıkları çalışmada, destekleyici hemşirelik girişimi uygulanan annelerin kaygı düzeylerinin uygulanmayan annelerden daha düşük olduğunu saptamışlardır (3). Özyağcıoğlu ve Tüfekçi (2009) de, bebekleri yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan annelerle yaptıkları çalışmada, hemşireler tarafından bilgilendirilen annelerin, bilgilendirilmeyen annelere oranla kaygılarının daha az olduğunu belirtmişlerdir (25). Amerika'da 2004 yılında yapılan başka bir çalışmada hemşirelerin çocuğun bakımına aileyi dâhil etmeleri, istedikleri zaman yoğun bakımı arayıp bilgi alabilmeleri, çocukları hakkında sürekli bilgi ve danışmanlığın verilmesi ailelere çocuklarının güvende olduğunu hissettirerek kaygı ve streslerini azaltmıştır (73). Bu çalışmalar bu araştırmanın sonucunu desteklemektedir.

5.3. Deney ve kontrol grubunu ailelerin stresle başa çıkma tarzı ölçeği ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması

Literatürde çocukları yoğun bakım ünitesinde yatan ebeveynlerin kaygı ve stres düzeylerinin yükseldiği belirtilmektedir (5,56,58,74,83). Çocuğun hastaneye ve özellikle yoğun bakım ünitesine yatırılması ailede kriz yaratan ve ailenin baş etme mekanizmalarını da olumsuz etkileyen bir durumdur (45,72,73,90). Jee ve arkadaşlarının 2012'de çocuk yoğun bakım ünitesinde çocuğu yatan ebeveynlerin streslerini ve baş etme mekanizmalarını inceledikleri çalışmada, her iki ebeveyn de açık, dürüst, zamanlı ve anlaşılabilir bilginin ve çocuğa ulaşmalarının stresle baş etmede en önemli faktörler olduğunu, belirsizlik ve çaresizlik duygularının ise özellikle stresli olduğunu belirtmişlerdir (91). Erdim ve arkadaşlarının (2006) annelerin çocuğun hastaneye yatışından etkilenme durumunu incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada, çocuk hastanede yattığı sürece sağlık çalışanlarından yetersiz destek aldıkları, çocuğun hastanede kalma süresi arttıkça sağlık çalışanlarından destek alma durumlarının azaldığı, %65'inin eşinden ve akrabalarından sosyal destek aldığı bulunmuştur (26).

Bu çalışmada deney ve kontrol grubunun stresle başa çıkma tarzları ölçeğinden aldıkları ön test puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kontrol grubunun puan ortalaması, deney grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise, deney grubunun puan ortalamasının arttığı ancak kontrol grubuna göre düşük olduğu bulunurken, kontrol grubunun puan ortalamasının ön teste göre çok az azalarak neredeyse hiç değişmediği bulunmuştur ve araştırmanın ikinci hipotezini desteklemektedir. Ancak hem gruplar arası karşılaştırmalarda hem de

grupların kendi içinde ön test-son test karşılaştırmalarında aralarında istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Ebeveynlerin stresle baş etme düzeyinin deney grubunda artma, kontrol grubunda ise azalma eğiliminde olmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı bulunmaması, deney ve kontrol grubundaki örneklem sayısının az olmasından kaynaklanmış olabilir. Bu doğrultuda sayıca daha fazla olan örneklem grupları ile çalışılmasının fark olup olmadığının belirlenmesi açısından katkı sağlayacağı değerlendirilmektedir. Bununla birlikte bu çalışmada bilgi ve danışmanlık hizmeti deney grubundaki ailelere 7 gün süre ile verildiği için kısa süre içinde ailelerin mevcut baş etme tarzlarında değişikliğe neden olmamış olabilir. 2004 yılında yapılan bir çalışmada aileyi güçlendirmek için uygulanan "COPE" programı deney ve kontrol grubu olmak üzere iki grup arasında yapılmış ve bir yılsonunda COPE programı uygulanan deney grubundaki annelerin streslerinin azaldığı ve baş etme yöntemlerinin geliştiği görülmüştür (81). Bu çalışmada hem deney hem de kontrol grubundaki aileler araştırma süresi içerisinde çocuklarının bakımına katılmadığı, sadece ziyaret edebildikleri için durumluk kaygı düzeylerini deney grubu lehine etkileyen bu hizmetler daha karmaşık beceri geliştirilmesini gerektiren stresle baş etme düzeyini etkilememiş olabilir. Ayrıca çocukların sağlık durumlarında danışmanlığın verildiği 1 haftalık süre içinde önemli değişiklikler olmadığı için, ailelerin stresle baş etme düzeyinde de önemli değişiklik olmamış olabilir.

Deney ve kontrol gruplarının SBÇTÖ alt ölçeklerinden KGY ve İY puan ortalamaları deney ve kontrol grubuna göre karşılaştırıldığında, deney grubunun her iki alt boyuta ilişkin ön test puan ortalamaları, kontrol grubunun ön test puan ortalamalarından düşük iken son test puan ortalamaları deney grubunda artış, kontrol grubunda ise azalma göstermiştir (Tablo 4.4.). Her iki alt grup için deney ve kontrol grubunun ön test puan ortalamaları arasında fark bulunurken ($p<0,05$) son test puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak deney grubunun KGY alt ölçek puanının, danışmanlık sonrası artışı istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Etkili stresle başa çıkma tarzları olan kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım başetme tarzlarının danışmanlık öncesinde deney grubunda düşük iken artış göstermesi girişimin etkisini göstermekte ve araştırmanın dördüncü hipotezini desteklemektedir. Ancak KGY'daki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunurken İY'daki değişim anlamlı bulunmamıştır. Çocuğun hala yoğun bakım ünitesinde yatıyor olması ve tehditlerin sürmesi ebeveynin iyimser yaklaşımındaki değişimi çok fazla

etkilememiş olabilir. Ayrıca hem deney hem de kontrol grubundaki ebeveynlere kliniğin rutin uygulaması dahilinde bilgi ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesinin sürdürülmesi fark çıkmasını etkilemiş olabilir. Carver ve arkadaşlarının başa çıkma yöntemlerinin durumsal değişkenlerle olan ilişkisini incelediği bir çalışmada, içinde bulunduğu durumu değiştirebilir olarak algılayanların problem çözme odaklı başa çıkma yöntemlerini (KGY, İY), içinde bulundukları durumu değiştiremeyenlerin duygusal başa çıkma yöntemlerini (ÇY, BEY) daha fazla kullandıkları belirtilmektedir (102). Bu çalışmada problem odaklı başa çıkma tarzları puan ortalamalarında artış olması, bilgi ve danışmanlığın etkili olabileceğini düşündürmektedir. Çalışmada kliniğin rutin uygulaması dışında araştırmacı tarafından deney grubuna yönelik olarak 1 hafta süreyle tek bir bilgilendirme ve danışmanlık verme şekli uygulanmıştır, farklı süre ve yöntemler değerlendirilmemiştir. Daha uzun sürelerle ve farklı yöntemlerle bilgi ve danışmanlık verilmesinin etkileri farklı çalışmalarla araştırılabilir ve danışmanlığın stresle başa çıkma tarzlarının etkili alt boyutlarının kullanılmasını artırmadaki rolü daha iyi ortaya konulabilir. Danışmanlık süresinin uzamasıyla birlikte ebeveynlerin, hastalığa uyumlarının ve baş etme yöntemlerini daha etkin kullanacakları düşünülmektedir. Lazarus'a göre başa çıkmak, durağan bir özellik olmaktan çok dinamik bir süreçtir ve zamanla değişir (90). Danışmanlık süresinin uzamasıyla birlikte sosyal destek düzeyleri de artacaktır. Literatürde algılanan sosyal destek düzeyleri arttıkça etkili başa çıkma yollarının da arttığı belirtilmektedir (101).

Deney ve kontrol gruplarının SBÇTÖ alt ölçeklerinden BEY alt ölçeği dışında grup içi ve her üç boyut (SDB,ÇYve BEY) açısından gruplar arası ön test-son test puan ortalamaları karşılaştırılmasında istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. BEY açısından kontrol grubunda anlamlı bir değişim olmazken deney grubunda öntest puan ortalamasına göre son test puan ortalamasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde bir artış olmuştur. Verilen danışmanlık hizmeti ve bilgilendirmenin çocuğun durumuna ilişkin kabulü artırarak ailelerin boyun eğici yaklaşım puanlarını artırdığı değerlendirilmektedir. KGY alt ölçeğindeki artış dikkate alındığında deney grubunda uygulanan girişim ebeveynlerde kendine güvenerek stresle baş etmelerini sağlamakla birlikte kaçınılmaz durum ve var olan tehditler nedeniyle durumun doğası gereği boyun eğici baş etme tarzını kullanmalarını da etkilemiş görünmektedir. Ayrıca ebeveynlerin çocuğa doğrudan bakım verme durumlarında bir değişim yaşanmadığı ve sağlık bakım

personeline bağımlı oldukları için etkisiz olarak değerlendirilen BEY alt ölçeğinde artış olduğu düşünülebilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

Çocuğu yoğun bakım ünitesinde yatan ailelere, çocuk yoğun bakım ünitesini, ekibini, kullanılan araç ve gereci ve rutinleri anlatan aile bilgilendirme kitapçığının verilmesi ve sürekli bilgilendirme ile sağlanan danışmanlık hizmetinin ailenin kaygı ve stresle başa çıkma düzeyleri üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla yarı deneysel olarak yapılan bu araştırmanın sonucunda;

1. Araştırmaya katılan ebeveynlerin anksiyete ve stresle başa çıkma tarzlarını etkileyebilecek olan yaş, öğrenim durumu, meslek, çocuk sayısı, gelir durumu, sosyal güvence, destek alma durumu ve yaşadıkları yer gibi sosyodemografik özellikler ve çocuğun tanısını ve seyrini bilme, evdeki çocuğun bakımını üstlenen birinin bulunması ve bakımı üstlenen kişi, çocuğun hastalığının aileyi etkileme durumu gibi özellikler açısından benzer olduğu,
2. Çocuğun hastalığıyla ilgili özellikler açısından, deney grubunda maddi destek isteyenlerin oranının, kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek olduğu,
3. Deney grubundaki ebeveynlerin durumluk kaygı puan ortalamaları verilen danışmanlık ve bilgilendirme sonucunda anlamlı düzeyde azalırken, kontrol grubunun durumluk kaygı puan ortalamalarında anlamlı düzeyde değişim olmadığı,
4. Deney ve kontrol grubunun ön test durumluk kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmazken verilen danışmanlık ve bilgilendirme sonucunda deney grubunun durumluk kaygı son test puan ortalamasının kontrol grubundan anlamlı düzeyde düşük olduğu,
5. Her iki grubun da sürekli kaygı ön-test, son test puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı,
6. Deney grubunun sürekli kaygı ön-test puan ortalaması girişim sonrasında anlamlı düzeyde azalırken, kontrol gurubunun sürekli kaygı son-test puan ortalamasının anlamlı düzeyde arttığı,
7. Her iki grubun da hem gruplar arası hem de grup içi ön-test son test karşılaştırmalarında stresle başa çıkma tarzları ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı,
8. Her iki grubun da, hem grup içi hem de gruplar arası ÇY, SDB ön test son test puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı,

9. Deney grubunun KGY ve İY ön test puan ortalamasının kontrol grubundan anlamlı düzeyde düşük olduğu, KGY son test puan ortalamasının deney grubunda anlamlı düzeyde artarken İY puan ortalamasında anlamlı değişim olmadığı,

10. Deney grubunun BEY son test puan ortalamasının ön teste göre anlamlı düzeyde artarken kontrol grubunda anlamlı bir değişim olmadığı bulunmuştur.

6.2.Öneriler

Araştırma sonuçları doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

1. Bu çalışma sonucunda verilen danışmanlık ve bilgilendirme hizmetinin ebeveynlerin durumluk kaygı düzeylerini düşürmede etkili olduğu ve stresle baş etme tarzlarından kendine güvenli yaklaşım puanını artırdığı belirlendiğinden;

a) Çocuk yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelere eğitici rol üstlenerek danışmanlık ve rehberlik etmesinin etkisini vurgulayacak hizmet içi eğitimler verilmesi,

b) Lisans düzeyinde verilen eğitimlerde hastayı bilgilendirmeye yönelik materyaller geliştirmelerinin önemi, nasıl geliştirileceği, danışmanlık etmenin önemi, sürekli danışmanlık etmenin anksiyete ve stresle başetme üzerindeki etkilerinin vurgulanması,

c) Çocuk yoğun bakım ünitelerinde üniteyi tanıtan ve güncel bilgi sağlayan broşürlerin geliştirilmesi,

d) Çocuk yoğun bakım ünitelerinde danışmanlık hizmetinin rutin ve sürekli uygulama haline getirilmesi önerilebilir.

2. Bu çalışma tez çalışma süresi dâhilinde yapıldığı için örneklem sayısı az olduğundan özellikle stresle başa çıkma tarzları üzerindeki olumlu etkilerinin daha iyi ortaya konulabilmesi için daha geniş popülasyonda, daha uzun sürecek araştırma tasarımları ile tekrarlanması önerilebilir.

3.Çocukların yoğun bakım ünitesinde yatma nedenlerini dikkate alan ve ailelerin çocuk yoğun bakım ünitesindeki deneyimlerini içeren başka çalışmaların yapılması önerilebilir.

4. Çocuk yoğun bakım ünitesinde hemşirelerin kitapçık verilmesi ve yüz yüze görüşme dışında farklı yaklaşımlarla sundukları danışmanlık hizmetinin etkisini değerlendiren başka çalışmaların yapılması önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Alasad J, Ahmad M. Communication with critically ill patients. *Journal of Advanced Nursing,* 2005, 50 (4): 356–362.

2. Baskan,S. Postoperatif pnömoni: Önlem metodlari ve destek tedavi. *Ankem Dergisi,* 2010, 24(3):152-156.

3. Akşit S, Cimete G. Çocuğun yoğun bakım ünitesine kabulünde, annelere uygulanan hemşirelik bakımının annelerin anksiyete düzeyine etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2001, 5(2): 25-27.

4. Küçükoğlu S, Aytekin A, Gülşah NF. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin gereksinimlerinin belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi,* 2015, 12(3): 182-188.

5. 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.

6. Savaşer S, Mutlu S. Çocuğu ameliyat sonrası pediatride olan ebeveynlerde stres nedenleri ve azaltma girişimleri. *İstanbul Üniversitesi Florance Nightingle Hemşirelik Dergisi*, 2007,15(60): 179-182.

7. Sönmez, S. Pediatrik yoğun bakım ünitesinde çocuğu yatan ailelerin saptadıkları gereksinimlerin hemşireler tarafından algılanması. Doktora Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir, 2002.

8. Er, M. Çocuk, hastalık, anne babalar ve kardeşler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2006, 49(2):155-168.

9. Çavuşoğlu, H,. ed. *Çocuk Sağlığı Hemşireliği*. Ankara. Hastaneye yatmanın çocuk ve aile üzerindeki etkileri, yaşamı tehdit edici hastalığı olan çocuk. Cilt 1, Genişletilmiş 8. Baskı. Sistem Ofset Basımevi; 2004.

10. Dedik, T. Çocuk hemşireliğinde aile merkezli bakım, 48.Milli Pediatri Kongresi. 4. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi. 3. Pediatri Asistanları Kongresi Ve Pediatrik Aciller Kursu Özet Kitabı. 2004. Samsun.

11. Erdem Y, Kutluk Ş. Doğum sonu bebekleri yoğun bakım ünitesinde yatan annelerle, yanında olan annelerin kaygı düzeylerinin karşılaştırılması. 13. Ulusal Neonatoloji Kongresi ve Yenidoğan Hemşireliği kongresi. Kongre Kitabı. 13-17 Nisan 2005. Kayseri.

12. Shuper A, Gabbay U, Mimouni M. Parental anxiety in febril convulsions, Isr. J. Med. Sci, 1996, 32(12): 1282-1285.

13. Melnyk BM, Alpert-Gillis LJ, Hensel PB, Coble-Beiling RC, Rubenstein JS. Helping mothers cope with a critically ill child: A pilot test of the cope intervention, Research in Nursing Health, 1997, 20(1): 3-14

14. Biket AP, Tönük S. Çocuk yoğun bakım ünitelerinin tarihçesi ve günümüzde Türkiye'deki durumunun örneklerle incelenmesi. *Yıldız Teknik Üniversitesi Mimarlık Fakültesi, Araştırma Makalesi*, İstanbul, 2012 :64-68.

15. T.C.Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü 03.04.2008 tarihli ve 11395 (2008/25) sayılı yoğun bakım ünitelerinin standartları genelgesi

16. Tunçay GY. Hastaların yoğun bakım ünitesinin fiziksel ortamına ilişkin görüşleri. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara, 2005.

17. Spitz-Köberich C, Barth M, Spirig R. Parents of a critically ill child – what do they expect from the team of the PICU. Pflege 2010, 23(5): 299-307.

18. 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.

19. Akpir, K. Türkiye'de yoğun bakım. *Türk Anestezi ve Reanimasyon Derneği Dergisi*, İstanbul, 2004: 32:335-343.

20. Köroğlu T, Atasever S, Duman M. A survey of pediatric ıntensive care services in Turkey. *The Turkish Journal of Pediatrics,* 2008: 50;12-17.

21.Studdert MD, Burns JP, Mello MM, Puopolo AL. Nature of conflict in the care of pediatric intensive care patients with prolonged stay, pediatrics, 2003. 112(3), 553-558

22. Türkiye'de Çocuk Yoğun Bakım Hizmetleri. Mevcut Durum ve Öneriler. Pediatri Yoğun Bakım Raporu 2006-3. *Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği.*

23. Dereli F, Okur S. Engelli çocuğa sahip olan ailelerin depresyon durumunun belirlenmesi, *Yeni Tıp Dergisi,* 2008; 25:164-168.

24.Mutlu DB. Kalp ameliyatı olan çocuklarını ameliyat sonrası ilk kez görecek olan annelere yoğun bakım ortamı ve çocuğun görünümü ile ilgili yapılan eğitimin anksiyetelerini azaltmadaki etkisi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul, 2002 .

25. 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.

26. Erdim L, Bozkurt G, İnal S. Annelerin çocukların hastaneye yatışından etkilenme durumlarının araştırılması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* 2006, 9(3): 36-42.

27. Çavuşoğlu H. Pediatri kliniklerinde aile merkezli bakımda yaşanan sorunlar ve yeni yaklaşımlar. *Türkiye Klinikleri Dergisi,* 2018; (10):4 : 344-353.

28.Yiğit R, Dilmaç B, Deniz ME, Hamarta E. *Uluslararası Avrasya Sosyal Bilimler Dergisi.* 2011(4).

29.Freud S. Yaşamım ve Psikanaliz. 7. Baskı. (Çev: K.Şipal, 1996). İstanbul. Say Yayınları, Engin Ofset; 2001.

30.Folkman S, Lazarus RS. The relatıonship between coping and emotıon: ımplıcatıons for theory and research. *Social Science & Medicine,*1988, (26),3: 309-317.

31.Kayır, G. Onkoloji hastalarının hastalık algısı ve stresle başa çıkma biçimleri. Yüksek Lisan Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul, 2014.

32.Basut, E. Stres başa çıkma ve ergenlik. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 2006, 13(1): 31-36.

33.Alaca Ç, Yiğit R, Özcan A, Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların hastalık sürecinde yaşadığı deneyimler konusunda hasta ve hemşire görüşlerinin karşılaştırılması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2011, 2(2):69-74.

34.Aykanat B, Gözen D. Çocuk sağlığı hemşireliğinde aile merkezli bakım yaklaşımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014,3(1).

35. Hatipoğlu S. Cerrahi yoğun bakım hemşireliği ilkeleri. *Gülhane Tıp Dergisi,* 2002,44 (4): :475-479.

36. Çelik S. Yoğun bakım ünitesinde hasta kabul ve taburculuk kriterleri. *YBÜ Dergisi*, 2007,11(2): 96-101.

37.Çelikel T. Dünya'da ve Türkiye'de yoğun bakım uzmanlığı. *Yoğun Bakım Dergisi,* 2011.

38. http://www.tuik.gov.tr Erişim Tarihi: 02.08.2017

39.Taylan S, Alan S, Kadıoğlu S. Hemşirelik rolleri ve özerklik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi,* 2012,2:68-73.

40. Conk Z, Başbakkal Z, Yılmaz Bal H, Bolışık B, ed. *Pediatri Hemşireliği*. Ankara,Akademisyen Tıp Kitabevi; 2013.486-490.

41. Özgürsoy BN, Aksoy AD. Yoğun bakımda yatan hastaların yakınlarının gereksinimleri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi,* 2008,12,33-38.

42. Hallström I, Runesson I, Elander G. Observed parental needs during their child's hospitalization. *Journal Of Pediatric Nursing,* 2002, 17(2).

43. Akpir, K. Yoğun bakım serüveni: Dün bugün. *Yoğun Bakım Dergisi,* 2002,1: 6-12.

44.Yaylacı, A. Genel anestezi altında dental tedavi gören çocuk hastaların ebeveynlerinin kaygı düzeylerinin karşılaştırılmalı olarak Değerlendirilmesi. Bitirme Tezi. Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Faktültesi, Pedodonti Anabilim Dalı. İzmir,2010.

45. Oflaz, F. Hasta çocuk ve ebeveynlerinin pediatrik yoğun bakım deneyimi ve travmatik stres. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* 2008,12(1):53-59.

46. Kuzeyli Yıldırım Y, Fadıloğlu Ç. Diyaliz hastalarında progresif gevşeme yöntemlerinin kaygı düzeyi ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2005, 21(1): 33-45.

47. Yıldırım N. Sabuncu N, Akça Ay F, ed. *Sağlık bakım profesyonelleri ile hasta iletişimi içinde: Klinik beceriler, sağlığın değerlendirilmesi, hasta bakım ve takibi.* İstanbul: Nobel tıp Kitabevleri; 2010. 179-183.

48. Güçlü, N. Stres yönetimi. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2001, 21 (1) 94-96.

49. Kurumahmut, D. İstanbul'daki özel diyaliz merkezlerinde çalışan hemodiyaliz hemşirelerinin stres düzeyleri ve stres düzeylerinin iş doyumuna etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul, 2010.

50. Batlaş A, Batlaş Z. *Stres ve başa çıkma yolları.* Remzi Kitabevi , İstanbul, 2005, 30-80.

51. Erdemir F, Gözen D, Aydın N, Karataş H, Güler S. Türkiye klinikleri çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği özel konular. *Pediatri Hemşiresinin Rolleri Özel Sayısı*, 2018,4(1).

52. Curley MAQ, Moloney-Harmon PA. Critical care nursing of ınfants and children. *University of Pennsylvania Scholarly Commons,* Chapter-1, 2001.

53. Vittone, SB. "Ethics in the ICU". *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 2002, 14: 157-163.

54.Orhan MF, Yakut Hİ, İkiz MA. Çocuk yoğun bakım ünitesinde 2 yıl içinde yatan 938 olgumuzun değerlendirilmesi. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi,* 2012,6(4):228-231.

55. Karakavak G, Çırak Y. Kronik hastalıklı çocuğu olan annelerin yaşadığı duygular. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2006, 7(12):95-112.

56. Hagstrom, S. Family stress in pediatric critical care. *Journal of Pediatric Nursing.* 2017, 32: 32-40.

57. Rose Msn S. A parent's guide to the pediatric ıntensive care unit. *Journal of Pediatric Nursing*. 2015, 30: 266-267.

58. Rodriguez R, Alonso J. Development of a screening measure of stress for parents of children hospitalised in a pediatric ıntensive care unit. *Australian Critical Care*, 2016, 29: 151-157.

59. Carolyn A, Stickney MD, Sonja I And Robert D. Family participation during ıntensive care unit rounds: Goals and expectatıons of parents and health care providers in a tertiary pediatric ıntensive care unit. *The Journal of Pediatrics,* 2014, 165(6): 1245-1251.

60. 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.

61. Marianne N Majdalani, Myrna AA Doumit, Amal CRahi. The lived experience of parents of children admitted to the pediatric ıntensive care unit in lebanon. *International Journal of Nursing Studies,* 2014, 51: 217-225.

62. Lisanti AJ, Allen RL, Kelly L, Cooper MB. Maternal stress and anxiety in the pediatric cardiac ıntensive care unit. *Am J Crit Care,* 2017, 26(2): 118-125.

63.http://www.childmortality.org/files_v20/download/igme%20report%202015%20child%20mortality%20final.pdf Erişim tarihi: 04.10.2017

64. https://www.merriam-webster.com Erişim Tarihi: 05.10.2017

65. Yoğun bakım, http://www.tdk.gov.tr Erişim Tarihi: 05.10.2017

66. Marshall JC, Bosco L, Adhikari NK and friends. What is an ıntensive care unit? A report of the task force of the world federation of societies of ıntensive and critical care mediicine. *Journal of Critical Care,* 2017, (37): 270-276.

67. http://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/index.php Erişim Tarihi: 05.10.2017

68. Pediatric Intensive Care: Concept and ıssues. *Indian Pediatric,* 1995, (32): 147-154.

69.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.

70.http://www.sccm.org/Communications/Pages/CriticalCareStats.aspx

Erişim Tarihi:17.11.2017

71. Ames KE, Rennik JE, Baillargeon S. A qualitative ınterpretive study exploring parents' perception of the parental role ın the pediatric ıntansive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 2011,(27):143-150.

72.Needle JS, O'Riordan M, Smith PG. Parental anxiety and medical comprehension within 24 hrs of a child's admission to the pediatric ıntensive care unit, 2009, (10):668-674.

73.Harbaugh BL, Patrıcıa S, Kırchbaum T and M. Parents' perceptıons of nurses' caregıvıng behavıors ın the pediatric ıntensive care unit, 2004, (27):3, 163-178.

74.Terp K, Strand AS. Parent's experiences and the effect on the family two years after their child was admitted to a PICU- An ınterview study. *Intensive and Critical Care Nursing,* 2017, (43):143-148.

75.Hakio N, Rantanen A, Kurki PA, Suominen T. Parent's experiences of family functioning, health and social support provided by nurses- A pilot study in pediatric ıntensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing,* 2015, (31):29-37.

76.Dahav P, Strand AS. Parent's experiences of their child being admitted to a pediatric ıntensive care unit: A qualitative study-like being in another world. *Nordic College of Caring Science,* 2017: 1-7.

77.Tolan Çakmak Ö. Üniversite öğrencilerinde kaygı belirtileri ve bağlanma biçimleri ile kişilerarası şemalar arasındaki ilişkiler. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara, 2002.

78.Meert KL, Clark J, Eggly S. Family centered care in the pediatric ıntensive care. *Pediatr Clin North Am,* 2013, 60(3): 761-772.

79.Huffines M, Johnson KL and friends. Improving family satisfaction and participation in decision making in an ıntensive care unit. *Critical Care Nurse,* 2013, 33(5).

80.Hill C, Knafl KA, Santacroce SJ. Family centered care from the perspecvtive of parents of children cared for in a pediatric ıntensive care unit: An ıntegrative review. *Journal of Pediatric Nursing,* 2017.

81.Melnyk MB, Alpert L, Feınsteın FN and friends. Creating opportunities for parent empowerment: Program effects on the mental health/coping outcomes of critically III young children and their mothers. *Pediatrıcs,* 2004, 113(6).

82.Miedema BJ, Easley P Fortin, R Hamilton, M Mathews. The economic ımpact on families when a child is diagnosed with cancer. *Medical Oncology,* 2008, 15(4);173-178.

83.Hasan Tehrani T, Haghighi M, Bazmamoun H. Effects of stress on mothers of hospitalized children in a hospital in Iran. *Iran J Child Neurol Autumn,* 2012, 6(4): 39-45.

84.Madeo A, O'Brien K, Bernhardt B, Biesecker B. Factors associated with perceived uncertainty among parents of children with undiagnosed medical conditions. *NIH PA Author Manuscript,* 2013, 2-12.

85.Farahani M, Gaeeni M, Mohammadi N, Seyedfatemi N. Giving ınformation to family members of patients in the ıntensive care unit: Iranian nurses ethical approaches. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine,* 2014, 2-7.

86. Fabris C, Coscia A, Bertino E, Prete M, Occhi L, Giuliani F, Quadrino S. Counselling in neonatal ıntensive care unit. *Early Human Development,* 2009, 47-48.

87. 19 Nisan 2011 tarihli Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik, http://turkhemsirelerdernegi.org.tr , Erişim Tarihi: 03.05.2018

88. Kaygı, http://www.tdk.gov.tr/ Erişim tarihi: 15.05.2018

89.Kurebayashi LFS, Prado JM, Silva MJP. Correlations between stress and anxiety levels in nursing students. *Journal of Nursing Education and Practice,* 2012, 2(3): 128-133.

90. Jones, CW. Parental stress and coping during the hospıtalızatıon of a child. *Chapel Hill,* 2015.

91.Jee R, Shepherd J, Boyles C, Marsh M, Thomas P, Ross O. Evaluation and comparison of parental needs , stressors and coping strategies in a pediatric ıntensive care unit. *Pediatric Critical Care Medicine,* 2012,(13):166-172.

92.Alaradi, MI. Predictors of uncertainty, stress, anxiety and depressive symptoms of parents of preterm ınfants in the neonatal ıntensive care unit . *Doctor of Philosophy,* 2014.

93. Çetinkaya B, Turan T, Ceylan SS, Şakın N. Pediatri hemşirelerinin rol ve fonksiyonlarını uygulama durumlarının belirlenmesi. *Pamukkale Tıp Dergisi Araştırma Makalesi*, 2017, (2):152-156.

94.Gooding JS and friends. Family support and family centered care in the neonatal ıntensive care unit: Origins, advances, ımpact. Semınars ın Perınatology. *Elsevier,* 2011,35:20-28.

95.Hill C, Knafl KA, Santacroce SJ. Family-centered care from the perspective of parents of children cared for in a pediatric ıntensive care unit: An ıntegrative review. *Journal of Pediatric Nursing,* 2018, 41: 22-33.

96.Beevi, A. Textbook of pediatric nursing. *Elsevier,* 2009,16-17.

97. Potts NL, Mandleco BL. Pediatric nursing caring for children and their families. *Delmar Cengage Learning,* 2007,16-22.

98. Ocakcı A, Yıgen E. Çocuk sağlığı ve hastalıklarında atravmatik hemşirelik bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi,* 2004, 20 (1) :117-126.

99. Mattsson J, Forsner M, Castren M, Arman M. Caring for children ın pediatric ıntensive care unit: An observation study focusing on nurses concerns. *Nurs Ethics Published Online,* 2013.

100. Kumar BS, Avabratha KS. Parental Stress: A study from a pediatric ıntensive care unit in mangalor. *Internatıonal Journal of Contemporary Pediatrics*, 2015, 2(4): 401-404.

101. Yılmaz SD, Bal MD, Beji NK, Arvas M. Ways of coping with stress and perceived social support in gynecologic cancer patients. *Cancer Nursing,* 2005, 38(2).

102. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: A theoretically based approach j pers soc psychol, 1989, 56(2):267.

103. UC Davis Children's Hospital. (2012). Guide to pediatric services. (Brochure). Helping children reach their full potential.

104. UC Davis Children's Hospital. (2012). Family ınformation booklet. (Brochure). Resources for families of patients transferred to UC Davis Children's Hospital.

105. The Emily Center Phoenıx Children's Hospital. (2009). The pediatric ıntensive care unit or PICU. (Brochure).

106. Lurie Children's Hospital (2014). Pediatric ıntensive care unit. Prent handbook.

107. Rndall Children's Hospital. Pediatric ıntensive care unit. (Brochure).

8.EKLER

Ek-1. Gönüllüleri Bilgilendirme ve Olur (Rıza) Formu

Ek-2. Çocuğu Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Aileleri ve Çocukların Tanıtıcı

Bilgi Formu

Ek-3. Durumluk Kaygı Envanteri

Ek-4. Sürekli Kaygı Envanteri

Ek-5. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ)

Ek-6. Çocuk Yoğun Bakım Aile Bilgilendirme Kitapçığı

Ek-7. Etik Kurul Kararı

EK-1. Gönüllüleri Bilgilendirme ve Olur (Rıza) Formu

Soru Formu No……..

GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU

Sayın Katılımcı,

Çocuğu yoğun bakım ünitesinde yatan ailelere verilen danışmanlık hizmetinin, çocuk ve ailenin sosyodemografik özelliklerine ve çocuğun hastalığından etkilenme durumlarına göre ailenin kaygı ve stresle başa çıkabilme düzeyleri üzerine etkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Bu araştırmada, çalışmaya katılmayı kabul eden çocuğu yoğun bakım ünitesinde yatan ailelere, çocukları ve yoğun bakım ünitesi hakkında bilgi ve danışmanlık hizmeti verilecektir.

Araştırmacı tarafından, çalışmanın başında ve 15 gün sonrasında 3 tane anket formu uygulanarak sizlerin yaş, eğitim durumunuz, çocuk sayınız gibi sosyodemografik özelliklerinize, çocuğunuzun daha önce yoğun bakımda yatma durumu, kendinizi bulunduğunuz durum içerisinde nasıl hissettiğiniz gibi çocuğun hastalığı ve yoğun bakım ünitesine, kaygı düzeyiniz, stresiniz ve stresle nasıl başa çıktığınız gibi stres ve kaygı durumunuza ilişkin sorulara cevap vermeniz istenecektir.

Çalışmada iki grup olacaktır. Sizler bu gruplardan birine rastgele seçileceksiniz. Çalışma süresince rutin uygulamalar devam edecek ve her iki gruba da hastane protokollerine uygun şekilde doktor ve asistanlar tarafından hastanız ve yoğun bakıma ilişkin bilgi verilecektir. Ancak çalışma kapsamında gruplardan biri rutin uygulamaya bırakılırken diğerine, üniteye kabulde "çocuk yoğun bakım aile bilgilendirme kitapçığı "verilecek, araştırmacı tarafından 7 günlük araştırma süresi boyunca her gün 13-14 saatleri arasında çocuğunun durumu hakkında bilgi verilecek ve danışmak istediği konular açıklanacaktır. Böylece rutin uygulamaya ek olarak araştırmacı tarafından verilen bu eğitim ve danışmanlığın bu grubun kaygı ve stresle başa çıkabilme durumunu etkileyip etkilemediği değerlendirilecektir.

"Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi'nde çocuğu yatan aileleri kapsayan bu çalışma yarı deneysel bir çalışma olduğu için, herhangi bir dezavantajı veya riski bulunmamaktadır. Bu araştırmaya katılarak

yoğun bakımda çocuğu yatan ailelerin kaygı ve stresle başa çıkmasında bu eğitim ve danışmanlığın etkinliğinin belirlenmesine katkı sağlayacaksınız. Bu araştırma tamamlandıktan sonra bilimsel alanda yol gösterici olarak kullanılacaktır.

Araştırmadan elde edilen hiçbir veri ya da kişisel bilgi başkaları ile paylaşılmayacaktır, gizli tutulacak ve hiçbir şekilde sizin isminiz belirtilerek açıklanmayacaktır. Bu bilgiler, farklı bir araştırma ya da uygulamada da kullanılmayacaktır.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek, çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Çalışmaya katılım gönüllük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılmama ya da kabul ettikten sonra vazgeçme hakkına sahipsiniz.

Teşekkür ederim.

Hemşire
Gizem Gür AYKUT
KOÜ Çocuk Yoğun Bakım Hemşiresi
Cep telefonu:(0505) 608 28 89

Yukarıdaki Bilgileri okudum, bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜNÜN;	**AÇIKLAMALARI YAPAN ARAŞTIRMACININ**
Tarih: ____ / ____ / _____	**Tarih: ____ / ____ / _____**
Adı–Soyadı	**Adı–Soyadı**
_____	_____
İmzası	**İmzası**
_____	_____

EK-2.Çocuğu Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Aileleri ve Çocukların Tanıtıcı Bilgi Formu

ÇOCUĞU YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN AİLELERİ VE ÇOCUKLARIN TANITICI BİLGİ FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu anket formunda çalışmaya istekli çocuğu, yoğun bakım ünitesinde yatan ailelerin ve çocuklarının tanıtıcı özellikleri ve çocuğun hastalığının aile üzerindeki etkilerine yönelik sorular yer almaktadır. Elde edilen bilgiler araştırmacı tarafından gizli tutulacak ve sadece bu araştırma için kullanılacaktır. Araştırmanın doğru sonuç vermesi için tüm anket sorularına samimiyetle ve doğru cevap vermeniz önemlidir. Katılımınız için teşekkür ederim.

Adınız-Soyadınız:

I. Çocuk ve Ailenin Sosyodemografik Özellikleri

1.Yaşınız:

2.Eğitim Durumunuz

□Okur yazar □İlkokul □Ortaokul □Lise □Üniversite ve üzeri

3.Mesleğiniz

□Ev hanımı □İşçi □Memur □Serbest Meslek □Diğer……

4.Eşinizin Yaşı:

5.Eşinizin Eğitim Durumu

□Okur yazar □İlkokul □Ortaokul □Lise □Üniversite ve üzeri

6.Eşinizin Mesleği

□Ev hanımı □İşçi □Memur □Serbest Meslek □Diğer……

7.Ailedeki Çocuk Sayısı:……

8.Ailenizin Sosyal Güvencesi

□SGK □Emekli Sandığı □Yeşil Kart □Ücretli □Sosyal Güvencem Yok

9.Nerede İkamet Ediyorsunuz?

□İl Merkezi □İlçe □Köy □Diğer……

10.Düşük/Kürtaj Yaptınız mı?

□Evet □Hayır

11.Ailenin Ekonomik Durumu

□Gelir, giderden çok □Gelir, gidere eşit □Gelir, giderden az

12.AilenizeYardımcı Olacak Kişi/Kişiler Var mı?

□Var □Yok

Var ise kim/kimler……...

13.Yaşamınızı Etkileyen Herhangi Bir Rahatsızlığınız Var mı?

□Var □Yok

Var ise nedir?

…….

II. Çocuğun Hastalığının Aile Üzerinde Etkileri

14.Çocuğunuz Daha Önce Yoğun Bakım Ünitesinde Yattı mı?

□Evet □Hayır

Yattı iseyatış nedeni:…….

15.Çocuğunuzun tanısını biliyor musunuz?

□Evet □Hayır

Yanıtınız "Evet" ise, tanısı nedir?.....

16.Çocuğunuzun hastalığının seyri hakkında bilginiz var mı?

□Evet □Hayır

17.Siz Evden Uzaktayken Çocuğunuzun/Çocuklarınızın Bakımı İle Kim/Kimler İlgileniyor?

…….

18.Çocuğunuzun Hastalanması İle Aile Yaşantınız Etkilendi mi?

□Evet □Hayır

19.Yanıtınız "Evet" ise, Bu Durum Aile Yaşantınızı Nasıl Etkiledi?

□Ekonomik Yükümüz Arttı □Aile İçerisşnde Anlaşmazlıklar Arttı

□Çevremizle Olan İlişkilerimiz Azaldı □Çocuğun Bakımı Nedeniyle Benim Yüklerim Arttı

□Kendi Kendimize Zaman Ayıramaz Olduk □Evdeki Diğer Çocuklarla İlgilemez Olduk

□Diğer……..

20.Çocuğunuzun hastalığı nedeniyle sıkıntı yaşıyor musunuz?

□Evet □Hayır

Yanıtınız "Evet" ise yaşadığınız sıkıntıları kim/kimlerle paylaşabiliyorsunuz?

…….

21.Çocuğunuz hastanede kaldığı sürece nerede kalıyorsunuz?

…….

22.Çocuğunuz Hastalığı Süresince Destek Almak İsterseniz, Hangi Konularda Destak Almak İstersiniz?

…….

EK-3. Durumluk Kaygı Envanteri

DURUMLUK KAYGI ENVANTERİ

Aşağıdaki kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamen
1.Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.Şu anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4.Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6.Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7.Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9.Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12.Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13.Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14.Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18.Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.Şu anda keyfim yerinde	(1)	(2)	(3)	(4)

EK-4.Sürekli Kaygı Envanteri

SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ

Aşağıdaki kişilerin kendilerini anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman harcamadan genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Pek Az	Bazen	Çoğu Zaman	Hemen Her Zaman
1.Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
2.Genellikle çabuk yoruluyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
4.Başkaları kadar mutlu olmayı isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçırırım	(1)	(2)	(3)	(4)
6.Kendimi dinlenmiş hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
7.Genellikle sakin, kendime hâkim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
8.Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
9.Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
10.Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
12.Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
13.Genellikle kendimi güvende hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
14.Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
15.Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
16.Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
18.Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
19.Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
20.Son zamanda kafama takılan konular beni tedirgin eder	(1)	(2)	(3)	(4)

EK-5.Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ

Bu ölçek, kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacı ile geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ve stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin. Herhangi bir davranış size hiç uygun değilse %0'ın altındaki parantezin içine (X) işareti koyun. Çok uygun ise %100'ün altını işaretleyin. Bütün soruları size en uygun cevabı işaretleyerek cevaplayın.

BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA;

Sizi ne kadar tanımlıyor, size ne kadar uygun

	%0	%25	%75	%100
1-Kimsenin bilmesini istemem.				
2-İyimser olmaya çalışırım.				
3-Bir mucize olmasını beklerim.				
4-Olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım.				
5-Başa gelen çekilir diye düşünürüm.				
6-Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım.				
7-Kendimi kapana sıkılmış gibi hissederim.				
8-Olayların değerlendirilmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım.				
9-İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem.				
10-Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum.				
11-Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam.				
12-Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım.				
13-İşi olacağına varır diye düşünürüm.				
14-Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım.				

15-Problemin çözümü için adak adarım.				
16-Herşeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum.				
17-Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım.				
18-Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım.				
19-Her şeyin istediğim gibi olamayacağına inanırım.				
20-Problemleri adım adım çözmeye çalışırım.				
21-Mücadeleden vazgeçerim.				
22-Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm.				
23-Hakkımı savunabileceğime inanırım.				
24-Olaylar karşısında 'kaderim buymuş' derim.				
25-'Keşke daha güçlü bir insan olsaydım' diye düşünürüm.				
26-Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissederim.				
27-'Benim suçum ne?' diye düşünürüm.				
28-'Hep benim yüzümden oldu' diye düşünürüm.				
29-Sorunumun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım.				
30-Bana destek olabilecek kişilerin varlığı beni rahatlatır.				

EK-6 Çocuk Yoğun Bakım Aile Bilgilendirme Kitapçığı İçeriği

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

ARAŞTIRMA ve UYGULAMA HASTANESİ



Çocuk Yoğun Bakım
Aile Bilgilendirme Kitapçığı

Çocuk Yoğun Bakım Aile Bilgilendirme Kitapçığı

Hasta üniteye gelmeden önce hastanın durumuna göre; hasta yatağı, monitör, mekanik ventilatör, entübasyon ve damar yolu malzemeleri hazırlanır.

Hasta yoğun bakım ünitesine geldiğinde kan basıncı, vücut ısısı, nabzı, spo2 ölçümü, solunumu ölçülerek kaydedilir.

Yoğun bakım doktoru tarafından hastanın muayenesi yapılır.

Hastanın genel durumuna göre oksijen desteği sağlanır.(Maske,kanül ya da solunum cihazına bağlanarak)

Hastanın tedavileri için damar yolu ya da yoğun bakım doktoru tarafın santral venöz katater (uzun süre kalıcı tedavi yapmak ve kan almak için kullanılan katater) takılır.

Hastanın durumuna göre saatlik idrar çıkışı önemli olan hastalarda doktor tarafından idrar sondası takılır.

Tüm girişimsel işlemler bittikten sonra, doktor tarafından düzenlenen tedavi hemşire tarafından hastaya uygulanır.

Hasta yoğun bakım ünitesine alındıktan sonra sizlere hastanın yatışını yapmanız için gerekli kağıt ve hasta ihtiyaç malzeme listesi (ateş ölçer, çocuğuna uygun bez, ıslak mendil gibi) verilir. Hastanın yatışını yaptıktan sonra beyaz kol bandını yoğun bakım ünitesine getirmeniz istenecektir.

Çocuk Yoğun Bakım Aile Bilgilendirme Kitapçığı

Hasta yoğun bakım ünitesine alındıktan sonra sizlere hastanın yatışını yapmanız için gerekli kağıt ve hasta ihtiyaç malzeme listesi (ateş ölçer, çocuğuna uygun bez, ıslak mendil gibi) verilir. Hastanın yatışını yaptıktan sonra beyaz kol bandını yoğun bakım ünitesine getirmeniz istenecektir.

Çocuğunuzun yoğun bakım ünitesine yatışı itibariyle aile bilgilendirme kitapçığı sizlere verilerek daha ayrıntılı bilgilere ulaşmanız ve çocuğunuzla ilgili stres ve kaygınızın biraz da olsa azalması sağlanacaktır.

UNUTMAYIN
ÇOCUĞUNUZUN SAĞLIĞI İÇİN KENDİ SAĞLIĞINIZA DAHA ÇOK ÖZEN GÖSTERMELİSİNİZ...

2

Çocuk Yoğun Bakım Aile Bilgilendirme Kitapçığı



Çocuk yoğun bakım ünitemiz , bir yoğun bakım doktoru, iki pediatri(çocuk) asistanı , 11 hemşire ve 5 yardımcı personelden oluşmaktadır. 1 izole(diğer hastalardan ayrılmış) odayla birlikte toplam 7 yataklıdır.

Hastanemizde çocuk hastalıklarıyla ilgili;

- Çocuk kardiyoloji (kalp hastalıkları),
- Çocuk kvc (kalp-damar hastalıkları),
- Çocuk endokrin (hormonal hastalıklar),
- Çocuk cerrahisi,
- Çocuk hematoloji (kan hastalıkları),
- Çocuk onkoloji (kanser hastalıkları),
- Çocuk nefroloji (böbrek hastalıkları),
- Çocuk nöroloji (sinir sistemi hastalıkları),
- Çocuk enfeksiyon,
- Neonatoloji (yenidoğan hastalıkları),
- Çocuk romatoloji (kas-iskelet sistemi hastalıkları),
- Çocuk allerji alanlarında hizmet vermektedir.

Çocuğum Hakkında Ne zaman ve Nasıl Bilgi Alabilirim?

Çocuk yoğun bakım ekibi, çocuğunuzun durumu hakkında sizi bilgilendirmeye açıktır. Klinik protokolümüz gereği hergün ziyaret saatlerinde yoğun bakım doktorundan ayrıntılı bilgi alabilirsiniz. Hemşireniz çocuğunuzun bakımına ilişkin sizi bilgilendirebilir.



Ayrıca çocuğunuz hakkında bilgi almak istediğiniz zamanda **0262 303 85 76** nolu numaradan üniteyi arayabilirsiniz. Çoğunlukla yoğun bakım koşulları uygun olduğunda bilgi almakta sorun yaşamazsınız ancak yoğunluk olduğunda daha sonra bilgi almak için yönlendirilebilirsiniz. Anlayışınız için teşekkür ederiz.

Bilgi Alırken Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar ?

- Sormak istediğinizde aklınızda olan bütün soruları hatırlamanız zor olabilir. Hemşire ya da doktorunuza sormak istediğiniz soruları yazmanız, unutmanızı önleyecektir.
- Diğer aileler ve bebeklerin gizliliğinin devam ettirilmesinin sağlanması amacıyla sadece çocuğunuzla ilgili sorular sormanız uygun olacaktır.
- Çocukla ilgili bilgi sadece ebeveynlerine ya da yasal vasilerine verilmektedir. Akrabalarınızın ya da arkadaşlarınızın üniteyi aramamasını rica ediniz.

Hastanede Çocuğunuzun Bakım ve Tedavisi Kimler Tarafından Verilmektedir?

Çocuğunuzun bakım ve tedavisi; çocuk yoğun bakım ünitesi ekibi tarafından verilmektedir. Ekibin içerisinde çocuk hemşireleri, çocuk asistanları ve uzman doktorları yer almaktadır. Gerekti̇ğinde farklı bölümlerden çocuk doktorlarından danışmanlık istenerek çocuğunuza en uygun tedavinin uygulanması sağlanmaktadır.

Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Bir Çocuğun Ebeveyni Olmak



Çocuğunuzun yoğun bakım ünitesine yatırılması, korku, kaygı, üzüntü,stres, kafa karışıklığı gibi birçok duyguyu birlikte yaşamanıza neden olabilmektedir. Anne-baba olarak tüm bu olumsuz duygularla başetmenize ve çocuğunuzun bakım ve tedavisine destek olabilmenize yardımcı olmak için çocuk yoğun bakım ekibi herzaman yanınızda olacaktır.
İstediğiniz konularda ve kendinizi hazır hissettiğinizde çocuğunuzun bakımına yoğun bakımda katılmanız için sağlık ekibi size yol gösterecektir. Yoğunluk nedeniyle uygun olmadıklarını düşündüğünüz zamanlar da, uygun zamanı bekleyerek yardım istediğinizde size gerekli destek sağlanacaktır.

Anne ve babalar gün içerisinde saat 13.00-14.00 saatleri arasında ünite uygun olduğunda çocuklarını görebilirler. Bunun için aşağıda belirtilen noktalara dikkat edilmesi önemlidir:

- Üniteye sadece birinci derece yakınlar ın(anne, baba, 18 yaşından büyük kardeş) girmesine izin verilir.
- Çocuk yoğun bakım ünitesine girmeden önce ellerinizi yıkayınız. Enfeksiyonların önlenmesi için el yıkama çok önemlidir. Tüm ziyaretçileri ellerini yıkaması konusunda lütfen bilgilendiriniz.
- El yıkama işlemi sonrasında ünitede bulunan el dezenfektanlarını elinize sıkıp ovalayınız.
- Üniteye girerken size temin edilen önlük ve maskeleri giyiniz.
- Üniteye girecek olan ziyaretçilerde; ateş, soğuk algınlığı, kusma, ishal varsa ya da çevrenizde suçiçeği, kızamık, kızamıkçık, boğmaca gibi bulaşıcı hastalığı olan kişiler varsa lütfen üniteye gelmeden önce arayınız ve sağlık personelini bilgilendiriniz.
- Ünite içerisine çocuk için belirtilen yiyecek-içecekler dışında lütfen yiyecek-içecek getirmeyiniz. Getirdiklerinizin ağzının kapalı olmasına özen gösteriniz.
- Yoğun bakım ünitesi içerisinde lütfen cep telefonlarını kullanmayınız.
- Diğer ailelerin ve çocukların mahremiyetine/gizliliğine lütfen saygı gösteriniz ve ziyaret sırasında sadece kendi çocuğunuzun yatak kenarında bulununuz.
- Yoğun bakımda acil durumlar ortaya çıkabilir ve bu durumda sizden ünite dışına çıkmanız istenebilir, lütfen bu durumda istenenleri yerine getiriniz.
- Ziyaret saatlerinin acil durumlarda ileri saatlere sarkması gerekebilir. Bu saatler doktorlarınızın ya da hemşirelerinizin hastayı değerlendirme(vizit) saatlerine denk gelebilir. Bu gibi durumlarda da dışarıda beklemeniz istenebilir. Bu durumlar sırasındaki desteğiniz ve sabrınız için teşekkür ederiz.

Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde Ebeveynler Tarafından Sıklıkla Deneyimlenen Duygular



Birçok anne-baba için yoğun bakımda çocuklarının bulunması stres yaratabilir. Bazı ortak yaşanan duygular şunlardır:

- Yorgunluk hissetmek
- Çaresizlik ve üzüntü hissetmek
- Çocuğun durumundaki belirsizlik nedeniyle korku yaşamak
- Yalnızlık hissetmek
- Kendinize ve başkalarına karşı kızgınlık hissetmek
- Ümitsizlik hissetmek

Anne-babalar bu olumsuz duygu ve düşüncelerle başetmek için farklı yöntemlerden yarar görebilirler. Bunun için aşağıdaki yöntemlerden yararlanabilirsiniz;

- Sizin ve çocuğunuzun bakımına yardımcı olan kişilerden yardım istemek,
- Akrabalarınızdan, arkadaşlarınızdan yardım ve destek istemek,
- Psikiyatrist ya da psikolog yardımı talep etmek,
- Uygun beslenerek ve dinlenerek fiziksel olarak kendinize iyi bakmak,
- Toplumdaki destek gruplarını araştırarak onların yardımını istemek,
- Çocuğunuzdaki günlük değişimlere ve kendi duygularınıza yönelik günlük tutmak,
- Aynı durumda olan ailelerle görüşmek ve duygularınızı paylaşmak.

Sağlık Ekibi

Daha önce belirtildiği gibi çocuğunuzun bakım ve tedavisi; doktor ve hemşirelerden oluşan çocuk yoğun bakım ünitesi ekibi tarafından verilmektedir. Anne-babalar olarak bu ekibin en önemli üyelerinden birisi de "sizsiniz". Çocuğunuz en çok size ihtiyaç duymaktadır. Kendinizi hazır hissettiğinizde çocuğunuzun bakımına katılmanız hem sizler hem de çocuğunuz için yararlı olacaktır. Yoğun bakım ünitesine çocuğunuzun sevdiği oyuncaklarından birkaç tane getirebilirsiniz. Getirdiğiniz oyuncakların üzerine çocuğunuzun adını yazmayı unutmayınız.

Yoğun Bakım Doktoru: Yoğun bakımda yatan her çocuğun bakım ve tedavisi ile ilgilenmek üzere görevlendirilmiş olan bir uzman ve bir asistan doktor bulunmaktadır. Çocuğunuzun bakım ve tedavisini yürütmekten sorumlu olan bu doktorlar gerektiğinde diğer çocuk doktorları ile görüşerek çocuğunuzun en iyi tedaviyi almasını sağlamaya çalışmaktadır. Çocuğunuzla ilgili bilgileri de sizlere yoğun bakım doktorları vermektedir. Geceleri ve hafta sonları, çocuğunuzun kendi doktorlarının tedavi planı çerçevesinde ve gerektiğinde onlarla iletişime geçerek nöbetçi olan diğer doktorlar tedavi planını yürütmekten sorumlu olurlar. Bu durumla karşılaştığınızda şaşırmayınız.

Sorumlu Hemşire: Yoğun bakım ünitesinde tüm üniteden sorumlu bir hemşire bulunmaktadır. Doktor vizitlerine eşlik eder, her hastanın uygun bakımı alması için hemşireleri görevlendirir ve takip eder. Yoğun bakım ünitesindeki araç-gereç, malzeme ve ilaç temininden sorumludur. Sizlerin bakım hakkındaki duygularınızı bilmek ister. Bakıma katılmanızı teşvik eder.

Çocuk Yoğun Bakım Hemşireleri: Çocuğunuzla yoğun bakım ünitesinde ilgilenen tüm hemşireler alanında eğitimli ve bilgilidirler. Çocuklarınızın tedavilerini , bakımlarını planlarlar ve uygularlar. Çocuğunuzun yakın takibinden sorumlu kişilerdir. Sormak ya da danışmak istediğiniz bir konu olduğunda sizleri aydınlatırlar.

Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi ve Bakıma Yönelik Yapılan Uygulamalar



1.Oksijen Tedavisi
Kandaki oksijen düzeyini istenilen düzeyde tutabilmek amacıyla verilir.

2.Devamlı Pozitif Hava Yolu Basıncı
Akciğerlerin havalanabilmesi için oksijeni akciğerlere gönderen solunumu destekleyici makinaya bağlanır.



3.İlaç Tedavisi
Hergün doktor tarafından hasta için planlanan ilaçlar hemşireler tarafından uygulanır.

4.Diyaliz Tedavisi
Ünitemizde nadir olarak yapılsa da çocuk nefroloji doktorlarının uygun gördüğü hastalarda diyaliz katateri açılarak diyaliz hemşiresi tarafından uygulanmaktadır.

5.Pozisyon
Yoğun bakımlarda yatan hastaların büyük çoğunluğu yatak içerisinde hareket edememektedir. Uzun süre aynı şekilde yatmaya bağlı olarak hastalarda yatak yaraları, akciğerlerinde kapanma gibi sorunlar görülebilmektedir. Bu durumlarla karşılaşmamak için yoğun bakım hemşireleri tarafından hasta- nın hareket durumuna göre 2 saatte bir ya da 4 saatte bir hastaya uygun pozisyon verilmektedir.



6.Aspirasyon
Hastaların vücut boşluklarında biriken sıvı materyallerin hastanın ihtiyacına göre uygun aralıklarla bir sonda yardımıyla vücuttan uzaklaştırılmasıdır.

7.Ağız Bakımı
Yoğun bakım ünitesinde hastalar, kendi öz bakımlarını yerine getiremedikleri için bu bakımlar yoğun bakım hemşireleri tarafından hastalara verilmektedir. Hastanın ihtiyacına göre ağız bakımı 2 saatte, 4 saatte ya da 6 saatte bir karbonatlı sularla verilmektedir.

8.Vücut Banyosu
Yoğun bakım ünitesinde her Salı günü banyo günüdür. Hastanın ihtiyacına göre haftalık banyo sayısı arttırılmaktadır.

9.Göz Bakımı
Hastanın ihtiyacına göre distile sularla 2 saatte, 4 saatte ya da 6 saatte bir göz bakımı verilmektedir.

10.Perküsyon
Uzun süre yatan hastaların hava yollarında sekresyonlar birikebilmektedir. Akciğerlerde biriken bu yoğun sekresyonları atabilmek için hastanın ihtiyacına göre 4 saatte bir 6 saatte bir uygulanabilmektedir. Hastanın sırt bölgesine el kubbe şekline getirilerek ritmik yapılan hareketlerdir.



11.Ostomi Bakımı
Ostomi, içi boş olan bir organın vücuttan dışarı doğru açıklığıdır. Bağırsak açıklığı; ince bağırsaksa "ileostomi", kalın bağırsakta "kolostomi", mide açıklığı "gastrostomi", ince bağırsak açıklığı "jejunostomi", soluk borusunun açıklığı ise "trakeostomi" dir. Bu açıklıklarının bakımları yoğun bakım içerisinde hemşireler tarafından, hasta taburcu olduktan sonra sizler tarafından yapılmaktadır. Bu açıklıklar hergün renk, koku, akıntı açısından hemşireler tarafından gözlenir ve bakımı yapılır.

12.Silme Vücut Bakımı
Hergün bakımlarda hastaya silme şeklinde bakım yapılmaktadır.

13.Fizik Tedavi
Hastaların ihtiyaçlarına göre yoğun bakım doktoru fizyoterapi doktorlarıyla iletişime geçer. Sizlere hangi hareketleri ne kadar süre yapmanız gerektiği uygulamalı olarak anlatılır. Sizlerin fizik tedavi yaptıramadığı durumlarda yoğun bakım hemşireleri tedaviyi uygularlar.

NOT: Tedavi yöntemleri çocukların hastalıklarına göre farklılık göstermektedir.

Çocuğunuzun Beslenmesi
Çocuk yoğun bakım ünitesinde, çoğunuzun beslenmesi çeşitli yollarla yapılabilir. Bunlar;

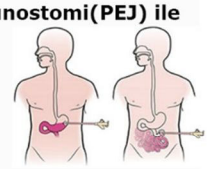
- **Ağızdan (Oral) Beslenme:** Oral beslenme yoğun bakım şartlarında çok fazla uygulanamasa da çocuğun ağızdan normal şekilde beslenmesidir.

- **Gavajla Beslenme:** Yumuşak bir tüp çocuğun ağzından ya da burnundan midesine ya da bağısağına doğru ilerletilerek yerleştirilir. Anne sütü ya da çocuğun durumuna uygun kalorideki beslenme içeriği, tüp ucuna yerleştirilen enjektör ya da beslenme pompaları aracılığıyla aralıklı olarak ya da devamlı şekilde gönderilir.



- **Intravenöz (IV) Sıvılar :** Intravenöz sıvılar, çocuğun beslenmesini sağlayan, şeker, yağ, protein ve vitamin içeren steril özel solüsyonlardır. Çocuğa bu sıvılar damarına yerleştirilen yumuşak bir tüp aracılığı ile verilir. Bu tüpe kateter adı verilir.

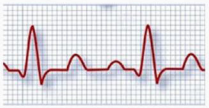
- **Perkütan Endoskopik Gastrostomi(PEG) ve Perkütan Endoskopik Jejunostomi(PEJ) ile Beslenme:** Ağız yoluyla beslenemeyen hastaların beslenmesini sağlamak amacıyla, karın duvarından mideye tüp yerleştirilmesine "PEG"(peruktan endoskopik gastrostomi), ince bağırsağa yerleştirilmesine " PEJ" (peruktan endoskopik jejunostomi) denir. Bu açıklığa takılan katater yardımıyla hastanın durumuna göre sürekli ya da aralıklı besleme yapılır.

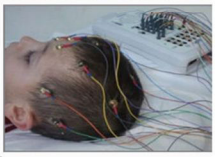


NOT: Beslenme şekilleri ve içerikleri çocukların yaşına, hastalık durumuna göre farklılık göstermektedir.

Çocuk Yoğun Bakım Ünitesine Uygulan Test ve Tanı Yöntemleri

- Kan gazı (gün içerisinde hastaya göre birkaç kez alınabilir.)
- Kan ve idrar testleri (hemogram, biyokimya, tit...)
- Röntgen çekilmesi
- Ekokardiyografi (EKO)
- Elektrokardiyografi (EKG)
- Elektroensefalografi (EEG)
- Elektronöromiyografi (EMG)
- Ultrasanografi (USG)
- Metabolik taramalar
- Lomber Ponksiyon (LP)
- Bilgisayarlı Tomografi (BT)
- Magnetik Rezonanas (MR)
- Kültür (kan, idrar, katater... üreme varlığına bakılır)







NOT: Yoğun bakım ünitesinde kullanılan test ve tanı yöntemleri çocuğun hastalığına, durumuna göre farklılık göstererir.

Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde Duyduğunuz Fakat Bilmediğiniz Kelimeler

1.PH: Bir sıvının asitlik-bazlık miktarını göstermektedir. Kan Ph değeri 7.35-7.45 aralığındadır.

2.Asidoz: Asidoz, kanda asit maddesinin birikmesidir. Asidozda kan pH değeri 7.35'in altına düşmektedir.

3.Alkaloz: Kanda asit maddesinin azalmasıdır. Kan pH'ının 7.45 üzerinde olmasıdır.

4.Entübasyon: Solunumun bozulması ya da bozulma riskinin oluşması durumunda hava yolunun korunması, devamlı havalandırmanın sağlanması için özel aparatlar yardımıyla solunum yoluna (trakea) içine ağız ya da burun yoluyla özel bir tüp yerleştirilmesidir.



5.Antibiyotik: Genellikle bakteri enfeksiyonlarının tedavisinde kullanılan ilaçlardır.

6.Kan gazı: Doktor tarafından hastadan alınan kanda, hastanın solunum ve metabolik durum parametrelerini (kanın asitlik derecesi, oksijen miktarı, sodyum, potasyum gibi değerler) gösteren laboratuvar bulgularıdır.

7.Aspirasyon: Vücut boşluklarında biriken sıvı materyallerin bir sonda yardımıyla çekilerek vücuttan uzaklaştırılması işlemidir.

8.Göğüs tüpü: Akciğer zarları arasında biriken hava veya sıvıyı vücuttan uzaklaştırmak üzere doktor tarafından hastanın göğüs boşluğuna yerleştirilen ince hortum benzeri bir tüptür.



9.Katater: Hastaların vücut boşluğuna veya damarına yerleştirilen bir tüptür. Katater yardımıyla hastaya sıvı verilebildiği gibi vücutta biriken sıvıların vücut dışına çıkartılmasında da kullanılabilmektedir.

10.Ventilatör: Solunum cihazıdır. Hasta entübe edildikten sonra ağıza yerleştirilen tüpün ucu ventilatöre yani solunum cihazına bağlanır. Bu şekilde hastanın solunumu rahatlatılır.

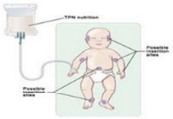
11.Kültür: Kişinin vücut sıvılarından (kan, idrar,balgam) alınan örneklerde enfeksiyon olup-olmadığını gösteren bir testtir.

12.EKG: Kişinin kol-bacak ve göğüs bölgelerine takılan aparatlarla kalbin kasılma ve gevşemesiyle birlikte ortaya çıkan elektriksel aktivitenin kağıt üzerine yazdırılması işlemidir.

13.EEG: Kişinin baş bölgesine yapışkanlarla tutturulan aparatların beyindeki sinir hücreleri tarafından üretilen elektriksel aktivitenin kağıt üzerine yazdırılması işlemidir.

14.Ekstübasyon: Entübasyonla hava yoluna (trakea) yerleştirilen tüpün, hastanın solunum probleminin gerilemesi, kendi solunumunu yapacak duruma gelmesi durumunda, hava yoluna yerleştirilen tüpün çıkartılma işlemidir.

15.Foley Sonda: İdrar yolundan, idrar kesesine doğru yerleştirilen bir kataterdir. Sürekli idrar çıkışını gözlemlemek ve ölçmek için kullanılır.



16.Total Parenteral Nutrisyon (TPN): Normal ağızdan beslenemeyen hastalarda, damar içerisinden vücut için gerekli maddeleri içeren, vücudun tüm besin ihtiyacını karşılayan bir beslenme yöntemidir.

17.İzolasyon: Bulaşıcı bir rahatsızlığı olan veya diğer hastalardan uzak tutulması gereken durumlarda hastanın diğer hasta grubundan ayrılmasıdır.

18.İntravenöz: Sıvı tedavinin doğrudan damar içerisine yerleştirilen bir katater aracılığıyla damar içerisinden gönderilmesidir.



19.Monitörize: Hastanın yaşamsal bulgularını (kalp atım hızı, tansiyon, spo2) yakın takip etmek amacıyla, acil durumlarda alarm veren elektronik cihaz.

20.Sepsis: Mikroorganizmaların sürekli olarak kanda bulunması ve bazı organ yetmezlikleriyle birlikte görülen, hayati risk taşıyan enfeksiyondur.



21.Trakeostomi: Acil solunum yolları tıkanıklıklarında, çoğu zaman da uzun süre solunum cihazının (ventilatör) kullanılması gerektiği durumlarda cerrahi olarak soluk borusuna (trakea) bir delik açılması işlemidir.

22.Nebulizatör: Sıvı haldeki ilaçları buhar haline getirerek, solunum yoluyla alınabilmesini sağlayan cihazdır. Bu cihazla verilen sıvı haldeki ilaca ise nebul denir.

23.Vital Bulgu: Hayati fonksiyonların ve anormal durumların ölçülebilir göstergeleridir. Vücut ısısı, kan basıncı(tansiyon), nabız, solunum.



24.Nazogastrik-Orogastrik : Nazogastrik; burundan ince uzun hortum yardımıyla mideye kadar girilerek, midenin boşaltılması, beslenmesi , yıkanması için kullanılan bir yöntemdir. Orogastrik; ağızdan ince uzun bir hortum yardımıyla mideye kadar girilerek, midenin yıkanması, boşaltılması, beslenmesi içim kullanılan bir yöntemdir.

25.Kardiyo-Pulmoner Resütisayon (CPR): Kişinin kalbi durduğu zaman, oksijen verilerek ve kalp masajı yapılarak kalp atışlarını geri getirmek için uygulanan bir yöntemdir.

26.Saturasyon (SPO2): Hastaya takılan bir alet yardımıyla kanındaki oksijen miktarını gösteren bir parametredir. (Normal değeri : %95-%100)



27.Santral Venöz Katater (CVP): Uzun süre yatan hastalarda tedavi yapılması ve kan örneği alınması için kullanılan uzun süreli kullanılan doktor tarafından takılan kataterdir.





Aileler Tarafından Sık Sorulan Sorular

1.Yoğun bakım ünitesinde çalan alarmlar her zaman bir problem olduğunu mu gösterir?
Hayır. Tedavi yaparken, ya da çocuğunuz hareket ettiğinde cihazlar alarm verebilir. Alarm sadece doktor ve hemşirenin çocuğu kontrol etmesini sağlar. Doktor ya da hemşire hastanın başında olmasa da masadaki monitörden çocuklarınızın monitörünü görmektedirler.



2.Çocuğum tek başına mı oda da kalıyor?
Yoğun bakımımızda sadece bir izolasyon odası ayrı bulunmaktadır. Bu oda da camlıdır ve monitörü hemşire masasından sürekli takip edilmektedir. Doktor ve hemşirelerimiz sürekli olarak muayene, takip, tedavi, bakım amacıyla odaya girmektedir. Oda dışında olsalar dahi monitör alarm vermektedir.

3.Yoğun bakımda sürekli duran bir doktor var mı?
Yoğun bakım ünitesinde 24 saat boyunca doktorumuz bulunmaktadır.

4.Çocuğum acı çekecek mi?
Çocuğunuzun rahat olması için herşey yapılmaktadır. Acı veren işlemlerin yapıldığı durumlar olabilir. Bu durumlarda doktor tarafından istenilen ilaçlar uygulanır. Çocuğun dikkatini dağıtmak için oyun oynanabilir, tv izlemesi sağlanabilir.

5.Çocuğum yoğun bakım ünitesinde ne kadar kalacak?
Bu durum çocuğunuzun ihtiyacına göre değişiklik gösterir. Çocuğunuzun yakın takip edilmesi gerektiği sürece yoğun bakım ünitesinde kalacaktır.

6.Çocuğun hastalığı ve tedavisiyle ilgili sıkıntı olduğu zaman kime sorabilirim?
Hemşire ve doktorlarımıza sorabilirsiniz. Anlayana kadar birkaç kez sorabilirsiniz.

7.Hastaneye neler getirebilirim ve neler getirmemeliyim ?
Çocuğun yatışıyla birlikte size gerekli malzeme liste verilecek ve malzemeleri getirmeniz istenecektir. Çocuğunuz sevdiği oyuncaklardan bir-iki tane getirebilirsiniz.
Allerjik reaksiyonlara sebep olabilecek balon, eşya, maddi-manevi değerli olan eşyaları ve çiçek getirmeyiniz. Sizden istenmediği sürece kıyafet getirmeyiniz.

8.Hastanede 24 saat kalmam gerekli mi?
Hastanede sürekli olarak kalmanıza gerek yoktur. Hasta ziyaret saatlerinde gelmeniz yeterlidir. İhtiyaç ve acil durumlarda sizlere telefonla ulaşıp bilgi verilecektir.

9.Çocuğum yattığı süre boyunca banyo yaptırılıyor mu?
Çocuğunuza hergün silme şeklinde bakım yapılmakta, haftada bir yatak içi banyo yaptırılmaktadır. Hastanın durumuna göre bu sıklık değişmektedir (103, 104, 105, 106, 107).



EK-7.Etik Kurul Kararı

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

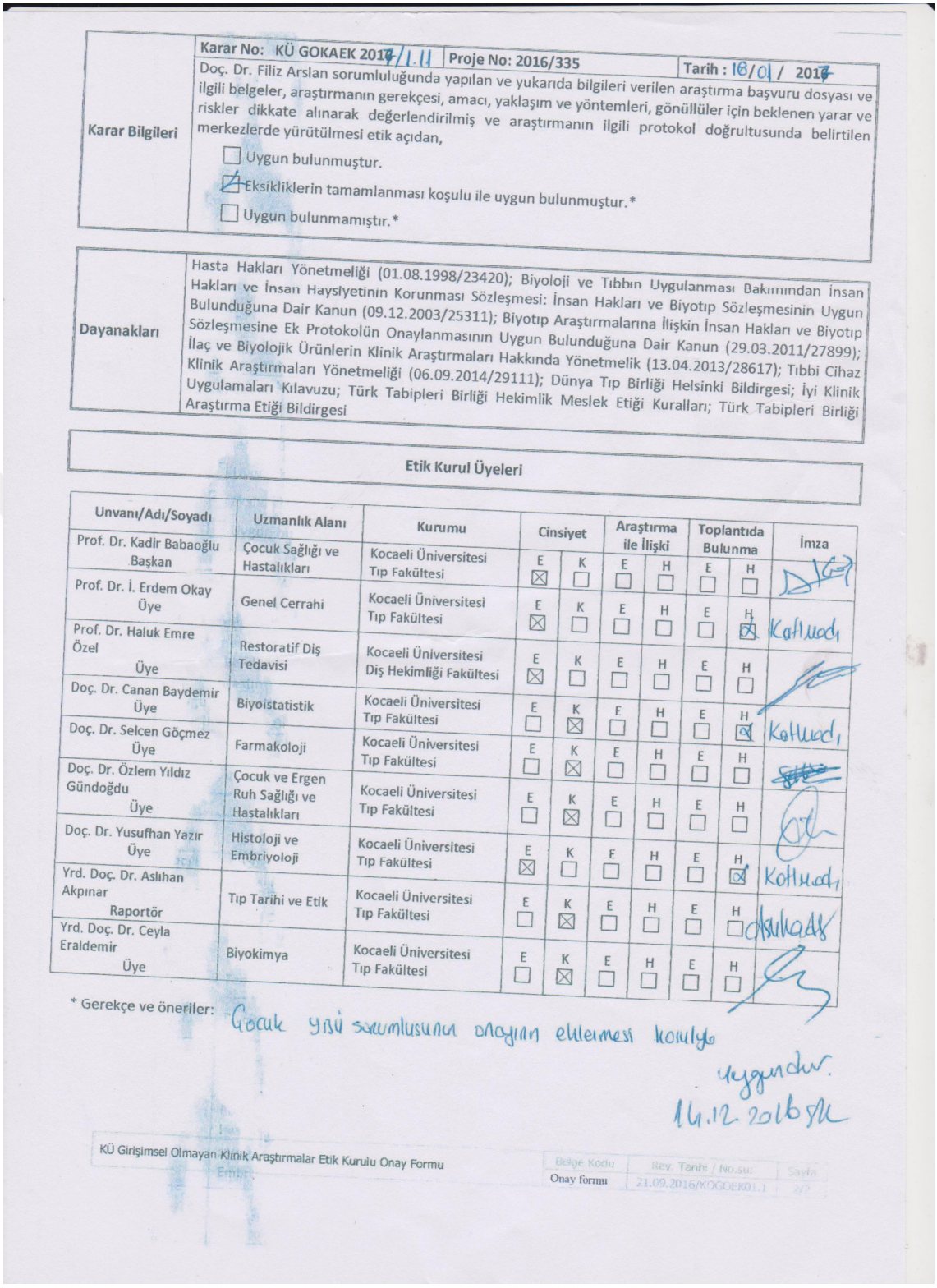
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU

Etik Kurul Bilgileri	Adı	Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	Adres	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Ara Kat 41380 Umuttepe Yerleşkesi /KOCAELİ
	Telefon	0262 303 74 50
	Faks	0262 303 74 63
	E-Posta	gokaetikkurul@kocaeli.edu.tr

Başvuru Bilgileri	Araştırmanın Adı	Çocuk Yoğun bakım ünitesinde ailelere verilen danışmanlık hizmetinin ailelerin kaygı ve stresle başa çıkma düzeylerine etkisinin incelenmesi			
	Araştırma Proje Numarası	KÜ GOKAEK 2016/335			
	Sorumlu Araştırmacı Unvanı/Adı/Soyadı	Doç. Dr. Filiz Arslan			
	Sorumlu Araştırmacının Uzmanlık Alanı				
	Araştırma Merkezi	Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi			
	Destekleyici				
	Araştırmanın Türü	**Yüksek Lisans Tezi**			
	Araştırmaya Katılan Merkezler	Tek Merkezli ☒	Çok Merkezli ☐	Ulusal ☒	Uluslararası ☐

	Belge Adı	Var	Yok	Açıklama
Değerlendirilen Belgeler	Başvuru Dilekçesi	☒	☐	
	Başvuru Formu	☒	☐	
	Araştırmanın Türü	☒	☐	Anket Çalışması/Hemşirelik Faaliyetleri Çalışması
	Araştırma Protokolü	☒	☐	
	Kullanılacak Form Örnekleri	☒	☐	
	Aydınlatılmış Onam Formu	☒	☐	
	Araştırma Bütçesi	☐	☐	
	Literatür Örneği	☒	☐	
	Taahhütname	☒	☐	
	Biyolojik Materyal Transfer Anlaşması	☐	☐	
	İzin Belgeleri	☒	☐	
	Başhekimlik Onayı	☐	☐	
	Özgeçmişler	☒	☐	
	Değişiklik Bilgi Formu	☐	☐	
	Proje Sonuç Formu	☐	☐	
	Diğer	☐	☐	

EK-7.Etik Kurul Kararı



Karar Bilgileri	Karar No: KÜ GOKAEK 2016/111	Proje No: 2016/335	Tarih : 16/01/2017

Doç. Dr. Filiz Arslan sorumluluğunda yapılan ve yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler, araştırmanın gerekçesi, amacı, yaklaşım ve yöntemleri, gönüllüler için beklenen yarar ve riskler dikkate alınarak değerlendirilmiş ve araştırmanın ilgili protokol doğrultusunda belirtilen merkezlerde yürütülmesi etik açıdan,

☐ Uygun bulunmuştur.

☑ Eksikliklerin tamamlanması koşulu ile uygun bulunmuştur.*

☐ Uygun bulunmamıştır.*

Dayanakları	Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998/23420); Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (09.12.2003/25311); Biyotıp Araştırmalarına İlişkin İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Ek Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (29.03.2011/27899); İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik (13.04.2013/28617); Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği (06.09.2014/29111); Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi; İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu; Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları; Türk Tabipleri Birliği Araştırma Etiği Bildirgesi

Etik Kurul Üyeleri

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Toplantıda Bulunma		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Kadir Babaoğlu Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	☒	☐	☐	☐	☐	☐	
Prof. Dr. İ. Erdem Okay Üye	Genel Cerrahi	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	☒	☐	☐	☐	☐	☒	Katılmadı
Prof. Dr. Haluk Emre Özel Üye	Restoratif Diş Tedavisi	Kocaeli Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	☒	☐	☐	☐	☐	☐	
Doç. Dr. Canan Baydemir Üye	Biyoistatistik	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	☐	☒	☐	☐	☐	☒	Katılmadı
Doç. Dr. Selcen Göçmez Üye	Farmakoloji	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	☐	☒	☐	☐	☐	☐	
Doç. Dr. Özlem Yıldız Gündoğdu Üye	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	☐	☒	☐	☐	☐	☐	
Doç. Dr. Yusufhan Yazır Üye	Histoloji ve Embriyoloji	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	☒	☐	☐	☐	☐	☒	Katılmadı
Yrd. Doç. Dr. Aslıhan Akpınar Raportör	Tıp Tarihi ve Etik	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	☐	☒	☐	☐	☐	☐	Katılmadı
Yrd. Doç. Dr. Ceyla Eraldemir Üye	Biyokimya	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	☐	☒	☐	☐	☐	☐	

* Gerekçe ve öneriler: Çocuk yasal sorumlusunun onayının eklenmesi koşuluyla uygundur.
14.12.2016

EK-7.Etik Kurul Kararı

Kocaeli Üniversitesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna,

Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi Hemşire Gizem Gür Aykut" sorumluluğunda yürütülecek olan "Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde Ailelere Verilen Danışmanlık Hizmetinin Ailelerin Stresle Başa Çıkma ve Kaygı Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi" isimli araştırma projesinin fakültemizde yürütülmesi uygundur.

14.12.2016

İmza
Adı, Soyadı
Unvanı
Birim yetkilisi .
Ana bilim Dalı Başkanı

Prof.Dr. Nazan SARPER
Kocaeli Üniversitesi Hastanesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.
Çocuk Hematoloji Uzmanı
Dip.No: 30974/36137 Tescil No: 36137
Tesis No: 11010013

EK-7.Etik Kurul Kararı

Kocaeli Üniversitesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna,

Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi Hemşire Gizem Gür Aykut" sorumluluğunda yürütülecek olan "Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde Ailelere Verilen Danışmanlık Hizmetinin Ailelerin Stresle Başa Çıkma ve Kaygı Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi" isimli araştırma projesinin birimimizde yürütülmesi uygundur.

14.12.2016

İmza
Adı, Soyadı
Ünvanı
Birim yetkilisi
Yrd. Doç. Dr. Murat Develi

EK-7.Etik Kurul Kararı

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : 80418770-302.08.01/16401
Konu : Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başvurusu Hk.

23/02/2018

Sayın Gizem GÜR AYKUT

Sorumlu araştırmacısı olduğunuz GOKAEK-2018/3.3 2016/335 numaralı başvurunuz etik kurulumuzun 21 Şubat 2018 tarihli toplantısında değerlendirilmiş ve aşağıdaki karar alınmıştır:

Yrd.Doç.Dr. Aslıhan AKPINAR
Raportör

GOKAEK-2018/3.3. 2016/**335** proje numaralı ve "Çocuk Yoğun bakım ünitesinde ailelere verilen danışmanlık hizmetinin ailelerin kaygı ve stresle başa çıkma düzeylerine etkisinin incelenmesi" başlıklı olup 18.01.2017 tarih-GOKAEK-2017/1.11 karar sayısı ile onaylanan proje için süre uzatma talebi değerlendirilmiş,
-Değişiklik uygun bulunmuştur.

23/02/2018 Sek. : H.S.KIROĞLU

ASLI GİBİDİR

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi 41380 Umuttepe / KOCAELİ
Tel:90 262 303 70 04 Faks:90 262 303 70 03
E-Posta :tipdek@kocaeli.edu.tr Elektronik Ağ :http://tip.kocaeli.edu.tr/

9.ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Gizem	**Soyadı**	Gür Aykut
Doğum yeri	İzmit	**Doğum tarihi**	02.12.1988
Uyruğu	T.C.	**Telefon**	05056082889
e-mail	gizemgur_@hotmail.com		

Öğrenim Bilgileri

	Mezun olduğu kurumun adı	**Mezuniyet yılı**
Doktora	-	-
Yüksek Lisans	-	-
Üniversite	İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nıghtingale Hastanesi Hemşirelik Yüksek Okulu	2012
Lise	İzmit Lisesi	2005

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama**	**Konuşma**	**Yazma**	**YÖKDİL Puanı**
İngilizce	Orta	Orta	Orta	-

İş Deneyimleri

Görevi	**Kurum Adı**	**Süre**
Hemşire	Kadıköy Florence Nightingale Hastanesi- Genel Yoğun Bakım Ünitesi	2012
Hemşire	Acıbadem Kocaeli Hastanesi- KVC Yoğun Bakım Ünitesi	2012

Hemşire	Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi- Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi	2013-2015
Hemşire	Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi- Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi	2015- devam ediyor

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma Becerisi**
Microsoft Office Programları	İyi
SPSS	Orta

Bilimsel Çalışmaları

SCI,SSCI,AHCI indekslerine giren dergilerde yayınlanan makaleler

-

Diğer Dergilerde Yayınlanan Makaleler

-

Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitabında (Proceedings) Basılan Bildiriler

-