**T.C.**

**AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ**

**YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**PEDİATRİK YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN TIBBİ TEKNOLOJİYE BAĞIMLI ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN KAYGI DÜZEYLERİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

**BÜŞRA SARIOĞLU DURAN**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Prof. Dr. Hüsniye ÇALIŞIR**

**AYDIN–2025**

 **KABUL VE ONAY**

T.C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Büşra SARIOĞLU DURAN tarafından hazırlanan “Pediatrik Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Tıbbi Teknolojiye Bağımlı Çocukların Ebeveynlerinin Kaygı Düzeyleri ve İlişkili Faktörler” başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

 Tez Savunma Tarihi: 07 Mayıs 2025

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Üye (T.D.): Prof. Dr. Hüsniye ÇALIŞIR  | Aydın Adnan Menderes Üniversitesi | **…………………….** |
| Üye: Prof. Dr. Türkan TURAN  | Pamukkale Üniversitesi | **…………………….** |
| Üye: Dr. Öğr. Üyesi Hatice YILDIZ  | Aydın Adnan Menderes Üniversitesi | **……………………..** |

ONAY :

Bu tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsünün ………tarih ve ……sayılı oturumunda alınan ………nolu Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

 Prof. Dr. Süleyman AYPAK

Enstitü Müdürü

**TEŞEKKÜR**

Çok büyük istek ve azimle başladığım, fakat çeşitli nedenlerle uzatmak zorunda kaldığım yüksek lisans eğitimimde gerek bilgi ve gerek tecrübesiyle her zaman yol gösteren, meslek yaşamımda her zaman örnek aldığım ve alacağım tez danışmanım Prof.Dr. Hüsniye ÇALIŞIR’a,

Değerli görüş ve önerileriyle tezimin gelişimine katkı sağlayan tez savunma sınavı jüri üyesi saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Türkan TURAN ve Dr. Öğr.Üyesi Hatice YILDIZ’a,

Zorlu tez sürecinde özellikle verileri toplamamda bana yardımcı olan değerli Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Hemşireleri’ne,

Beni bugünlere getiren, koşulsuzca seven canım annem Özgül ve canım babam Ercan SARIOĞLU’na,

Yol arkadaşım, canım eşim Hüseyin DURAN’a ve hayatıma henüz ağustos ayında katılan, bana duyguların en güzelini yaşatan, umut ışığım, göz bebeğim Artun DURAN’a sonsuz teşekkürler…

Büşra SARIOĞLU DURAN

**İÇİNDEKİLER**

KABUL VE ONAY .....................................................................................................................i

TEŞEKKÜR ...............................................................................................................................ii İÇİNDEKİLER..........................................................................................................................iii

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ................................................................................vi

ŞEKİLLER DİZİNİ…………………………………………………………………………….v

TABLOLAR DİZİNİ ................................................................................................................vii

ÖZET...........................................................................................................................................x

ABSTRACT ............................................................................................................................xii

1. GİRİŞ.......................................................................................................................................1

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.................................................................................................1

1.2. Araştırmanın Amacı..............................................................................................................4

1.3. Araştırmanın Soruları….......................................................................................................4

2. GENEL BİLGİLER.................................................................................................................5

2.1. Yoğun Bakımda Yatan Çocuk...………………………...….................................................5

2.1.1. Çocuk Yoğun Bakıma Yatış Endikasyonları…………………………………………….5

2.1.2. Yoğun Bakımda Yatmanın Çocuk Üzerine Etkileri…..….................................................6

2.2. Tıbbi Teknolojiye Bağımlı Çocuk...…….............................................................................8

2.3. Tıbbi Teknoloji Türleri……………………………………………………………………10

2.3.1. Enteral Beslenme…….………………………………………………………………....10

2.3.2. Periferik İntravenöz Kateterizasyon……........................................................................10

2.3.3. Mekanik Ventilasyon……...............................................................................................11

2.3.4. Diğer Tıbbi Teknoloji Uygulamaları……………………………………………………11

2.4. Yoğun Bakımda Yatan Tıbbi Teknolojiye Bağımlı Çocuğun Ebeveyni Olmak...................13

2.5. Yoğun Bakımda Çocuğu Yatan Ebeveynlerin Kaygı Durumları………..………………..14

2.5.1. Yoğun Bakımda Çocuğu Yatan Ebeveynlerin Kaygı Düzeylerini Etkileyen Faktörler…15

2.5.2. Yoğun Bakımda Çocuğu Yatan Ebeveynlerin Kaygısını Azaltmada Pediatri Hemşiresinin Rolü…………………………………………………………………………………………...17

3. Gereç ve Yöntem……...........................................................................................................20

3.1. Gereç..................................................................................................................................20

3.1.1. Araştırmanın Tipi.............................................................................................................20

3.1.2.Araştırmanın Yapıldığı Zaman.........................................................................................20

3.1.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri…...................................................................20

3.1.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi...................................................................................20

3.1.5. Araştırmaya Dahil Edilme, Araştırmadan Dışlanma ve Çıkarılma Kriterleri...................21

3.1.5.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.............................................................................21

3.1.5.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.................................................................................22

3.1.5.3. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri................................................................................22

3.1.6. Veri Toplama Araçları......................................................................................................22

3.1.6.1. Ebeveyn Bilgi Formu. ………..………........................................................................22

3.1.6.2. Çocuk Bilgi Formu. …………..………........................................................................23

3.1.6.3. Durumluk Kaygı Envanteri (DKE)….……..………....................................................23

3.2. Yöntem...............................................................................................................................24

3.2.1. Araştırmanın Uygulanması / Verilerin Toplanması..........................................................24

3.2.2. Ön Uygulama...................................................................................................................25

3.2.3. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.............................................................25

3.2.3.1. Bağımlı Değişkenler.....................................................................................................25

3.2.3.2. Bağımsız Değişkenler...................................................................................................25

3.2.4. Araştırmanın Etik Yönü...................................................................................................25

3.2.5. Araştırmanın Güçlükleri..................................................................................................26

3.2.6. Verilerin Değerlendirilmesi.............................................................................................26

4. BULGULAR.........................................................................................................................28

4.1. Ebeveynlerin ve çocukların tanıtıcı ve yoğun bakım sürecine ilişkin özellikleri…...........28

4.2. Ebeveynlerin ve çocukların tanıtıcı özelliklerine göre DKE puanlarının karşılaştırılması.34

4.3. Ebeveynlerin ve çocukların yoğun bakım sürecine göre DKE puanlarının karşılaştırılması……………………………………………………………………………….38

5. TARTIŞMA...........................................................................................................................43

5.3. Araştırmanın Sınırlılıkları...................................................................................................46

6. SONUÇ VE ÖNERİLER.......................................................................................................47

6.1. Sonuçlar..............................................................................................................................47

6.2. Öneriler...............................................................................................................................48

KAYNAKLAR..........................................................................................................................49

EKLER......................................................................................................................................56

Ek 1. Ebeveyn Bilgi Formu.………..........................................................................................56

Ek 2. Çocuk Bilgi Formu.…………………..…........................................................................57

Ek 3. Durumluk Kaygı Envanteri……………………..............................................................58

Ek 4. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma Kurum İzin Yazısı .............................................59

Ek 5. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onayı..………………………………………………………..........60

Ek 6. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu...............................................................................61

BİLİMSEL ETİK BEYANI.......................................................................................................65

ÖZ GEÇMİŞ..............................................................................................................................66

**SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ**

**ABD :** Amerika Birleşik Devletleri

**APA :** Amerikan Pediatri Akademisi

**BGOF :** Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

**ÇYBÜ :** Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi

**DKE :** Durumluluk Kaygı Envanteri

**GİS :** Gastrointestinal Sistem

**KBY :** Kronik Böbrek Yetmezliği

**MV :** Mekanik Ventilasyon

**OTA :** Office of Technology Assessment

**TDO :** Teknoloji Değerlendirme Ofisi

**PİK :** Periferik İntravenöz Kateterizasyon

**ŞEKİLLER DİZİNİ**

**Şekil 1.** Araştırma Akış Şeması

**TABLOLAR DİZİNİ**

**Tablo 1**. Normallik analizi sonuçları……………………………………………….................18

**Tablo 2.** Ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri …..……………….....…………….…….20

**Tablo 3.** Ebeveynlerin çocuğu ziyaret etme ve bakıma katılmaya ilişkin özellikleri………… 21

**Tablo 4.** Çocukların sosyodemografik özellikleri ……………………..……………………..22

**Tablo 5.** Çocukların hastalık ve yoğun bakım deneyimine ilişkin özellikleri……..………….23

**Tablo 6.** Çocukların tıbbi teknoloji desteği alma durumlarına ilişkin özellikleri.…...………..24

**Tablo 7.** Çocukların yaşam bulguları………………………………………………………….25

**Tablo 8.** Ebeveynlerin Durumluk Kaygı Envanteri Puanları.…………………………………25

**Tablo 9.** Ebeveynlerin yakınlık derecesi ve çalışma durumuna göre DKE puanlarının karşılaştırılması……………………………………………………………………………….26

**Tablo 10.** Ebeveynlerin yaşı ve gelir düzeyine göre DKE karşılaştırılması…………………..27

**Tablo 11.** Ebeveynlerin yaş grubuna göre DKE puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin Tukey

testi sonuçları………………………………………………………………………………….27

**Tablo 12.** Çocukların yaş grubu ve kaçıncı çocuk olduğuna göre DKE puanlarının karşılaştırılması……………………………………………………………………………….28

**Tablo 13.** Çocukların yoğun bakımda yatış süresine göre ebeveynlerin DKE puanları arasındaki farkın Tukey testi sonuçları…………………………………………………………………..29

**Tablo 14.** Çocukların tıbbi teknoloji desteği alma durumlarına göre ebeveynlerin DKE puanlarının karşılaştırılması…………………………………………………………………..30

**Tablo 15.** Çocukların yoğun bakım deneyimlerine göre ebeveynlerin DKE puanlarının karşılaştırılması……………………………………………………………………………….31

**Tablo 16.** Çocukların yoğun bakımda yatış süresine göre ebeveynlerin DKE puanları arasındaki farkın Tukey testi sonuçları……………………………………………………………………33

**Tablo 17.** Çocukların tıbbi teknoloji desteği alma durumlarına göre ebeveynlerin DKE puanlarının karşılaştırılması…………………………………………………………………..34

**ÖZET**

**PEDİATRİK YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN TIBBİ TEKNOLOJİYE BAĞIMLI ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN KAYGI DÜZEYLERİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

**Sarıoğlu Duran B. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2025.**

 **Amaç:** Bu tanımlayıcı ve ilişki arayıcı çalışmanın amacı çocuk yoğun bakım ünitesinde yatan tıbbi teknolojiye bağımlı çocukların ebeveynlerinin kaygı düzeyleri ve kaygı düzeyleri ile ilişkili faktörlerin incelenmesidir.

**Gereç ve Yöntem:** Bu araştırma, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi’nde yatan tıbbi teknolojiye bağımlı 0-18 yaş grubu çocukların 131 ebeveyni ile (anne ve/veya baba) yapıldı. Araştırma verileri 15 Eylül 2023 – 03 Ocak 2024 tarihleri arasında toplandı. Araştırmaya alınan ebeveynler araştırma hakkında bilgilendirildi ve yazılı onamları alındı. Veriler, Ebeveyn Bilgi Formu, Çocuk Bilgi Formu ve Durumluk Kaygı Envanteri ile toplandı.

Araştırmada tanımlayıcı istatistikler kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile sınandı. Verilerin analizinde bağımsız iki grup karşılaştırılmasında Student t-testi, üç ve daha fazla grup karşılaştırmasında tek yönlü varyans analizi testi kullanıldı. P<0,05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan ebeveynlerin Durumluk Kaygı Envanteri (DKE) puan ortalaması 52,90 ± 9,72 (min-max:20,00-77,00) olarak bulundu.Ebeveynlerin yaş gruplarına göre DKE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark varken (p<0,05), diğer sosyodemografik özelliklerine göre fark yoktu (p>0,05). Ebeveynlerin hasta çocuklarını ziyaret etme ve çocuğun bakımına katılma durumlarına göre DKEpuanları arasında fark yoktu (p>0,05). Daha önce yoğun bakımda yatmış olan, kronik hastalığı bulunan, Glaskow koma puanı yüksek olan, yoğun bakımda 8 gün ve daha uzun süredir yatmakta olan çocukların ebeveynlerinin DKE puanları, bu özelliklere sahip olmayan çocukların ebeveynlerinin DKE puanlarından daha düşüktü (p<0,05).

**Sonuç:** Çocuk yoğun bakım ünitesinde yatan tıbbi teknolojiye bağımlı çocuklarınebeveynlerinin yaşının genç olması kaygı düzeylerini olumsuz etkilerken, diğer sosyodemografik özellikleri kaygı düzeyini etkilememiştir. Daha önce yoğun bakım deneyimi olan, kronik hastalığa sahip olan, bilinç düzeyi yüksek olan, yoğun bakımda sekiz gün ve daha uzun süredir yatıyor olan çocukların ebeveynlerinin kaygı düzeylerini daha düşüktür.

**Anahtar Sözcükler:** Çocuk, yoğun bakım, ebeveyn, anksiyete, tıbbi teknoloji

**ABSTRACT**

**ANXIETY LEVELS AND RELATED FACTORS OF PARENTS OF MEDICAL TECHNOLOGY DEPENDENT CHILDREN IN THE PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT**

**Sarıoğlu Duran B. Aydın Adnan Menderes University, Institute of Health Sciences, Master’s Program in Child Health and Disease Nursing, Master’s Thesis, Aydın, 2025.**

**Aim:** The aim of this descriptive study is to determine the anxiety levels of parents of medically technology-dependent children hospitalized in the pediatric intensive care unit (PICU) and to examine the relationship between their anxiety levels and influencing factors.

**Materials and Methods:** This study was conducted with 131 parents (mother and/or father) of medically technology-dependent children aged 0-18 years hospitalized in the Pediatric Intensive Care Unit of Marmara University Pendik Training and Research Hospital. Data were collected between September 15, 2023, and January 3, 2024. Parents were informed about the research, and their written consent was obtained. Data were gathered using the Parent Information Form, Child Information Form, and the State-Trait Anxiety Inventory.

Descriptive statistics were used in the study. The normal distribution of the data was assessed using the Kolmogorov-Smirnov test. For data analysis, the Student’s t-test was used for comparing two independent groups, and one-way analysis of variance was used for comparing three or more groups. Statistical significance was considered at p<0.05.

**Results:** The mean score of the State Anxiety Inventory (SAI) among participating parents was found to be 52.90 ± 9.72 (min-max: 20.00–77.00). While there was a statistically significant difference in SAI scores based on the parents’ age groups (p<0.05), no significant differences were found based on other sociodemographic characteristics (p>0.05). Similarly, no significant differences were observed in SAI scores based on whether the parents visited their hospitalized child or participated in their care (p>0.05). However, parents of children who had previously been admitted to intensive care, had a chronic illness, had a higher Glasgow Coma Score, or had been in the intensive care unit for 8 days or longer had significantly lower SAI scores compared to parents of children without these characteristics (p<0.05).

**Conclusion:** While younger parental age negatively affected the anxiety levels of parents of medically technology-dependent children admitted to the pediatric intensive care unit, other sociodemographic characteristics did not influence their anxiety levels. Parents of children with previous intensive care experience, a chronic illness, a higher level of consciousness, or who had been hospitalized in the intensive care unit for eight days or more reported lower levels of anxiety.

**Key Words:** Anxiety, child, intensive care, medical technology, parent

1. **GİRİŞ**
	1. **Problemin Tanımı ve Önemi**

Pediatrik yoğun bakım, sağlık hizmetlerinin yüksek düzeyde uzmanlık ve koordinasyon gerektiren karmaşık bir alanıdır. Zaman içerisinde hastanelerdeki çocuk yoğun bakım uygulamaları, genel yoğun bakım ünitelerinden ayrılmış yenidoğan, pediatrik, kardiyak ve diğer alanlarda tıbbi teknolojiye bağımlı hastalara özel olarak yapılandırılmış çok sayıda uzmanlaşmış birime dönüşmüştür. Cerrahi teknikler, tıbbi teknoloji, farmakolojik tedavi ve klinik uygulamalardaki ilerlemelerle birlikte, kritik hastaların gereksinim duyduğu bakım süreci hem daha karmaşık hâle gelmiş hem de daha fazla zaman ve kaynak gerektiren bir yapıya ulaşmıştır (Hallman ve Bellury, 2020).

Tıptaki teknolojik ilerlemeler ve pediatrik yoğun bakım hizmetlerinin gelişimi sayesinde, prematürite, konjenital kalp hastalıkları, nörolojik bozukluklar ve onkolojik hastalıklar gibi ciddi sağlık sorunları olan çocukların yaşam süresi uzamıştır. Ancak bu durum, hastanede ya da evde teknolojiye bağımlı çocukların sayısında da artışa yol açmıştır. Teknolojiye bağımlı çocuklar, yaşamlarını sürdürebilmek için uzun süreli ve/veya kalıcı olarak tıbbi cihazlara ve özel tıbbi desteğe ihtiyaç duyarlar. Bu destekler arasında mekanik ventilasyon, oksijen tedavisi, santral kateterle ilaç uygulamaları, enteral/parenteral beslenme sistemleri ve solunum desteği gibi yaşamsal cihazlar yer almaktadır (Lemos ve diğerleri, 2024). Tıbbi teknolojiye bağımlı çocuklar, medikal olarak karmaşık veya kırılgan çocuklar olarak da adlandırılmaktadır (Barone ve diğerleri, 2020; Curran ve diğerleri, 2020). Teknolojiye bağımlı çocuklar, genellikle hayatta kalmak veya engelliliği önlemek için birden fazla tıbbi teknolojiye aynı anda bağımlı olabilir. Teknolojinin kullanımı günde birkaç dakikadan 24 saate kadar değişebilir. Bu teknolojilere ek olarak, çok sayıda araç, gereç ve malzemenin kullanımına da ihtiyaçları olabilir (Mitchell ve diğerleri, 2022).

Yüksek teknolojik donanıma sahip araçların bulunduğu çocuk yoğun bakım ünitesi (ÇYBÜ), bir ya da birden fazla organ veya sistemde geçici yetersizlik gelişen kritik hastaların tedavi ve izlemlerinin gerçekleştirildiği özel birimlerdir. Öte yandan, ÇYBÜ’leri çocuklar ve aileleri için çoğu zaman yabancı, belirsiz ve korkutucu bir ortamı da temsil eder. Çünkü yoğun bakıma yatıralan çocukların aileleri, tanımadıkları sağlık çalışanları ve işlevlerini anlayamadıkları çok sayıda tıbbi cihazla karşılaşırlar (Kızılay ve Açıkgöz, 2021). ÇYBÜ, kritik derecede hasta çocukların ebeveynleri için kaygı verici, korkutucu ve stresli bir ortamdır. Yaşamı tehdit eden bir hastalık ya da yaralanma sonucu yoğun bakımda yatan çocukların ebeveynleri depresyon, anksiyete ve stres semptomları yaşarlar (Phillips, Theeke ve Sarosi, 2021). Bir çalışmada ÇYBÜ’deki monitörler ve tıbbi cihazlardan gelen görüntü ve seslerin, ebeveynlerde yüksek düzeyde stres yarattığı gösterilmiştir (Nicholson ve diğerleri, 2020). Çocuğun yoğun bakım ünitesine yatırılması, yalnızca çocuğu değil, tüm aile sistemini derinden etkileyen bir durumdur. Aileler tarafından bu deneyim çoğu zaman "duygusal bir lunapark treni"ne binmeye benzetilmektedir (Grandjean ve diğerleri, 2021). ÇYBÜ, ebeveynler için yabancı ve gerçeküstü bir ortamdır. Çocuğun böyle bir yere yatırılması, genellikle bilinmeyen, kaotik, gerçek dışı ve son derece stresli bir durumu ifade eder. Çocuğun hastaneye ilk kabulündeki şok ve ardından gelen çaresizlik duygusu, ebeveynlerde psikolojik tükenmeye yol açabilir. Sağlık hizmetlerinde yaşanan tüm iyileşmelere rağmen, ÇYBÜ deneyimi ebeveynler için hâlâ travmatik bir süreçtir (Debelić ve diğerleri, 2022). Ebeveynler, çocuklarının yoğun bakım ortamında başına gelebileceklerden korkmakta, hastalığın karmaşıklığı ve alınması gereken kararların fazlalığı nedeniyle kendilerini yetersiz ve çaresiz hissetmektedirler. Çocuklarının alışık olmadıkları hasta görünümü ve acı verici işlemlerden geçmesini izlemek, ebeveynlerde yoğun duygusal yük oluşturmaktadır. Uykusuzluk, fiziksel yorgunluk ve ÇYBÜ’nün gürültülü ortamı ebeveynlerde tükenmişliğe neden olurken; aynı zamanda aile içi rollerin sürdürülmesi, diğer çocuklara ve işlerine karşı sorumlulukların devam etmesi gibi faktörler, kaygı ve stres düzeyini daha da artırmaktadır (Aljabari ve diğerleri, 2022).Eğitim düzeyi, ebeveyn stres düzeyini etkileyen diğer bir anlamlı faktördür.

Ayrıca bu üniteler, ebeveynlerin çocuklarının yanında sürekli kalma taleplerinin çeşitli nedenlerle kısıtlandığı yerlerdir (Kızılay ve Açıkgöz, 2021). Bu kısıtlayıcı durumlar, ebeveynlerin çocuklarının üzerindeki kontrollerini kaybetmelerine ve sonuçta çaresizlik, kontrol kaybı, anlam verememe gibi karmaşık duygular yaşamalarına neden olabilir. Çocuk yoğun bakım ünitesi ortamının yoğun işleyişi, parlak ışıklar, teknolojik cihazlar, yüksek gürültü ve yaşamı kurtarmaya yönelik müdahaleler, ebeveynlerde korku, suçluluk, yalnızlık ve üzüntü gibi karmaşık duygulara yol açmaktadır (Gerçeker ve diğerleri, 2021; Debelic ve diğerleri, 2022). Bu duygular, çocuğun taburcu edilmesinden sonra uzun süre devam edebilir ve ebeveynlerin psikolojik sağlıklarını olumsuz etkileyebilir. Özellikle çocuğun yaşamını tehdit eden bir durumla karşı karşıya kalınması, ebeveynlerin ruhsal yükünü daha da arttırmaktadır (Debelić ve diğerleri, 2022).

Yoğun bakımda çocuğu yatan ebeveynlerin psikolojik ve duygusal tepkilerini anlamak oldukça önemlidir. Ebeveynlerin çocuklarının ÇYBÜ’de kaldığı sürede yaşadığı stresle ilgili araştırmalar 1980’li yıllara dayanmaktadır. O dönemde çaresizlik hissi ve ebeveyn-çocuk ilişkisindeki değişimler, fiziksel ortamdan daha önemli stres kaynakları olarak öne çıkmıştır (Debelic ve diğerleri, 2022). Literatürde çocuğun yoğun bakımda yattığı sürede aile varlığının önemi kabul edilmesine (Ryan ve diğerleri, 2025) ve çocukların ebeveynleri olmadan hastanede yatmalarının çocukta yol açtığı olumsuz etkilerinin gösterilmesine rağmen, Türkiye’de halen birçok çocuk yoğun bakım ünitesinde çocukların ebeveynleriyle birlikte olma şansları oldukça sınırlıdır. Bu yüzden hastanede yatan çocukların anne-babalarının ebeveynlik becerilerini sürdürme ve özgüvenlerini kaybetmemeleri için hemşirelerin desteğine ihtiyaçları vardır. Dolayısıyla hemşireler, hastanede, yatan çocukların anneleriyle olan iş birliğini geliştirmek amacıyla karşılıklı saygı ve güvene dayalı bir iletişim ortamı sağlamalıdır (Hong ve Kim, 2020).

 Yoğun bakımda çocuğu yatan ebeveynlerin en yoğun yaşadığı duygulardan birisi anksiyetedir. Yoğun bakım ünitesindeki çocukların ebeveynlerinin yaklaşık %25'inin orta ila şiddetli kaygı yaşadığı bilinmektedir (Phillips, Theeke ve Sarosi, 2021). Benzer şekilde bir araştırmada, ebeveynlerin %24'ünün şiddetli düzeyde anksiyete yaşadığı gösterilmiştir (Stremler ve diğerleri, 2017). Ebeveynlerin yaşadığı anksiyete düzeylerinin ve ilişkili olabilecek faktörlerin doğru şekilde tanılanması, erken müdahalede ve uzun vadede psikolojik sonuçlarının önlenmesinde kritik öneme sahiptir. Erken müdahaleler; sürekli ve ebeveyn ihtiyaç duydukça hastalık süreci ve prognozla ilgili bilgilendirme yapılması, yoğun bakımda ebeveyn varlığı ve çocuk bakımına katılımının sağlanması, psikososyal ve finansal destek sağlanması gibi farklı destekleyici uygulamaları içerir (Aljabari ve diğerleri, 2022; González-Dambrauskas ve diğerleri, 2020).

Literatürde çocuk yoğun bakım ünitelerinde teknolojiye bağımlı çocukların ebeveynlerinin incelendiği sınırlı sayıda çalışmaya ulaşılmıştır (Grandjean ve diğerleri, 2021; Terp ve diğerleri, 2021). Yurtdışında ve ülkemizde tıbbi teknolojiye bağımlı çocuklar yoğun bakımda yatarken, ebeveynlerinin yaşadıkları stres ve kaygıdan ziyade evde bakımları ve evde yaşadıkları problemlere dikkat çekilmiştir (Didişen ve diğerleri, 2017; Gürbüz ve diğerleri, 2024; Pitch ve diğerleri, 2023; Toly ve diğerleri, 2019). Gürbüz ve diğerlerinin (2024) yaptığı çalışmada, ebeveynlerin bakım yükü ve psikolojik dayanıklılıkları arasındaki ilişki incelenmiştir. Ovacık (2012), çocuk yoğun bakımda yaptığı çalışmada ise ebeveynlerin gereksinimlerinin hemşire ve hekim tarafından algılanmasını ele almıştır. Ancak pediatrik yoğun bakımda tıbbi teknolojiye bağımlı çocukların ebeveynlerinin kaygı düzeyleri ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi konusunda yeterli çalışmaya ulaşılamamıştır.

Çalışmamızda çocuk yoğun bakımda yatmakta olan çocuğun aynı zamanda tıbbi teknolojiye bağımlı olmasının ebeveynin kaygısı ve ilişkili faktörlerin belirlenmesine odaklanılmıştır. Elde edilen bulgular, özellikle pediatrik yoğun bakım ünitelerinde çalışan sağlık profesyonellerinin aile merkezli bakım uygulamalarını güçlendirmelerine olanak sağlayabilir. Ayrıca, ebeveynlerin yaşadığı kaygının anlaşılmasını ve bu kaygının azaltılmasına yönelik uygun stratejilerin geliştirilmesine katkıda bulunabilir.

* 1. **Araştırmanın Amacı**

 Bu çalışmanın amacı çocuk yoğun bakım ünitesinde yatan tıbbi teknolojiye bağımlı çocukların ebeveynlerinin kaygı düzeylerinin ve kaygı düzeyleri ile ilişkili faktörlerin incelenmesidir.

* 1. **Araştırmanın Soruları**
1. Çocuk yoğun bakım ünitesinde yatan tıbbi teknolojiye bağımlı çocukların ebeveynlerinin durumluk kaygı düzeyleri nedir?
2. Çocuk yoğun bakım ünitesinde yatan tıbbi teknolojiye bağımlı çocukların ebeveynlerinin durumluk kaygı düzeyleri ile ilişkili faktörler nelerdir?
3. **GENEL BİLGİLER**

**2.1. Yoğun Bakımda Yatan Çocuk**

Çocuk yoğun bakım ünitesi (ÇYBÜ), kritik hastalığı olan bebek, çocuk ve ergenlerin tedavi ve bakımının gerçekleştirildiği, multidisipliner bir ekip tarafından yönetilen bir uygulama alanıdır (Havan ve diğerleri, 2021). Çocuk yoğun bakımda takip edilen çocuklar yakın izlem gerektiren, invaziv ve invaziv olmayan (non-invaziv) girişimlerin uygulandığı, monitörizasyon gereksinimi olan, mekanik ventilasyon gibi tıbbi teknolojiye ihtiyaç duyan hastalardır. Teknolojinin gelişmesi, yoğun bakım hizmetlerinin ve sağlık profesyonellerinin niteliğinin artması ile birlikte tıbbi teknolojiye bağımlı olan çocukların hayatta kalma şansı artmıştır (Egbuta ve Mason, 2021; Hordijk ve diğerleri, 2022).

 Çocuk yoğun bakıma yatış endikasyonu olan çocuk hasta sayısı yetişkin hasta grubuna kıyasla daha az olmasına rağmen, ülkemizde tam donanımlı ÇYBÜ sayısının yetersizliği nedeniyle dış merkezlerden sevkle hasta kabul edilmektedir. Bu birimlerde ağır astım atağından travmaya, metabolik hastalıklardan karmaşık konjenital malformasyonlara kadar geniş bir yelpazede hastalar takip edilmekte ve uzman ekipler tarafından multidisipliner bir yaklaşımla tedavi uygulanmaktadır (Havan ve diğerleri, 2021). Bir çalışmada çocuk hastaların yoğun bakımda en sık yatış endikasyonları sırasıyla solunum sistemi hastalıkları, nörolojik hastalıklar ve zehirlenmeler olarak saptanmıştır (Söğütlü, 2023).

**2.1.1. Çocuk Yoğun Bakıma Yatış Endikasyonları**

Amerikan Pediatri Akademisi (APA) tarafından, çocuk yoğun bakım yataklarının sayısının sınırlı olduğu durumlarda bu yatakların etkin kullanımı önerilmiştir. Bu doğrultuda, yoğun bakım yatış ve taburculuk endikasyonlarının her yoğun bakım ünitesi tarafından kendi koşulları doğrultusunda belirlenebileceği vurgulanmıştır (Ayyıldız ve Seki Öz, 2024). Bu ölçütlerin oluşturulmasında en önemli kriter, hastanın yoğun bakım ünitesinden göreceği potansiyel yararın değerlendirilmesidir. APA, yoğun bakıma kabul ölçütlerini; öncelik sırası, hastanın almış olduğu tanı ve objektif klinik parametreler olmak üzere üç ana başlık altında incelemiştir (Ayyıldız ve Seki Öz, 2024). Çocuk yoğun bakım ünitesine yatış endikasyonları oldukça çeşitlilik gösterir. Bunlardan bazıları çocukların yaş gruplarına göre değişmekle birlikte özellikle; ciddi ve yaşamı tehdit eden kalp-damar sistemi hastalıkları (örn., şok, doğumsal kalp hastalıklaı), akciğer ve havayolu ile ilgili potansiyel yaşamı tehdit eden durumlar (örn., entübasyon gereksinimi veya %50’den fazla oksijen ihtiyacı gerektiren solunum sorunları), acil müdahale gerektiren veya stabil olmayan nörolojik bozukluklar (örn., koma, ilaca yanıtsız nöbetler, kafa içib basınç artışı, yakın izlem gerektiren beyin cerrahisi sonrası durumlar) ve kritik düzeyde hematolojik veya onkolojik problemler ya da aktif, yaşamı tehdit eden kanamalar ile ciddi ve dengesiz seyreden endokrin ya da metabolik bozukluklar (örn., ağır diyabetik ketoasidoz, kritik düzeyde elektrolit bozuklukları) yer alır. Ayrıca çocukların hayatını tehdit eden sindirim sistemi hastalıkları, stabil olmayan böbrek hastalıkları (örn., böbrek yetmezliği), birden fazla organ sistemini etkileyen ciddi enfeksiyonlar veya sistemik durumlar ve yoğun takip veya komplikasyon riski taşıyan cerrahi işlemler nedeniyle yoğun bakıma yatma endikasyonları vardır (Çabuk, 2017).

**2.1.2. Yoğun Bakımda Yatmanın Çocuk Üzerine Etkileri**

 Yoğun bakım ortamı, çocuklar için alışık oldukları günlük yaşamdan tamamen farklı bir ortam sunmakta, bu da çocuklarda korku ve kaygıya neden olabilmektedir. Bu ortamın fiziksel koşulları, sürekli çalışan ekipmanlar, alarmlar, telefon sesleri ve ekip üyelerinin konuşmaları ile oldukça gürültülü hale gelir. Çocuklar, bu seslerin anlamlarını bilmedikleri için anksiyete düzeyleri artabilir ve ortama uyum sağlamakta zorlanabilirler. Ayrıca, sürekli ışıklandırma aşırı görsel uyarana neden olmakta ve uyku düzenlerini bozarak iyileşme süreçlerini olumsuz etkileyebilmektedir (Erdoğan, Turan & Pınar, 2020).

 Son yıllarda çocuk yoğun bakım ünitesinde mortalite oranları azalmış olsa da hayatta kalan çocuklarda geçici veya kalıcı fiziksel ve psikolojik sorunlarla daha fazla karşılaşılmaktadır. ÇYBÜ’ye yatırılan çocuklarda uzun dönemde psikolojik morbiditeler, motor gelişim geriliği ve günlük yaşam aktivitelerinde zorluk yaşama gibi sorunların arttığı bildirilmiştir. Çocuklar, yetişkinlere kıyasla daha az yaşam deneyimine ve stresle baş etme mekanizmalarına sahip oldukları için yoğun bakım süreci onlar için daha zorlayıcı olmaktadır. Özellikle küçük yaşta yoğun bakıma yatış, hastalığın şiddetli olması ve fazla invaziv girişime maruz kalma, çocuklarda korkuyu artırmakta ve sağlık üzerindeki kontrol hissini azaltmaktadır (Ko ve diğerleri, 2022; Oliveira, 2024).

 Yoğun bakım sonrası süreçte, pediatrik hastaların uzun vadeli nörobilişsel, işlevsel ve davranışsal sonuçlarında belirgin bozulmalar gözlemlenmektedir. Sepsis ve travmatik beyin hasarı gibi ciddi hastalıklardan kurtulan çocuklarda işlevsel bozulma oranlarının sırasıyla %34 ve %51 olduğu bildirilmiştir. Bu durum, solunum fonksiyonlarında azalma, sekresyonları temizlemede zorluk ve mekanik ventilasyon ihtiyacı gibi problemlere neden olabilmektedir (Mazurek & Aftyka, 2025). Tippayawong ve Chaiyakulsil (2022) yaptıkları çalışmada, yoğun bakımdan taburcu olan çocukların %64,2’sinde fiziksel alanda en az bir parametrede bozulma ve %34,7’sinde motor işlev bozukluğu tespit etmişlerdir. Aynı çalışmada yedi günden uzun süren ÇYBÜ deneyimi ve mekanik ventilasyon uygulanmasının, fiziksel bozukluklarla anlamlı düzeyde ilişkili olduğu gösterilmiştir (Tippayawong ve Chaiyakulsil, 2022). Yoğun bakım sonrası en sık görülen komplikasyonlardan biri de solunum fonksiyonlarında azalmadır. Taburculuktan sonraki ilk altı ayda çocukların %20’sinde bu durum devam edebilmektedir. Aynı çalışmada, mekanik ventilasyonun kas atrofisine neden olduğu da belirlenmiştir. Özellikle 48 saatten uzun süre invaziv mekanik ventilasyon uygulanan çocuklarda, diyafram ve kuadriseps kas kalınlığında belirgin azalmalar tespit edilmiştir (Mazurek ve Aftyka, 2025). Yoğun bakımdan taburcu olduktan sonraki ilk aylarda çocuklarda motor işlevlerde kötüleşme, solunum problemleri, iştahsızlık ve davranış değişiklikleri görülmektedir. ÇYBÜ’de kalış süresi ve kardiyopulmoner resüsitasyon müdahaleleri gibi faktörler, çocukların taburculuk sonrası işlevsel ve bilişsel sorunlara sebep olmaktadır. Yoğun bakımda uygulanan sedasyon ve opioid kullanımı gibi bazı müdahaleler bilişsel fonksiyonları olumsuz etkileyebilir (Olivera, 2024).

 Yoğun bakım sonrası gelişen sağlık sorunları, yalnızca çocukların yaşam kalitesini düşürmekle kalmayıp, sağlık harcamalarında da artışa yol açmaktadır. Bu nedenle, yoğun bakım sonrası dönemde çocukların hem fiziksel hem de psikolojik olarak desteklenmesi oldukça önemlidir (Mazurek ve Aftyka, 2025).

**2.2. Tıbbi Teknolojiye Bağımlı Çocuk**

 Tıptaki teknolojik ilerlemeler ve pediatrik yoğun bakım hizmetlerinin gelişimi sayesinde, prematürite, konjenital kalp hastalıkları, nörolojik bozukluklar ve onkolojik hastalıklar gibi ciddi sağlık sorunları olan çocukların yaşam süresi uzamıştır. Ancak bu durum, teknolojiye bağımlı çocukların sayısında da artışa yol açmıştır. Teknolojiye bağımlı çocuklar, yaşamlarını sürdürebilmek için uzun süreli ve/veya kalıcı olarak tıbbi cihazlara ve özel medikal desteğe ihtiyaç duymaktadır. Bu destekler arasında mekanik ventilasyon, oksijen tedavisi, santral kateterle ilaç uygulamaları, enteral/parenteral beslenme sistemleri ve solunum desteği gibi yaşamsal cihazlar yer almaktadır (Lemos ve diğerleri, 2024).

 Literatürde, “Tıbbi teknolojiye bağımlı çocuk” kavramı farklı şekilde tanımlanmaktadır. Örneğin, bazı yazarlar bu grubu mekanik ventilatör kullanımı ile ilişkili olarak “yüksek teknolojiye bağımlı çocuklar” olarak tanımlarken, diğerlerini kolostomi gibi uygulamalarda “düşük teknolojiye bağımlı çocukları” kapsayacak şekilde genişletmektedir. Genel olarak, bu terim, teknolojik desteğe ihtiyaç duyan çocukları ifade etmek için kullanılsa da (de Souza Esteves ve diğerleri, 2015), bu tanım yeterince açık değildir. Çünkü tanım, kullanılan teknolojinin türünü ya da çocuklara sağlanan bakımın ayrıntılarını içermemektedir (Brenner ve diğerleri, 2021).

Günümüzde yaşamlarını sürdürebilmek için tıbbi teknolojiye ihtiyaç duyan veya yaygın olarak kullanımı ile tıbbi teknolojiye bağımlı olan çocukların sayısı giderek artmaktadır (Brenner ve diğerleri, 2021). Tıbbi teknolojiye bağımlı olan çocukların nüfusu ile ilgili net bir veri bulunmamaktadır. Amerika Birleşik Devletler’de (ABD) 1,2 milyon çocuk ve ergenin tıbbi ekipmana ihtiyacı olduğu tahmin edilmektedir (Spratling, 2015). Bildiğimiz kadarıyla, literatürde ülkemizdeki tıbbi teknolojiye bağımlı çocuk sayısı ile ilgili bir ulusal veri bulunmamaktadır.

Tıbbi teknolojye bağımlı çocuklar; hayatta kalmak için vücutlarında bir çeşit tıbbi cihaza ihtiyaç duyan bireyler olarak tanımlanmaktadırlar (Price ve diğerleri, 2018). ABD Teknoloji Değerlendirme Ofisi’nde (Office of Technology Assessment; OTA) teknolojiye bağımlı çocukları trakeostomi, ventilasyon, intravenöz ilaçlar, diyaliz, gastrostomi ve nasogastrik/nasoduedonel/nasojejunal tüp ile enteral beslenmeye veya bunların kombinasyonuna ihtiyaç duyan çocuklar olarak tanımlamıştır (Esteves ve diğerleri, 2015). Çocuklarda tıbbi teknolojiye bağımlılık; oksijen desteği, invaziv ve non-invaziv mekanik ventilasyon, kalp pili, implante edilebilir kardiyoverter defibrilatörler, ventriküler drenajlar, intravenöz ilaçlar, intravenöz beslenme, gastrostomi veya jejunostomi, ileostomi, kolostomi, üretra kateterizasyonu ve diyaliz gibi uygulamaları içermektedir. Bir çocuğun hayatını sürdürebilmek için tıbbi teknolojiye bağımlı kalabileceği süre, hastalığının özelliği ve ciddiyetine bağlı olarak değişebilir. Çocuklar bu süreçte akut ve/veya kronik çok çeşitli hastalıkları nedeniyle tek bir cihaza veya birden fazla tıbbi cihaza ihtiyaç duyabilir (Brenner ve diğerleri, 2021). Bu ihtiyaçlar hemşirelik bakımını da içermektedir (Esteves ve diğerleri, 2015). Teknolojik cihazlara bağımlı çocuklar, kullanılan cihaz türü ve bağımlılık düzeyine göre dört ana grupta sınıflandırılmaktadır (Toll ve diğerleri, 2012). Bunlar;

*Grup 1:* Günlük yaşamın en az bir bölümünde teknolojik bir cihaza bağımlı olarak yaşamını sürdüren hastaları kapsamaktadır. Bu grup, temel yaşamsal işlevlerini yerine getirebilmek için cihaz desteğine sürekli ya da aralıklı şekilde ihtiyaç duyan bireyleri içerir.

*Grup 2:* Beslenme ihtiyacının karşılanması veya ilaçların uygulanması için intravenöz yol kullanımına bağımlı olan hastalardan oluşur. Bu çocuklar, genellikle santral venöz kateter ya da port yoluyla parenteral beslenme veya sürekli ilaç tedavisi almaktadır.

*Grup 3:* Solunum desteğine ihtiyaç duyan ve günlük yaşamlarında oksijen tedavisi, aspirasyon cihazı, trakeostomi tüpü bakımı, enteral beslenme pompası gibi tıbbi cihazlara bağımlı olan hastaları ifade eder. Bu grup, solunum yollarını açık tutmak, sekresyonları temizlemek veya beslenme desteği sağlamak için teknolojiye gereksinim duyan çocukları kapsar.

*Grup 4:* Bedensel fonksiyonlarını sürdürebilmek adına çeşitli tıbbi cihazlara bağımlı olan çocukları içerir. Bu gruba; üriner kateter, ileostomi, kolostomi torbası ve enteral beslenme makineleri gibi cihazlara sürekli olarak ihtiyaç duyan çocuklar dahildir (Toll ve diğerleri, 2012).

**2.3. Tıbbi Teknoloji Türleri**

**2.3.1. Enteral Beslenme**

 Enteral beslenme, gastrointestinal sistemi kısmen ya da tamamen işlevsel olan, ancak oral yolla yeterli düzeyde beslenemeyen hastalara, tüp, kateter veya stoma kullanılarak ağızdan jejunuma kadar uzanan sindirim sistemi boyunca doğrudan besin sağlanması yöntemidir (Dusak ve Tosun, 2023). Genellikle nöromüsküler, gastrointestinal veya kardiyovasküler hastalıklar, ciddi travmalar ve yanık vakalarında tercih edilir. Beslenme desteği, hastanın durumuna göre sürekli ya da belirli aralıklarla uygulanabilir (Doğanay, 2022).

 Enteral beslenme tedavisi, gastrointestinal sistem (GİS) fonksiyonları normal olan, ancak yeterli besin alamayan hastalarda tercih edilir. Enteral beslenme, oral alımın 5-7 gün boyunca bozulduğu ya da bozulma riski bulunduğu durumlarda, malnütrisyon, bilinç kaybı, yutma güçlüğü, pankreatit, kanser, zihinsel rahatsızlıklar, koma, kronik hastalıklarda kaşeksi gibi durumlarda uygulanır. Ayrıca cerrahi sonrası ve yeme bozukluklarında da kullanılır (Akçay ve diğerleri, 2020).

 Hemşirelerin, enteral beslenmenin doğru ve güvenli uygulanabilmesi için güncel bilgi ve becerilere sahip olması gerekir. İlk tercih her zaman oral beslenme olsa da yutma güçlüğü, kusma ya da koma gibi durumlarda, GİS fonksiyonu normal olduğu sürece nazal/oral tüp veya gastrostomi tüpü ile beslenme sağlanabilir (Akçay ve diğerleri, 2020).

**2.3.2. Periferik İntravenöz Kateterizasyon**

 Periferik intravenöz kateterizasyon (PİK), intravenöz sıvı ve ilaç tedavisi öncesinde damar yoluna erişim sağlamak amacıyla gerçekleştirilen temel bir invaziv hemşirelik uygulamasıdır (Aksoy ve Bayram, 2024). İntravenöz tedavi amacıyla PİK uygulaması, farklı gereksinimlere yönelik olarak gerçekleştirilir. Bunlar arasında; hastanın sıvı ve elektrolit dengesini düzenlemek ve korumak, sıvı ihtiyacını karşılamak, kan ve kan ürünlerinin transferini sağlamak, gerekli besin desteğini intravenöz yolla sağlamak, amar yolu açıklığını oluşturmak ve devam ettirmek, ilaç tedavilerini güvenli bir şekilde uygulamak ve acil durumlarda müdahale hızını artırmak yer alır (Çelik ve Avşar, 2021).

**2.3.3. Mekanik Ventilasyon**

 Mekanik ventilasyon (MV), yoğun bakım ve acil müdahalelerde hayat kurtarıcı bir yöntem olarak önemli işleve sahiptir. Hava yolunun tıkanması, solunum fonksiyonlarının yetersizliği veya oksijen seviyelerinin düşüklüğü gibi durumlarda, hastanın yaşamını sürdürmesi için temel destek sağlar. İşlem, pozitif basınçlı solunum sağlanarak uygulanır ve bu süreçte hastanın hava yolu direnci ile akciğerlerinin uyum kapasitesi büyük önem taşır (Hickey ve diğerleri, 2024). Mekanik ventilasyon; çoğunlukla solunum arresti, akut solunum yetmezliği, konjestif kalp yetmezliği, akut solunum sıkıntısı sendromu, pnömoni, sepsis, travma, cerrahi komplikasyonlar, nöromüsküler bozukluklar, ağır hipoksemi ve koma durumlarında uygulanır (Gök ve Yurtseven, 2022). Mekanik ventilasyon invaziv ve non-invaziv olmak üzere iki şekilde uygulanır.

İnvaziv mekanik ventilasyon, hastanın ağız veya burnundan soluk borusuna (trakea) bir endotrakeal tüp yerleştirilmesini içerir. Endotrakeal tüp, belirli bir miktarda oksijen ve hava hacmini ileten, ayrıca dakikada belirli sayıda nefes veren bir makineye bağlanır. Ventilasyon basınçları, hastanın oksijen ve karbondioksit düzeylerine göre ayarlanır (Walter, 2021).

Non-invaziv mekanik ventilasyon, oksijenin verilmesini ve karbondioksitin uzaklaştırılmasını sağlayan bir makinenin, yüz maskesi gibi harici bir cihaz aracılığıyla uygulanmasını içerir. Bu tür ventilasyon, genellikle akut ya da kronik bir tıbbi duruma bağlı olarak hafif ila orta derecede solunum güçlüğü yaşayan hastalarda kullanılır (Walter, 2021).

**2.3.4. Diğer Tıbbi Teknoloji Uygulamaları**

**2.3.4.1. Diyaliz**

 Kronik böbrek yetmezliği (KBY), geri dönüşümsüz bir şekilde böbrek fonksiyonlarının bozulmasıyla karakterize, ilerleyici ve yaşam boyu tedavi gerektiren bir hastalıktır. KBY tedavisinde temel amaç, hastaların yaşam süresini uzatmak ve yaşam kalitesini mümkün olan en iyi düzeyde sürdürmesini sağlamaktır. Bu doğrultuda, hastaların böbrek fonksiyonunu sürdürmek için hemodiyaliz ve periton diyalizi kullanılmaktadır (Demiroğlu ve Bülbül, 2021). Diyaliz temel olarak iki şekilde uygulanır. Bunlar hemodiyaliz ve periton diyalizi tedavi yöntemleridir.

Hemodiyaliz tedavisi, son dönem böbrek yetmezliği bulunan hastalarda, kanda biriken ve vücut tarafından atılamayan üre, kreatinin gibi zararlı maddelerin uzaklaştırılması amacıyla uygulanır. Bu işlemde, hastadan alınan kan, bir makine yardımıyla yarı geçirgen bir zar aracılığıyla diyaliz sıvısıyla karşılaştırılır; kandaki atık maddeler ve fazla sıvı, difüzyon ve osmoz prensipleriyle diyaliz sıvısına geçer. Ardından, temizlenmiş kan tekrar hastaya geri verilir. Bu yöntem, hastanın sıvı-elektrolit dengesini korumayı ve metabolik atıkları uzaklaştırmayı hedefler (Eskimez ve diğerleri, 2021).

 Periton diyalizi, hastanın kendi periton zarı aracılığıyla kapiller kan ile periton diyalizi solüsyonu arasında, yarı geçirgen bir membran üzerinden su ve solütlerin geçişine dayanır. Periton diyalizi değişimleri sırasında; diffüzyon, konveksiyon ve ultrafiltrasyon mekanizmaları eş zamanlı olarak çalışarak sıvı ve solüt değişimini sağlar (Murat ve diğerleri, 2022).

**2.3.4.2. Stomalar**

Ostomi, Yunanca kökenli bir terim olup, içi boş bir organın cerrahi bir işlemle cilt yüzeyine ağızlaştırılmasıdır. Cilt üzerine açılan bu açıklığa stoma adı verilir. Ostomi, cerrahi işlemi tanımlayan genel bir kavramdır ve genellikle uygulandığı anatomik bölgeyle birlikte adlandırılır; örneğin trakeostomi, ileostomi, ürostomi ve kolostomi gibi (Yurdagül, 2022).

Trakeostomi, bebe ve çocuk hastalarda; yabancı cisim aspirasyonları, doğumsal üst hava yolu darlıkları, nörolojik hastalıklar ve çeşitli nedenlerle uzamış mekanik ventilasyon gereksinimi bulunan olgularda, entübasyon süresinin uzamasına bağlı gelişebilecek üst hava yolu hasarlarını önlemek amacıyla uygulanan cerrahi bir girişimdir. Günümüzde giderek artan bir sıklıkla uygulanmaktadır (İşbir ve diğerleri, 2023). Trakeostomi, dünya genelinde uygulanan, yaşam kurtarıcı ve hayati önem taşıyan bir işlem olsada ciddi komplikasyonları da vardır. Göreceli olarak basit bir cerrahi girişim olmasına rağmen, trakeostomi sırasında oksijen desatürasyonu, peristomal ve trakeal kanama, kaza sonucu kanülün çıkması gibi komplikasyonlar görülebilmekte ve bunların tümü ölüm riski taşımaktadır (Selekwa ve diğerleri, 2023).

 Kolostomi, genellikle kolon veya rektumdaki tıkanıklık nedeniyle perforasyonu önlemek, bağırsak basıncını azaltmak ya da travma, enfeksiyon ve rektum rezeksiyonları gibi durumlarda dışkı akışını başka yöne yönlendirmek amacıyla uygulanır. Geçici ya da kalıcı olarak açılabilen kolostomi, sıklıkla bireyin yaşam süresini uzatmak, yaşam kalitesini artırmak ve altta yatan patolojiyi iyileştirmek amacıyla tercih edilmektedir (Kaya ve Doğan, 2025).

İleostomi, ince bağırsağın son bölümü olan ileumun cerrahi olarak karın ön duvarına ağızlaştırılmasıyla oluşturulan bir stoma türüdür. En sık endikasyonları arasında kolorektal kanser, abdominal travmalar ve akut karın sendromları yer almaktadır (Ayan, 2024). İleostomi, genellikle karın bölgesinin sağ alt kadranına açılmakta olup, geçici veya kalıcı olarak planlanabilmektedir (Gürbüz, 2024).

* 1. **Yoğun Bakımda Yatan Tıbbi Teknolojiye Bağımlı Çocuğun Ebeveyni Olmak**

Çocuk yoğun bakım ünitesindeki (ÇYBÜ) tıbbi teknolojiler ve ameliyat sonrası bakım uygulamalarındaki ilerlemeler sayesinde daha önce ölümcül hastalığı olan çocukların hayatta kalma şansı artmıştır. Ancak, bu çocukların birçoğu yaşam boyu süren sağlık sorunları ve tekrarlayan krizlerle karşı karşıya kalmaktadır. Zaman zaman, bu süreç genellikle sağlık durumlarında kötüleşmeye yol açabilmektedir (Rennick ve diğerleri, 2019).

Bir çocuğun ÇYBÜ'de uzun süre yatması gerektiğinde, bu durum sadece çocuğu değil, tüm aileyi derinden etkileyebilir. Hangstrom’un (2017) yaptığı bir çalışmada aileler bu süreci "duygusal bir hız treni yolculuğu" olarak tanımlamıştır. ÇYBÜ’ye özgü başlıca stres faktörleri arasında çocuğun hastalığının ciddiyeti, prognozu, istenmeyen sonuçları, fiziksel görünümü, duygusal tepkileri, sık tekrarlanan tıbbi müdahaleler ve yoğun bakım ortamının kendisi yer alır (Alzawad ve diğerleri, 2020).

 ÇYBÜ’de ebeveyn deneyimleri hakkında mevcut bilgi sınırlıdır. Dahav ve Sjostrom-Strand (2018) tarafından yürütülen araştırmada, çocukları ÇYBÜ'den taburcu edilen 12 ebeveynle görüşmeler yapılmıştır. Ebeveynler, ÇYBÜ'yü kaotik ve yabancı bir ortam olarak tanımlamış ve kendilerini "başka bir dünyada" hissettiklerini belirtmiştir. Ayrıca, çocuklarının hayatta kalıp kalamayacağı konusunda belirsizlik hissettikleri ve yoğun bakım ortamında çocuklarına bakamamanın verdiği çaresizlikle baş etmeye çalıştıklarını ifade etmişlerdir.

* 1. **Yoğun Bakımda Çocuğu Yatan Ebeveynlerin Kaygı Durumları**

Kaygı, genel olarak baş edilmesi güç bir durum karşısında şanssızlık düşüncesi ya da beklentisinin yarattığı korku, otonom sinir sisteminin aşırı aktivasyonuna bağlı somatik belirtiler gösteren patolojik bir olaydır. Korkulan durum herkes için aynı tehdit algısını oluşturabilir, ancak kaygıyı kişinin kendi düşünceleri ortaya getirir (Çabuk, 2017).

 Kişide oluşan kısa süreli tehdit algısı kısa süreli veya geçici kaygıya neden olabilir. Kişinin tehdit algısına uzun süre maruz kalması kaygının kalıcı olmasına sebep olabilir. Yaşanılan iki farklı kaygı durumluluk kaygı ve sürekli kaygı olarak ifade edilmektedir. Kaygıya karşı duyarlılıklar birbirinden farklı olabilir, biyolojik ve sosyal faktörler duyarlılığı etkilemektedir (Çabuk, 2017).

Yoğun bakım ünitesinde olmak hasta ve ebeveynler için oldukça kaygı verici ve travmatiktir. Yoğun bakım ortamında, çocuğun vücudunda çeşitli tıbbi cihazların desteğini gerektirecek ciddi hastalığının olması çocuk için çok zorlu bir deneyimdir. Çocuk, kendini hiç bilmediği maskeli, eldivenli insanların olduğu ve ağrılı işlemlerin yapıldığı bir ortamda bulur (Ovacık, 2012).

Çocuğun yoğun bakım ortamında bulunması ve çeşitli cihazlara bağlı olması yalnızca çocuk için değil çocuğunu kaybetme endişesi yaşayan ebeveynler için de stres faktörüdür. Ebeveynlerin stresi çocuğun günlük rutinlerinin, aile içi rollerin değişmesi ve çocuğunu görememekle doğrudan ilişkilidir. Ayrıca ebeveynler, çocuklarının yoğun bakımda onlardan ayrı bir bilinmezlik içinde kalması, teknolojik cihazlara bağımlı olması ve yaşamları boyunca bu cihazlara bağlı olma düşüncesi karşısında yoğun kaygı yaşamaktadırlar. Kaygı düzeyi artmış ebeveynin sağlıklı karar verebilme ve çocuğunun bakımında aktif rol alma yetisi de engellenir (Çalışır ve diğerleri, 2008; Toly ve Musil, 2015). Ebeveynlerin sağlık inançları, değerleri ve tutumları çocuğun sağlığını etkileyen bir durumdur. Bu nedenle hemşire bakım vereceği çocuğu ve aileyi bütüncül olarak değerlendirmelidir. Ebeveynin baş etme yöntemleri değerlendirilmeli ve ebeveynin baş etmesine destek olunmalıdır (Çalışkan, 2019).

* + 1. **Yoğun Bakımda Çocuğu Yatan Ebeveynlerin Kaygı Düzeylerini Etkileyen Faktörler**
			1. **Çocuğun hastalığının ciddiyeti**

 Çocuğun yaşamını tehdit eden bir hastalık veya çocuğun klinik durumu ebeveynler için en temel kaygı kaynaklarından biridir. Özellikle intraventriküler hemoraji, sepsis, menenjit ve zatürre gibi ciddi komplikasyonlar, beyin gelişimi, uzun dönem bilişsel sorunlar ya da ölüm ihtimaliyle ilişkili olduğundan, ebeveynlerin yoğun endişe yaşamasına yol açmaktadır. Bu tür tıbbi belirsizlikler ebeveynlerde korku, umutsuzluk ve çaresizlik duygularını tetiklemektedir (Pan ve diğerleri, 2024).

* + - 1. **Yoğun bakım deneyimi**

 Çocuk yoğun bakım ortamı, ebeveynler için genellikle yabancı, karmaşık ve tehdit edici bir ortam olarak algılanır. Yoğun bakım sürecini ilk kez deneyimleyen ebeveynler, neyle karşılaşacaklarını bilmediklerinden dolayı daha yüksek düzeyde stres ve kaygı yaşarlar. Önceki deneyime sahip ebeveynlerin, bakım ortamına ve işlemlere daha aşina oldukları için durumu daha kontrollü karşılayabildikleri belirtilmiştir (Debelic ve diğerleri, 2022).

* + - 1. **Tıbbi müdahalelere tanıklık etme**

Ebeveynlerin çocuklarına uygulanan invaziv işlemleri görmesi (örneğin; damar yolu açılması, ventilasyon, tüplerin yerleştirilmesi), çaresizlik, acı ve suçluluk gibi duyguları tetikleyebilir. Bu tür tıbbi müdahalelere tanıklık etmek, bazı ebeveynlerde travma sonrası stres bozukluğu belirtilerine yol açabilmektedir. Ebeveynin çocuğuna yardım edememesi veya süreci kontrol edememesi, kaygı düzeyini derinleştiren başlıca unsurlardandır (Debelic ve diğerleri, 2022).

* + - 1. **Fiziksel ortam**

 Yoğun bakım ünitelerinde karşılaşılan yüksek sesler, sürekli alarmlar, monitörler, parlak ışıklar ve kalabalık ortamlar ebeveynler için stres yaratan çevresel uyaranlardır. Bu fiziksel unsurlar, özellikle bilgi eksikliği veya ilk deneyimle birleştiğinde, ortamın daha tehdit edici algılanmasına neden olarak kaygıyı artırır (Debelic ve diğerleri, 2022).

* + - 1. **Ebeveyn rolünün bozulması**

Çocuk yoğun bakım ünitesinde ebeveynlerin çocuklarıyla fiziksel temas kuramaması, onların yanında bulunamaması veya bakım sürecine katılamaması, ebeveynlik rollerinin zayıfladığı hissine neden olur. Bu durum, ebeveynlerde yetersizlik ve suçluluk duygularını artırarak hem akut hem de uzun dönemli psikolojik etkiler doğurabilir (Debelic ve diğerleri, 2022).

* + - 1. **Cinsiyet**

 Yapılan çalışmalar, annelerin babalara kıyasla daha yüksek düzeyde kaygı yaşadığını göstermektedir. Bu fark, geleneksel bakım rolleri, hormonal değişimler, lohusalık süreci, annelerin bebekle daha yoğun duygusal bağ kurması ve genellikle hastaneye refakat etme sorumluluğunu üstlenmelerinden kaynaklanabilir (Babaroğlu ve Yılmaz, 2023; Pan ve diğerleri, 2024).

* + - 1. **Eğitim düzeyi**

 Düşük eğitim seviyesine sahip ebeveynler, sağlık sistemine dair bilgileri anlamada ve tıbbi süreçleri yorumlamada zorluk yaşayabilirler. Bu durum, kaygıyı artırabilir. Eğitim düzeyi yüksek bireylerin ise durumu analitik değerlendirebilmeleri nedeniyle daha düşük düzeyde stres yaşayabildikleri, fakat bilgiye erişimlerinin yeterli olmadığı durumlarda kaygı düzeylerinin artabileceği belirtilmektedir (Babaroğlu ve Yılmaz, 2023; Pan ve diğerleri, 2024).

* + - 1. **Çocuk sayısı**

 Çocuğu hastanede yatmakta olan bir ebeveynin evde bakım bekleyen başka çocuklarının olması, görev ve sorumluluklarının artması nedeniyle daha fazla stres ve kaygı yaşamaları söz konusudur. Özellikle anneler açısından bu durum tükenmişlik hissine neden olabilir. Çocuk acil servisine başvuran ebeveynlerle yapılan bir araştırmada, çocuksayısının fazla olmasının ebeveynlerin durumluk kaygı düzeyinde artışa sebep olduğu bulunmuştur (Babaroğlu ve Yılmaz, 2023).

* + - 1. **Bilgilendirme ve iletişim**

 Sağlık profesyonellerinin ebeveynlere süreçle ilgili bilgi vermemesi ya da yetersiz iletişim kurması, belirsizlik algısını artırır. Buna karşın empatik, açık ve doğru bilgilendirme; ebeveynlerin kaygı düzeylerini azaltmada etkili olabilir (Babaroğlu ve Yılmaz, 2023; Debelic ve diğerleri, 2022).

* + 1. **Yoğun Bakımda Çocuğu Yatan Ebeveynlerin Kaygısını Azaltmada Pediatri Hemşiresinin Rolü**

 Çocuğun hastaneye yatışı, tüm ebeveynler için oldukça stresli bir deneyimdir. Ebeveynler bu süreçte, çocuklarının sağlık durumu, görünümü, davranışları ve kendi rollerine dair belirsizlikler nedeniyle yoğun stres ve kaygı yaşamaktadır. Özellikle pediatrik yoğun bakım gibi kritik ortamlarda, sağlık çalışanlarının çocuğa müdahalede bulunması, ebeveynlik rollerinin değişmesine ve rollerinin geçici olarak sağlık profesyonellerine devredilmesine neden olmaktadır. Bu durum, ebeveynlerde güçsüzlük hissini artırarak kaygı düzeylerini yükseltebilmektedir (Gerçeker ve diğerleri, 2021).

Literatür incelendiğinde hem anneler hem de babalar için bireyselleştirilmiş hemşirelik yaklaşımlarının önemini vurgulanmaktadır (Gerçeker ve diğerleri, 2024). Yapılan bir çalışmada, anneler hemşirelerden genel olarak destek aldıklarını belirtmiş; bu desteğin, hemşirenin bebekle doğrudan ilgilenmesi ve ilgi göstermesi durumunda daha da arttığını bildirmişlerdir (Mariano ve diğerleri, 2022). Lee ve Choi (2023), babaların yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeklerinin yatmasıne ilişkin stresleri ile başa çıkabilmek için hemşire desteğine ihtiyaç duyduklarını, dokunsal ve eğitsel müdahalelere katıldıktan sonra bağlanma düzeylerinin arttığını ve zamanla koruyucu, bakım verici ve karar verici rolleri üstlendiklerini belirtmiştir.

 Ebeveynin kaygısını azaltmada hemşireler tıbbi bakım sağlamanın yanı sıra onlara güven vermeli, rehberlik etmeli ve duygusal destek sunmalıdır. Hemşirelerin, ebeveynlerle sürekli, açık ve destekleyici bir iletişim kurmaları, ayrıca bireysel farklılıklarını ve değerlerini dikkate alarak bakım sürecine dahil etmeleri, yoğun bakım ortamında kaygının azaltılmasına ve ebeveynlerin sürece uyum sağlamalarına önemli katkılar sunmaktadır (Bozbuğa ve Çalışkan, 2022; Konukbay ve diğerleri, 2024).

 Ebeveynlerin yoğun bakım sürecine uyum sağlamasında hemşirelerin önemli rolleri vardır. Hemşirelerin ebeveyn kaygısını azaltmaya yönelik önemli rolleri;

* *Aile merkezli bakım uygulamaları,* ebeveynin bakım sürecinde kararlara ve bakıma katılımını, özgüvenini, kontrol duygusunu arttırır ve hastaneden taburculuk sonrası çocuğun bakımına daha iyi hazırlanmasını sağlar (Hill ve diğerleri, 2018).
* *Etkili iletişim,* ebeveynin bilgilendirilmesi, bilgileri anlaması, soru sorması ve güven duyması için önemlidir. Ebeveynin kontrol hissini artırmak için çocuğun durumu hakkında düzenli, anlaşılır ve doğru bilgi verilmelidir (Gerçeker ve diğerleri, 2024).
* *Atravmatik bakım yaklaşımı,* hem çocuğun hem de ebeveynin fiziksel ve duygusal stresini azaltmayı amaçlar. Bu doğrultuda hemşire, ebeveynin çocuğuyla birlikte olmasını teşvik etmeli ve ayrılığı en aza indirmelidir (Gerçeker ve diğerleri, 2024).
* *Hemşire-ebeveyn ortaklığı/iş birliği*, ebeveynin sürece daha aktif katılımını destekler. İş birliği, ebeveynin hem öz yeterliliğini hem de bakım davranışlarını olumlu yönde etkiler (Hong ve Kim, 2024).
* *Duygusal olarak desteklenmesi*, çocuklarının hastanede kalış sürecinde ebeveynin güçlenmesini sağlar. Hemşire, ebeveynin duygularını ifade etmesine fırsat vermeli ve karşılıklı güvene dayalı bir ilişki kurmalıdır (Gerçeker ve diğerleri, 2024).

 Aile merkezli bakım, çocuğun ve ailesinin değerlerine saygı gösterilmesini, aileyle etkili iletişim kurulmasını ve onların bakım ve karar süreçlerine dâhil edilmelerini ifade eder. Aile merkezli bakımın amacı, hasta ve aile memnuniyetini artırmak ve bakım sonuçlarını iyileştirmektir. Pediatri özelinde aile merkezli bakımın önemi daha da artmaktadır. Çocuklar gelişimsel olarak çoğu zaman kendi ihtiyaçlarını ya da tercihlerini ifade edemedikleri için ebeveynleri, çocuk adına iletişim kurma ve karar alma sorumluluğu üstlenir ve böylece bakım sürecine aktif olarak katılırlar. Ayrıca, taburculuk sonrası bakım büyük ölçüde ebeveynlerin sorumluluğunda olacağı için, hastane sürecinde ailenin sürece etkin katılımı evdeki bakıma geçişi kolaylaştırmaktadır (Hill ve diğerleri, 2018).

**3. GEREÇ VE YÖNTEM**

**3.1. Gereç**

**3.1.1. Araştırmanın Tipi**

Bu araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir çalışmadır.

**3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Zaman**

Araştırma verileri 15 Eylül 2023 – 03 Ocak 2024 tarihleri arasında toplandı.

**3.1.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırma, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi (ÇYBÜ)’nde yapılmıştır. Araştırmanın yürütüldüğü çocuk yoğun bakım ünitesi on dört yataklı olup sorumlu hemşire dahil olmak üzere toplam 23 hemşire, bir doçent, üç uzman ve üç asistan hekim görev yapmaktadır.

**3.1.4.** **Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi’nde tıbbi teknolojiye bağımlı 0-18 yaş grubu çocukların ebeveynleri oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemi Tip I hata α=0,05 ve hata payı (E=5) olarak belirlendiğinde, daha önce yapılan bir çalışmada (Küçükoğlu ve diğerleri, 2015) elde edilen tahmini standart sapma (σ=21,5) ve kritik değer z=1,96 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmadaki evreni temsil edebilecek örneklem hacmi 71 kişi olarak hesaplanmıştır (Sullivan,2023).Fakat çalışmada 71 kişi olarak hesaplanan örneklem hacminin araştırmaya anne ve/veya baba dahil edileceği için iki katına ulaşılması hedeflendi. Buna göre 142 ebeveyne ulaşılması planlandı. Araştırmaya alınacak ebeveynler olasılıksız örnekleme yöntemi ile seçildi. Araştırmaya katıldıktan sonra 11 ebeveyn çeşitli gerekçeler ile araştırmadan ayrıldı. Araştırma 131 ebeveyn ile tamamlandı.

Hesaplama formülü:

 

n: Örneklem büyüklüğü

E: Hata payı

*Z* : Tablo değeri

 σ : Standart sapma

**3.1.5.** **Araştırmaya Dahil Edilme, Araştırmadan Dışlanma ve Çıkarılma Kriterleri**

**3.1.5.1.** **Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri**

* İnvaziv veya non-invaziv mekanik ventilasyon (MV) desteği alan veya nazal ya da maske yoluyla oksijen desteği alan,
* Perkütan endoskopik gastrostomi (PEG), nasogastrik (NG), nazoduedonal (ND) veya orogastrik (OG) yoldan bir cihaza bağlı olarak beslenen,
* İntravenöz yoldan devamlı mayi veya total parenteral nütrisyon sıvısı ve/veya ilaç tedavisi uygulanan,
* Yoğun bakımda en az 48 saattir yatmakta olan çocukların ebeveynleri (anne ve/veya baba) çalışmaya dahil edildi.

**3.1.5.2.** **Araştırmadan Dışlanma Kriterleri**

* Ulaşılamayan (yoğun bakım ünitesine ziyarete gelmeyen ya da çocuğuyla birlikte yaşamayan),
* Psikiyatrik tanı almış ya da bu nedenle ilaç kullanan,
* Duyusal (görme, işitme) ve Türkçe anlama, konuşma ya da yazma gibi iletişim engeli olan ebeveynler çalışmaya alınmadı.

**3.1.5.3.** **Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri**

Araştırmadan ayrılmak isteyen ebeveynler çalışmadan çıkarıldı.

**3.1.6. Veri Toplama Araçları**

 Araştırma verileri Ebeveyn Bilgi Formu (Ek 1), Çocuk Bilgi Formu (Ek 2) ve Durumluk Kaygı Envanteri (Ek 3) kullanılarak toplandı.

 **3.1.6.1. Ebeveyn Bilgi Formu (Ek 1)**

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanan ebeveynlerin sosyodemografik özelliklerini tanımlamak amacıyla ebeveyn bilgi formu oluşturulmuştur (Boztepe ve diğerleri, 2019; Özyazıcıoğlu ve Tüfekci, 2009; Tekerek ve diğerleri, 2015). Bu formda ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri (yaş, eğitim, gelir düzeyi, çocuk sayısı, hasta çocuk sayısı vb.) ve çocuğunu yoğun bakımda ziyaret etme veya bakıma katılma gibi bilgileri içeren 13 soru yer almaktadır.

**3.1.6.2. Çocuk Bilgi Formu (Ek 2)**

Araştırmacı tarafından literatürden destek alınarak yoğun bakımda çocuğun özelliklerini tanımlamak amacıyla çocuk bilgi formu oluşturulmuştur (Özyazıcıoğlu ve Tüfekci, 2009; Tekerek ve diğerleri, 2015; Boztepe ve diğerleri, 2019). Çocuğun yaşı, cinsiyeti, mevcut hastalığı, tıbbi teknoloji desteği alma durumu, yaşam bulguları vb. bilgileri içeren 16 sorudan oluşmaktadır.

**3.1.6.3. Durumluk Kaygı Envanteri (Ek 3)**

Ölçek1970 yılında Spielberger ve diğerleri tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması ve geçerlilik güven çalışmaları 1985 yılında Öner ve diğerleri yapmıştır. Ölçeğin Türkçe uyarlamasında alfa korelasyonları ile saptanan iç tutarlılık ve homojenlik katsayıları Durumluk Kaygı Envanteri (DKE) için 0,94 ile 0,96 arasındadır (Coşkun ve Akkaş, 2009).

Durumluk Kaygı Envanteri, kısa ifadelerden oluşan bir öz değerlendirme anketidir. Durumluk Kaygı Envanteri bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini betimlemesi ve içinde bulunduğu duruma ilişkin duygularını dikkate alarak yanıtlanmasını içerme özelliği taşımasıdır. Durumluk Kaygı Envanteri, kaygının ve korkunun şiddet seviyesindeki değişmeleri saptamak için aynı bireylere değişik zamanlarda uygulanabilir. Durumluk Kaygı Envanteri 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 Envanteri maddelerinde ifade edilen duygu ve davranışlar, bu tür yaşantıların şiddet derecesine göre 1: Hiç, 2: Biraz, 3: Çok, 4: Tamamen ifadelerinden birini işaretleme doğrultusunda cevaplandırılır. Durumluk Kaygı Envanteri’nde toplam 20 madde vardır ve bunların 10 tanesi ters dönmüş ifadelerdir. Bunlar, 1,2,5,8,10,11,15,16,19 ve 20. maddelerdir. Puan arttıkça kaygı artar (Aykut, 2019; Kara, 2012). Bu araştırmada Durumluk Kaygı Envanteri’nin Cronbach’s Alpha güvenirlik katsayısı α= 0,866 olarak bulundu. Bu değer ölçeğin güvenirliğinin yüksek derecede olduğunu göstermektedir. Diğer bir ifade ile araştırmada kullanılan ölçeğin araştırmayı temsil etme gücünün yüksek derecede güvenilir olduğunu kabul edildi.

**3.2. Yöntem**

**3.2.1. Araştırmanın Uygulanması / Verilerin Toplanması**

 Araştırmanın yapılacağı kurumdan ve etik kuruldan onaylar alındıktan sonra pediatri yoğun bakım ünitesine yatan dahil etme kriterlerine uyan 0-18 yaş grubu hastaların ebeveynlerine (anne ve/veya baba) çalışma hakkında açıklama yapıldı. Ebeveynlerden yazılı onam (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu’nun imzalatılması) alındıktan sonra çalışmaya alındı. Çalışmaya alınan ebeveyn ile yoğun bakım ünitesinin içinde bulunan bilgilendirme alanında yüz yüze görüşüldü ve veri toplama araçları dolduruldu. Araştırmada sırasıyla sosyodemografik bilgileri araştıran Ebeveyn Bilgi Formu, Çocuk Bilgi Formu ve Durumluk Kaygı Envanteri (DKE) dolduruldu. Araştırmada veriler, ebeveynlerin çocuklarını ziyarete geldikleri gün ve saatte, çocuğunu ziyaretini tamamlandıktan sonra toplandı. Araştırmacı tarafından Çocuk Bilgi Formunda yer alan bilgiler çocuğun hastane kayıtlarından elde edildi.

ETİK KURUL ONAYININ ALINMASI

 ÖN UYGULAMA

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu’nun imzalatılması

Ebeveyn Bilgi Formu’nun doldurulması

 Çocuk Bilgi Formu’nun doldurulması

Durumluk Kaygı Envanteri’nin uygulanması

ANALİZ

**Şekil 1.** Araştırma akış şeması

**3.2.2. Ön Uygulama**

 Veri Formlarının anlaşılırlığının değerlendirilmesi amacıyla araştırma öncesi sekiz (dört anne, dört baba) ebeveyne uygulandı. Anket çalışması ile ilgili ön uygulamada araştırma yöntemi, veri toplama süreci ve veri toplama araçlarına ilişkin eksik ya da aksayan bir durum saptanmadı.

* + 1. **Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri**
			1. **Bağımlı Değişkenler**

 Araştırmanın bağımlı değişkeni ebeveynlerin Durumluk Kaygı Envanteri (DKE) toplam puanlarıdır.

* + - 1. **Bağımsız Değişkenler**

 Araştırmanın bağımsız değişkenleri ebeveynlerin ve çocukların sosyodemografik özellikleri ve yoğun bakım sürecine ilişkin özellikleridir.

* + 1. **Araştırmanın Etik Yönü**

Bu çalışma Helsinki Deklarasyonu ilkelerine uygun olarak yürütüldü. Araştırma için Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan (2021/233 protokol numaralı) etik kurul onayı alındı (Ek 5). Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalışmayı yapabilmek için kurum izni bağlı olduğu İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayım, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu 23.06.2022 tarih ve 2022/13 sayılı kararı ile kurum izni alınmıştır (Ek 4).

* + 1. **Araştırmanın Güçlükleri**

Araştırmanın uygulanması için kurum izin başvurusu esnasında ilgili makamlarla yaşanan sıkıntılar, araştırma veri toplama sürecinde tüm dünyayı etkisi altına alan Covid-19 pandemisinin yaşanması, araştırmacının ve araştırmanın yapıldığı çocuk yoğun bakım ünitesinin pandemiden etkilenmesi gibi nedenlerle veri toplama süresi uzamıştır.

* + 1. **Verilerin Değerlendirilmesi**

 Araştırma verileri, IBM SPSS 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences) istatistik paket programıyla analiz edildi. Çocuk yoğun bakımda yatan tibbi teknolojiye bağımlı çocukların ebeveynlerine ait sosyodemografik özellikler, ebeveynlerin Durumluk Kaygı Envanteri puanlarına yönelik olarak frekans analizleri (sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma) yapıldı.

Araştırma verileri analiz edilmeden önce ebeveynlerin Durumluk Kaygı Envanteri puanlarının varyans homojenliği ve normal dağılıp dağılmadığı Kolmogorov-Smirnov normallik testi analiz edildi ve histogram grafikleri incelendi. Normallik testine ek olarak hangi analiz tekniğinin kullanılacağının belirlenebilmesi amacıyla ortalama, varyans, standart sapma, çarpıklık ve basıklık ile Detrended Q-Q Plot diyagram değerleri de değerlendirildi. Elde edilen verilen normal dağılım gösterip göstermediğine karar verebilmek için çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerleri incelendi. Verilerin normal dağılım gösterdiği saptandığı için bağımsız iki grup karşılaştırılmasında Student t-testi, üç ve daha fazla grup karşılaştırmasında tek yönlü varyans analizi (One-way ANOVA) uygulandı. P<0,05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Tablo 1’de Kolmogorov-Smirnov testi, Shapiro-Wilk testi, çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerleri ile normallik analizi sonuçları gösterildi. Bağımlı değişkenlerin normal dağılım gösterdiğine karar vermek için çarpıklık ve basıklık değerlerinin -1,5 ile +1,5 değerleri arasında yer alması gerekir (Tabachnick ve Fidel, 2013). Durumluk Kaygı Envanteri’nin çarpıklık ve basıklık değerleri -0,451 ile 0,702 olarak elde edildi. Buna göre basıklık ve çarpıklık katsayılarının belirlenen standart değerler arasında olmasından dolayı verilerin normal dağılıma uygun olduğuna karar verildi.

**Tablo 1.** Normallik testi sonuçları

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|   **Ölçüm Aracı**  | **Kolmogorov-Smirnov** | **Shapiro-Wilk** | **Çarpıklık** | **Basıklık**  |
| **Test** | **Sd** | **P** | **Test** | **Sd** | **p** | -0,451 | 0,702 |
| Durumluk Kaygı Envanteri | 0,100 | 131 | 0,003 | 0,982  | 131  | 0,078 |

Sd: Serbestlik derecesi

1. **BULGULAR**

Pediatrik yoğun bakım ünitesinde yatan tıbbi teknolojiye bağımlı çocukların ebeveynlerinin kaygı düzeyleri ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu tanımlayıcı ve ilişki arayıcı çalışmanın bulguları dört başlık altında sunulmuştur.

4.1. Ebeveynlerin ve çocukların tanıtıcı ve yoğun bakım sürecine ilişkin özellikleri

4.2. Ebeveynlerin ve çocukların tanıtıcı özelliklerine göre DKE puanlarının karşılaştırılması

4.3. Ebeveynlerin ve çocukların yoğun bakım sürecine göre DKE puanlarının karşılaştırılması

4.4. Ebeveynlerin DKE puanlarının faktörlerle ilişkisinin regresyon analizi ile incelenmesi

**4.1. Ebeveynlerin ve Çocukların Tanıtıcı ve Yoğun Bakım Sürecine İlişkin Özellikleri**

Tablo 2’de araştırmaya katılan ebeveynlerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin dağılımlar gösterilmiştir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin %53,4’ünün anne olduğu, ebeveynlerin %37,4’ünün 33-39 yaşları arasında olduğu, %42,7’sinin lise mezunu olduğu, %54,2’sinin çalışmadığı ve %71,8’inin gelirinin giderine denk olduğu belirlendi. Ayrıca ebeveynlerin %79,4’ünün sosyal güvencesinin olduğu ve %43,5’inin 3-6 arası sayıda çocuğa sahip olduğu belirlendi.

**Tablo 2.** Ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri (n= 131)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sosyodemografik Özellikler** | **Sayı (n)** | **Yüzde (%)** |
| **Yakınlık Derecesi** |  |  |
| Anne | 70 | 53,4 |
| Baba | 61 | 46,6 |
| **Yaş Grubu** |  |  |
| 19-24 yaş | 10 | 7,6 |
| 25-32 yaş | 39 | 29,8 |
| 33-39 yaş | 49 | 37,4 |
| 40-54 yaş | 33 | 25,2 |
| **Eğitim Durumu** |  |  |
| İlkokul | 23 | 17,6 |
| Ortaokul | 35 | 26,7 |
| Lise | 56 | 42,7 |
| Üniversite | 17 | 13,0 |
| **Çalışma Durumu** |  |  |
| Çalışıyor | 60 | 45,8 |
| Çalışmıyor | 71 | 54,2 |
| **Gelir Düzeyi** |  |  |
| Gelir giderden yüksek | 12 | 9,2 |
| Gelir gidere denk | 94 | 71,8 |
| Gelir giderden az | 25 | 19,1 |
| **Sosyal Güvence** |  |  |
| Var | 104 | 79,4 |
| Yok | 27 | 20,6 |
| **Çocuk Sayısı** |  |  |
| 1 çocuk | 21 | 16,0 |
| 2 çocuk | 53 | 40,5 |
| 3-6 çocuk | 57 | 43,5 |
| **Toplam** | 131 | 100,0 |

Araştırmaya katılan ebeveynlerin hasta çocuğu ziyareti ve çocuğun bakımına katılmaya ilişkin özellikleri Tablo 3’te gösterilmiştir. Ebeveynlere, hasta olan çocuğunun kaçıncı çocuk olduğu sorulduğunda %42’si ikinci çocuk olduğunu belirtti. Ebeveynlerin hasta olan çocuğu ziyaret etme durumları incelendiğinde; %96,9’u hasta olan çocuğu ziyaret ettiğini, %81,6’sı 1-10 kez ve %95,4’ü hergün (günde bir kez) ziyaret ettiğini ifade etti. Ebeveynlerin çocuğun bakımına (beslenme, alt temizliği vb.) katılma durumları incelendiğinde; %59,5’i bakıma katıldığını bildirdi.

**Tablo 3.** Ebeveynlerin çocuğu ziyaret etme ve bakıma katılmaya ilişkin özellikleri (n=131)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sosyodemografik Özellikler** | **Sayı (n)** | **Yüzde (%)** |
| **Hasta Olan Çocuk** |  |  |
| 1. çocuk | 50 | 38,2 |
| 2. çocuk | 55 | 42,0 |
| 3-6. çocuk | 26 | 19,8 |
| **Çocuğu Ziyaret Etme** |  |  |
| Evet | 127 | 96,9 |
| Hayır | 4 | 3,1 |
| **Çocuğu Ziyaret Etme Sayısı** |  |  |
| Hiç ziyaret etmedi | 4 | 3,1 |
| 1-10 kez | 107 | 81,6 |
| 11-21 | 14 | 10,7 |
| 22-32 | 3 | 2,3 |
| 33 kez ve daha fazla | 3 | 2,3 |
| **Ziyaret Etme Sıklığı** |  |  |
| Hergün | 125 | 95,4 |
| Daha seyrek | 6 | 4,6 |
| **Çocuğun Bakımına Katılma** |  |  |
| Evet | 78 | 59,5 |
| Hayır | 53 | 40,5 |
| **Toplam** | 131 | 100,0 |

Çocukların sosyodemografik özellikleri Tablo 4’te gösterilmiştir. Çocukların %53,8’inin erkek olduğu ve %35,6’sının 0-1 yaş grubunda olduğu tespit edildi.

**Tablo 4.** Çocukların sosyodemografik özellikleri (n= 104)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sosyodemografik Özellikler** | **Sayı (n)** | **Yüzde (%)** |
| **Cinsiyet** |  |  |
| Kız | 48 | 46,2 |
| Erkek | 56 | 53,8 |
| **Yaş Grubu** |  |  |
| 0-1 yaş | 37 | 35,6 |
| 2-6 yaş | 33 | 31,7 |
| 7-11 yaş | 20 | 19,2 |
| 12-18 yaş | 14 | 13,5 |

 Çocukların hastalık ve yoğun bakım deneyimine ilişkin özellikleri Tablo 5’te gösterilmiştir. Çocukların %36,5’inin genetik/konjenital hastalığa sahip olduğu ve %70,2’sinin kronik hastalığının olduğu belirlendi. Çocukların yoğun bakımda yatış süresi incelendiğinde; %30,8’inin 2-3 gündür yoğun bakımda yattığı belirlendi. Çocukların %76,0’ının daha önce yoğun bakımda yattığı ve %27,9’unun yoğun bakımda daha önce bir kez yattığı belirlendi.

**Tablo 5.**  Çocukların hastalık ve yoğun bakım deneyimine ilişkin özellikleri (n= 104)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hastalık ve Yoğun Bakım Deneyimleri** | **Sayı (n)** | **Yüzde (%)** |
| **Tıbbi Tanısı** |  |  |
| Nörolojik | 8 | 7,7 |
| Metabolik | 11 | 10,6 |
| Onkolojik | 16 | 15,4 |
| Solunumsal | 18 | 17,3 |
| Genetik/konjenital | 38 | 36,5 |
| Akut/ani gelişen (travma, zehirlenme vb)  | 13 | 12,5 |
| **Kronik Hastalık Varlığı** |  |  |
| Var | 73 | 70,2 |
| Yok | 31 | 29,8 |
| **Yoğun Bakımda Yatış Süresi** |  |  |
| 2-3 gün | 32 | 30,8 |
| 4-5 gün | 26 | 25,0 |
| 6-7 gün | 14 | 13,5 |
| 8 gün ve daha fazla | 32 | 30,8 |
| **Daha Önce Yoğun Bakımda Yatma** |  |  |
| Var | 79 | 76,0 |
| Yok | 25 | 24,0 |
| **Daha Önce Yoğun Bakımda Yatış Sayısı\*** |  |  |
| 1 kez | 29 | 27,9 |
| 2 kez | 24 | 23,1 |
| 3 kez | 12 | 11,5 |
| 4 kez ve daha fazla | 14 | 13,4 |
| **Toplam** | 104 | 100,0 |

\*Daha önce yoğun bakımda yatan çocuk sayısına göre hesaplanmıştır (n=79).

Çocukların tıbbi teknoloji desteği alma durumlarına ilişkin özellikleri Tablo 6’da gösterilmiştir. Çocukların %89,4’ünün enteral yolla beslendiği, %29,8’inin serbest akış oksijen desteği aldığı ve %60,2’sinin mekanik ventilasyon (MV) desteği aldığı belirlendi. Çocuklara uygulanan MV tipi incelendiğinde; çoğunluğunun (%87,0) invaziv MV desteği ve %63,4’ünün endotrakeal yolla MV desteği aldığı saptandı.

**Tablo 6.** Çocukların tıbbi teknoloji desteği alma durumlarına ilişkin özellikleri (n= 104)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tıbbi Teknoloji Uygulamaları** | **Sayı (n)** | **Yüzde (%)** |
| **Beslenme Yöntemi** |  |  |
| Oral  | 11 | 10,6 |
| Enteral (NG / OG / ND / PEG) | 93 | 89,4 |
| **Serbest Akış Oksijen Desteği Alma**  |  |  |
| Evet | 31 | 29,8 |
| Hayır | 73 | 70,2 |
| **MV Desteği Alma Durumu** |  |  |
| Evet | 62 | 60,2 |
| Hayır | 42 | 39,8 |
| **MV Tipi\*** |  |  |
| İnvaziv | 54 | 87 |
| Non-invaziv | 8 | 13,0 |
| **İnvaziv MV Yolu** |  |  |
| Trakeostomi | 20 | 36,6 |
| Endotrakeal | 34 | 63,4 |
| **Toplam** | 104 | 100,0 |

NG: Nazogastrik; OG: Orogastrik; ND: Nazoduedonal; PEG: Perkütan endoskopik gastrostomi; \*Sadece MV desteği alan çocuklarda analiz yapıldı.

Çocukların yaşam bulgularına ilişkin ortalama değerleri Tablo 7’de yer almaktadır. Çocukların vücut sıcaklığı ortalama değeri 36,97(±0,46) oC, kalp hızı ortalama değeri 129,42(±21,08) /dk, solunum sayısı ortanca değeri 27,00 (12-56), sistolik kan basıncı ortalama değeri 107,33(±13,77) mmHg, diastolik kan basıncı ortalama değeri 63,16(±10,24), O2 satürasyonu ortalama %97,18(±2,32) ve Glaskow Koma Skalası puanı ortalama 10,60(±3,43) olarak hesaplandı (Tablo 7).

**Tablo 7.** Çocukların yaşam bulguları (n= 104)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Yaşam Bulguları** | **x̄** | **SS** | **Ortanca** | **Minimum** | **Maximum** |
| Vücut sıcaklığı (oC) | 36,97 | 0,46 | 37,00 | 36,00 | 38,00 |
| Kalp hızı /dk | 129,42 | 21,08 | 130,00 | 60,00 | 184,00 |
| Solunum sayısı /dk | 28,03 | 6,25 | 27,00 | 12,00 | 56,00 |
| Sistolik kan basıncı (mmHg) | 107,32 | 13,77 | 107,00 | 72,00 | 134,00 |
| Diastolik kan basıncı (mmHg) | 63,16 | 10,24 | 62,00 | 44,00 | 93,00 |
| O2 satürasyonu (%) | 97,17 | 2,32 | 97,00 | 88,00 | 100,00 |
| Glaskow Koma Skalası (GKS) puanı | 10,60 | 3,43 | 12,00 | 3,00 | 15,00 |

x̄: Aritmetik ortalama; SS: Standart Sapma

* 1. **Ebeveynlerin ve Çocukların Tanıtıcı Özelliklerine göre DKE Puanlarının Karşılaştırılması**

Araştırmaya katılan ebeveynlerin Durumluk Kaygı Envanteri (DKE) toplam puan ortalaması ve standart sapma değeri Tablo 8’de gösterilmiştir. DKE ortalama puanı 52,90 (±9,72) olarak hesaplandı.

**Tablo 8.** Ebeveynlerin Durumluk Kaygı Envanteri puanları (n= 131)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Değişken**  | **x̄** | **SS** | **Ortanca** | **Minimum** | **Maximum** |
| **Durumluk Kaygı Envanteri Puanı** | 52,90 | 9,72 | 53,00 | 20,00 | 77,00 |

x̄: Aritmetik ortalama; SS: Standart Sapma

Araştırmaya katılan ebeveynlerin ve çocukların sosyodemografik özelliklerine göre ebeveynlerin kaygı puanlarında fark olup olmadığını belirlemek amacıyla t testi ve tek yönlü varyans (ANOVA) analizi uygulanmıştır.

Tablo 9’da ebeveynlerin çocuğa yakınlık derece ve çalışma durumlarına göre DKE puanlarının karşılaştırılması amacı ile t testi sonuçları gösterildi. Ebeveynlerin çalışma durumu ve çocuğa yakınlık derecesine göre DKE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (p>0,05).

**Tablo 9.** Ebeveynlerin yakınlık derecesi ve çalışma durumuna göre DKE puanlarının karşılaştırılması

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Özellikler** | **Sayı (n)** | **x̄** | **Test** |
| **t** | **Sd** | **p** |
| **Ebeveynin Yakınlık Derecesi** |  |  |  |  |  |
| Anne  | 70 | 54,2 | 1,750 | 129 | 0,083 |
| Baba |  61 | 51,3 |
| **Ebeveynin Çalışma Durumu** |  |  |  |  |  |
| Çalışıyor |  60 | 51,8 | -1,201 | 129 | 0,232 |
| Çalışmıyor | 71 | 53,8 |

x̄: Aritmetik ortalama; t: Bağımsız iki grup karşılaştırmasında t testi; Sd: Serbestlik derecesi

Tablo 10’da ebeveynlerin gelir düzeyi ve yaş gruplarına göre DKE puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Ebeveynlerin gelir düzeyine göre DKE puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktu (p>0,05). Ancak ebeveynlerin yaş gruplarına göre DKE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı. Ebeveynlerin yaş gruplarına göre DKE puanları arasındaki farkın hangi gruptan kaynaklandığının incelenmesi amacı ile Tukey testi yapıldı (Tablo 11). Test sonucunda 19-24 yaş arasında olan ve 40-46 yaş arasında olan ebeveynlerin DKE puanları, 25-32 yaş arasındaki ebeveynlere göre daha yüksekti (p<0,05).

**Tablo 10.** Ebeveynlerin yaş grubu ve gelir düzeyine göre DKE puanlarının karşılaştırılması (n= 131)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Özellikler** | **Gruplar** | **KT** | **Sd** | **KO** | **F** | p |
| **Ebeveynin Yaş Grubu** | Gruplar arası | 1633,092 | 4 | 408,273 | 4,823 | **0,001\*** |
| Gruplar içi | 10665,809 | 126 | 84,649 |
| Toplam | 12298,901 | 130 |  |  |  |
| **Ebeveynin Gelir Düzeyi** | Gruplar arası | 63,038 | 2 | 31,519 | 0,330 | 0,720 |
| Gruplar içi | 12235,862 | 128 | 95,593 |
| Toplam | 12298,901 | 130 |  |

KT: Kareler Toplamı; Sd: Serbestlik derecesi; KO: Kareler ortalaması; F: Tek yönlü varyans analizi (ANOVA) için F-istatistiği yapıldı. \*p<0,05

**Tablo 11.** Ebeveynlerin yaş grubuna göre DKE puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin Tukey

testi sonuçları

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **(I) Yaş Grubu** | **(J) Yaş Grubu** | **Ortalamalar Farkı (I-J)** | **Std. Hata** | **p** | **95% Güven Aralığı** |
| **Alt** | **Üst** |
| 19-24yaş | 25-32 yaş | 11,37692\* | 3,26120 | **0,006\*** | 2,3510 | 20,4029 |
| 33-39yaş | 8,05510 | 3,19256 | 0,092 | -,7809 | 16,8911 |
| 40-46yaş | 3,40714 | 3,38941 | 0,853 | -5,9737 | 12,7879 |
| 47-54yaş | 6,90000 | 5,03932 | 0,648 | -7,0472 | 20,8472 |
| 25-32 yaş | 19-24yaş | -11,37692\* | 3,26120 | **0,006\*** | -20,4029 | -2,3510 |
| 33-39yaş | -3,32182 | 1,97434 | 0,448 | -8,7862 | 2,1425 |
| 40-46yaş | -7,96978\* | 2,27897 | **0,006\*** | -14,2772 | -1,6623 |
| 47-54yaş | -4,47692 | 4,37039 | 0,844 | -16,5728 | 7,6189 |
| 33-39yaş | 19-24yaş | -8,05510 | 3,19256 | 0,092 | -16,8911 | ,7809 |
| 25-32 yaş | 3,32182 | 1,97434 | 0,448 | -2,1425 | 8,7862 |
| 40-46yaş | -4,64796 | 2,17962 | 0,213 | -10,6804 | 1,3845 |
| 47-54yaş | -1,15510 | 4,31942 | 0,999 | -13,1099 | 10,7997 |
| 40-46yaş | 19-24yaş | -3,40714 | 3,38941 | 0,853 | -12,7879 | 5,9737 |
| 25-32 yaş | 7,96978\* | 2,27897 | **0,006\*** | 1,6623 | 14,2772 |
| 33-39yaş | 4,64796 | 2,17962 | 0,213 | -1,3845 | 10,6804 |
| 47-54yaş | 3,49286 | 4,46688 | 0,935 | -8,8700 | 15,8558 |
| 47-54yaş | 19-24yaş | -6,90000 | 5,03932 | 0,648 | -20,8472 | 7,0472 |
| 25-32 yaş | 4,47692 | 4,37039 | 0,844 | -7,6189 | 16,5728 |
| 33-39yaş | 1,15510 | 4,31942 | 0,999 | -10,7997 | 13,1099 |
| 40-46yaş | -3,49286 | 4,46688 | 0,935 | -15,8558 | 8,8700 |

\*p<0,05

Tablo 12’de çocukların yaş grubu ve ailenin kaçıncı çocuğu olduğuna göre ebeveynlerin DKE puanlarının karşılaştırılması gösterilmiştir. Buna göre çocukların yaş grupları ve kaçıncı çocuk olduğuna göre ebeveynlerin DKE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05).

**Tablo 12.** Çocukların yaş grubu ve kaçıncı çocuk olduğuna göre DKE puanlarının karşılaştırılması

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Çocuğu tanıtıcı özellikler** | **Gruplar** | **KT** | **Sd** | **KO** | **F** |  |
| **Çocuğun Yaşı** | Gruplar arası | 251,778 | 3 | 83,926 | 0,885 | 0,451 |
| Gruplar içi | 10665,809 | 127 | 94,859 |
| Toplam | 12047,122 | 130 |  |  |  |
| **Hasta Olan Kaçıncı Çocuk Olduğu** | Gruplar arası | 338,360 | 2 | 169,180 | 1,811 | 0,168 |
| Gruplar içi | 11960,540 | 128 | 93,442 |
| Toplam | 12298,901 | 130 |  |

KT: Kareler Toplamı; Sd: Serbestlik derecesi; KO: Kareler ortalaması; F: Tek yönlü varyans analizi (ANOVA) için F-istatistiği yapıldı.

Tablo 13’te çocukların cinsiyetlerine göre ebeveynlerin DKE puanlarının karşılaştırılması gösterilmiştir. Buna göre çocukların cinsiyetlerine göre ebeveynlerin DKE puanları arasında anlamlı bir fark yoktu (p>0,05).

**Tablo 13.** Çocukların cinsiyetlerine göre ebeveynlerin DKE puanlarının karşılaştırılması

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Çocuğun Cinsiyeti** | **Sayı (n)** | **x̄** | **Test** |
| **t** | **Sd** | **P** |
| Kız | 64 | 53,3 | 0,481 | 129 | 0,631 |
| Erkek |  67 | 52,5 |

 x̄: Aritmetik ortalama; t: Bağımsız iki grup karşılaştırmasında t testi; Sd: Serbestlik derecesi

**4.3. Ebeveynlerin ve Çocukların Yoğun Bakım Sürecine Göre DKE Puanlarının Karşılaştırılması**

Araştırmaya katılan ebeveynlerin ve çocukların yoğun bakım sürecine ilişkin özelliklerine göre ebeveynlerin kaygı puanlarında fark olup olmadığını belirlemek amacıyla t testi ve tek yönlü varyans (ANOVA) analizi uygulanmıştır.

Tablo 14’te ebeveynlerin yoğun bakım deneyimlerine göre DKE puanlarının karşılaştırılması gösterilmiştir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin hasta çocuklarını yoğun bakımda ziyaret etme ve çocuğun bakımına katılma durumlarına göre DKEpuanları arasında fark yoktu (p>0,05). Fakat çocuğun yoğun bakımda daha önce yatma durumuna göre DKE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (p=0,004). Buna göre çocuğu daha önce yoğun bakımda yatmamış olan ebeveynlerin DKE puanları daha yüksektir (p<0,05). Çocuğun kronik hastalığının bulunma durumuna göre ebeveynlerin DKE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p<0,001). Buna göre çocuğu kronik hastalığa sahip olan ebeveynlerin DKE puanları daha düşüktür (p<0,05). Çocukların mekanik ventilasyon desteği alma durumlarına göre ebeveynlerin DKE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p>0,05).

**Tablo 14.** Ebeveynlerin yoğun bakım deneyimlerine göre DKE puanlarının karşılaştırılması

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Yoğun Bakım Deneyimleri** | **Sayı (n)** | **x̄** | **Test** |
| **t** | **Sd** | **P** |
| **Ebeveynin Çocuğu Ziyaret Etme Durumu** |  |  |  |  |  |
| Evet | 127 | 52,6 | -1,595 | 129 | 0,113 |
| Hayır | 4 | 60,5 |
| **Ebeveynin Bakıma Katılma Durumu** |  |  |  |  |  |
| Evet  | 78 | 53,6 | 0,910 | 129 | 0,324 |
| Hayır | 53 | 51,8 |
| **Çocuğun Yoğun Bakımda Daha Önce Yatma Durumu** |  |  |  |  |  |
| VarYok | 98 | 51,40 | -3,144 | 129 | **0,004\*** |
| 33 | 57,36 |
| **Çocuğun Kronik Hastalığı Olma Durumu** |  |  |  |  |  |
| VarYok | 92 | 50,91 | -3,787 | 129 | **<0,001*\**** |
| 39 | 57,61 |

 x̄: Aritmetik ortalama; t: Bağımsız iki grup karşılaştırmasında t testi; Sd: Serbestlik derecesi; \*p<0,05

Tablo 15’te çocukların tanısı, Glaskow Koma Skalası (GKS) puanı ve yoğun bakımda yatış süresine göre ebeveynlerin DKE puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin yapılan ANOVA testi sonuçları gösterilmiştir. Çocukların hastalık tanı gruplarına göre ebeveynlerin DKE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p>0,05). Çocukların GKS puanlarına göre ebeveynlerin DKE puanları arasında anlamlı fark vardı (p= 0,030). Buna göre çocukları GKS puanı düşük olan ebeveynlerin kaygı düzeyleri daha düşüktü (p<0,05). Çocukların yoğun bakımda yatış süresine göre ebeveynlerin DKE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p= 0,004).

**Tablo 15.** Çocukların yoğun bakım deneyimlerine göre ebeveynlerin DKE puanlarının karşılaştırılması

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Yoğun Bakım Deneyimleri** | **Gruplar** | **KT** | **Sd** | **KO** | **F** | p |
| **Çocuğun Tanısı** | Gruplar arası | 633,464 | 5 | 126,693 | 1,358 | 0,245 |
| Gruplar içi | 11665,436 | 125 | 93,323 |
| Toplam | 12298,901 | 130 |  |  |  |
| **Glaskow Koma Skalası (GKS) Puanı** | Gruplar arası | 1829,341 | 10 | 182,934 | 2,097 | **0,030\*** |
| Gruplar içi | 10469,560 | 120 | 87,246 |
| Toplam | 12298,901 | 130 |  |
| **Yoğun Bakımda Yatış Süresi** | Gruplar arası | 1238,236 | 3 | 412,745 | 4,739 | **0,004\*** |
| Gruplar içi | 11060,665 | 127 | 87,092 |  |
| Toplam | 12298,901 | 130 |  |  |  |

KT: Kareler Toplamı; Sd: Serbestlik derecesi; KO: Kareler ortalaması; F: Tek yönlü varyans analizi (ANOVA) için F-istatistiği yapıldı. \*p<0,05

Çocukların yoğun bakımda yatış süresine göre ebeveynlerin DKE puanlarındaki farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek amacı ile Tukey testi yapıldı (Tablo 16). Test sonucunda çocukları yoğun bakımda 8 gün ve daha fazla yatan ebeveynlerin DKE puanlarının, çocuğu yoğun bakımda 2-3 gün ve 4-5 gün yatan ebeveynlere göre daha düşük olduğu belirlendi.

**Tablo 16.** Çocukların yoğun bakımda yatış süresine göre ebeveynlerin DKE puanları arasındaki farkın Tukey testi sonuçları

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **(I) Yatış Süresi** | **(J) Yatış Süresi** | **Ortalamalar Farkı (I-J)** | **Std. Hata** | **p** | **95% güven aralığı** |
| **Alt** | **Üst** |
| 2-3gün | 4-5gün | -0,58170 | 2,12059 | 0,993 | -6,1024 | 4,9390 |
| 6-7gün | 2,13889 | 2,71636 | 0,860 | -4,9328 | 9,2106 |
| 8 gün ve üzeri | 6,80556 | 2,08677 | **0,008\*** | 1,3729 | 12,2382 |
| 4-5gün | 2-3gün | 0,58170 | 2,12059 | 0,993 | -4,9390 | 6,1024 |
| 6-7gün | 2,72059 | 2,82927 | 0,771 | -4,6451 | 10,0862 |
| 8 gün ve üzeri | 7,38725 | 2,23176 | **0,007\*** | 1,5772 | 13,1974 |
| 6-7gün | 2-3gün | -2,13889 | 2,71636 | 0,860 | -9,2106 | 4,9328 |
| 4-5gün | -2,72059 | 2,82927 | 0,771 | -10,0862 | 4,6451 |
| 8 gün ve üzeri | 4,66667 | 2,80401 | 0,347 | -2,6332 | 11,9665 |
| 8 gün ve üzeri | 2-3gün | -6,80556 | 2,08677 | **0,008\*** | -12,2382 | -1,3729 |
| 4-5gün | -7,38725 | 2,23176 | **0,007\*** | -13,1974 | -1,5772 |
| 6-7gün | -4,66667 | 2,80401 | 0,347 | -11,9665 | 2,6332 |

KT: Kareler Toplamı; Sd: Serbestlik derecesi; KO: Kareler ortalaması; F: Tek yönlü varyans analizi (ANOVA) için F-istatistiği yapıldı. \*p<0,05

Çocukların tıbbi teknoloji desteği alma durumlarına gör ebeveynlerin DKE puanlarının karşılaştırılması Tablo 17’de gösterilmiştir. Buna göre çocukların MV desteği alıp almaması, invaziv MV desteği uygulanma yolu ve beslenme yöntemine göre ebeveynlerin DKE puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktu (p>0,05).

**Tablo 17.** Çocukların tıbbi teknoloji desteği alma durumlarına göre ebeveynlerin DKE puanlarının karşılaştırılması

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tıbbi Teknoloji Desteği Alma Durumları** | **Sayı (n)** | **x̄** | **Test** |
| **t** | **Sd** | **p** |
| **Çocuğun MV Desteği Alma Durumu** |  |  |  |  |  |
| Evet  | 55 | 52,93 | 0,212 | 129 | 0,832 |
| Hayır | 50 | 52,56 |
| **Çocuğun İnvaziv MV Yolu** |  |  |  |  |  |
| Trakeostomi | 23 | 51,52 | -0,992 | 129 | 0,325 |
| Endotrakeal | 43 | 54,02 |
| Hayır | 50 | 52,56 |
| **Çocuğun Beslenme Yöntemleri** |  |  |  |  |  |
| Oral  | 15 | 54,93 | -0,856 | 129 | 0,394 |
| Enteral  | 116 | 52,64 |

 x̄: Aritmetik ortalama; t: Bağımsız iki grup karşılaştırmasında t testi; Sd: Serbestlik derecesi.

1. **TARTIŞMA**

 Çocuğun ÇYBÜ’de bulunması, ebeveynlerin her ikisini etkilemekle birlikte, özellikle anneler, diğer çocuklarına yeterince ilgi gösteremedikleri, eşleriyle ilişkilerde sorunlar yaşadıkları veya aile içindeki sorumluluklarını yerine getiremedikleri gibi durumlar nedeniyle daha fazla kaygı yaşayabilirler (Oğul, 2019). Araştırmalar, annelerin kaygı düzeylerinin babalara kıyasla genellikle daha yüksek olduğunu göstermektedir (Çalışır ve diğerleri, 2008; Kampouroglou ve diğerleri, 2020). Bunun nedeni, annelerin bakım verme sorumluluğunu daha fazla hissetmesi ve çocuklarının yanında daha uzun süreler boyunca bulunması olabilir. Araştırmalarda elde edilen bulguların aksine bu çalışmada ebeveynlerin cinsiyetine göre kaygı puanları arasında bir fark bulunmamıştır.

Yapılan çalışmalarda ebeveyn yaşının kaygıyı etkilemediği tespit edilmiştir (Alaradi, 2014; Pan ve diğerleri, 2024). Bu çalışmada ebeveynin yaş grubuna göre kaygı puanları arasındaki fark bulunmuştur. Buna göre 19-24 yaş arası ebeveynlerin, 25-32 yaş arası ebeveynlerden; 40-46 yaş grubunun ise 25-32 yaş grubundan daha kaygılı olduğu tespit edilmiştir. Genç yaş grubundaki bireylerin daha fazla kaygı yaşamalarının nedenleri, ebeveynlik rolüne yeni geçiş yapmaları, özellikle yoğun bakım gibi karmaşık ortamlarda bu süreci daha zor geçirmeleri ile ilişkili olabilir. Diğer yandan ileri yaş grubunda olan ebeveynlerin kaygı düzeyinin daha yüksek olmasının sebebi ise çocuklarının sağlığına yönelik risklerin daha fazla farkında olmaları, uzun dönemli sonuçlarını öngörebilmeleri veya başka yaşam sorumluluklarıyla da baş etmek zorunda kalmaları ile ilişkili olabilir.

 Çocuğun yoğun bakım ünitesinde bulunması, ebeveynlerde yüksek düzeyde kaygı yaratabilmektedir (Cabuk ve Kostanoğlu, 2020). Bu durumun en temel nedenleri, hastalığın sonuçlarına ilişkin belirsizlik ve yoğun bakım ortamının yarattığı duygusal yük olarak gösterilmektedir (Oğul, Çalışkan ve Kocaöz, 2022). Çalışmamızda kronik hastalığı olan çocukların ebeveynlerinin daha az, kronik hastalığı olmayanların ebeveynlerinin daha fazla kaygı yaşadığı görülmektedir.

ÇYBÜ’de uygulanan teknolojik ve tıbbi işlemlerin karmaşıklığı, monitörlerin veya ventilatörlerin sesleri, mekanik ventilatör gibi cihazların varlığı, çocuğun durumu hakkında yetersiz bilgiye sahip olmaları ebeveynlerin kaygı düzeylerini artıran başlıca faktörlerdir (Upadhyay ve Parashar, 2022). Bu çalışmada çocuklara mekanik ventilasyon uygulanma durumuna göre ebeveynlerin kaygı düzeylerinde önemli bir fark oluşmamıştır.

Ebeveynlerin yaşadığı psikolojik sıkıntılar, çocuklarının klinik prognozunun yanı sıra yoğun bakım ünitesindeki deneyimleri ile de ilişkili olabilir. Ebeveynlere anlayabilecekleri bir şekilde tıbbi ekipmanların ve prosedürlerin açıklanması, onların kaygı düzeylerini önemli ölçüde azaltabilir (Upadhyay ve Parashar, 2022). Ebeveynlerin psikolojik sıkıntılarının derecesi, aynı zamanda sosyoekonomik düzey ile ilişkili olabilir. Düşük sosyoekonomik düzeydeki ebeveynlerde, kaygı gibi psikolojik sorunların daha sık görüldüğü saptanmıştır (Gouvernet ve Bonierbale, 2022). Fakat bu çalışmada ebeveynlerin gelir düzeyine göre kaygı puanları arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Bunun sebebinin ebeveynlerin başka ailesel veya bireysel özellikleri ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Önceki çalışmalarda ebeveynlerin çocuk sayısının kaygı düzeyleri ile ilişkili olup olmadığı konusunda farklı sonuçlar elde edilmişitr. Babaroğlu ve Yılmaz’ın (2023) 167 çocuğun ebeveyniyle yaptığı çalışmada, 1-2 çocuğa sahip ebeveynlerin daha kaygılı olduğu tespit edilmiştir. Yapılan başka bir çalışmada çocuk sayısının ebeveynin kaygısı üzerinde bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir (Şahinöz, 2020). Çalışmamızda da Şahinöz’ün 2020’de yaptığı çalışmasıyla benzer olarak ebeveynlerin sahip olduğu çocuk sayısına göre kaygı düzeyi arasında bir fark saptanmamıştır.

Daha önceki yoğun bakım deneyiminin kaygıyı azaltıcı etkisinin olabileceği bilinmektedir. Ebeveynlerin çocuklarının daha önceki yoğun bakım deneyiminin kaygıya etkisini araştıran çalışmalarda farklı bulgular elde edilmiştir. Bir çalışmada ilk kez yoğun bakım ünitesine yatan çocukların ebeveynlerinin, daha önce yoğun bakım deneyimi olanların ebeveynlerinden daha kaygılı olduğu tespit edilmiştir (Kumar ve Avabratha, 2015). Fakat, ebeveynlerin daha önceki yoğun bakım yatışı ile ilgili deneyimlerden dolayı yaşadıkları olumsuzlukları hatırladıkları ve sürecin zorluğunu bildikleri için kaygıları daha fazla olabilir (Aamir ve diğerleri, 2014; Debelic ve diğerleri, 2022; Ramírez ve diğerleri, 2018). Çalışmamızda daha önce çocuğu yoğun bakımda yatmamış olan ebeveynlerin kaygı düzeyi daha yüksek bulunmuş olup Kumar ve Avabratha’nın (2015) çalışmasıyla paralellik göstermektedir.

Yoğun bakım ünitesindeki süreçte ebeveynlerin yaşadığı kaygının çocukların iyileşme sürecine de dolaylı etkileri olabileceği vurgulanmaktadır (Cabuk ve Kostanoğlu, 2020). Özellikle artan kaygı düzeyi, ebeveynlerin tıbbi bilgileri yanlış yorumlamasına veya karar alma süreçlerinde zorluk yaşamasına neden olabilir (Upadhyay ve Parashar, 2022). Bu çalışmada kronik hastalığı olmayan, akut durumlar nedeniyle ÇYBÜ’de yatan çocukların ebeveynlerinin daha kaygılı olduğu tespit edilmiştir. Başlangıçta yüksek olan kaygı düzeyi, sağlık personelinin ebeveyn ile kurduğu etkili iletişim sayesinde zamanla azalabilir (Carlson ve diğerleri, 2018). Bu bağlamda, ebeveynlerin düzenli olarak bilgilendirilmesi ve onlara duygusal destek sağlanması oldukça önemlidir.

Hastaneye yatışın başında kaygı, çocuğun durumu, tedavi ve komplikasyonlarla ilgili belirsizlikle ilişkilidir. Süreç ilerledikçe ise kaygı daha çok akut hastalığın kronikleşmesi ve uzun vadeli sonuçlarına dair endişeye dönüşür (Debelic ve diğerleri, 2022). ABD’de yapılan geniş çaplı bir çalışmada ruh hali bozuklukları için reçeteli ilaç kullanım ihtiyacının, çocuğun ÇYBÜ’de kalış süresiyle doğru orantılı olarak arttığı bulunmuştur (Logan ve diğerleri, 2020).

Çalışmamızda çocuğun tanısına göre ebeveynlerin kaygı puanları arasında fark yoktu. Fakat, Glaskow puanı düşük olan çocukların ebeveynlerinin kaygı puanı daha yüksekti. Açıkgöz ve diğerlerinin (2019) yaptığı çalışmada, kronik hastalığa sahip çocukların ebeveynlerinin orta düzeyde kaygıya, akut hastalığı olan çocukların ebeveynlerinin ise yüksek düzeyde kaygıya sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada benzer şekilde kronik hastalığa sahip olan çocukların kaygı puanlarının, akut gelişen hastalıklara sahip çocukların kaygı puanına göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Akut gelişen sorunlar ya da durumlarda ebeveynlerin daha kaygılı olmasının sebebinin öncelikle çocuklarında beklenmedik ciddi, hatta hayatı tehdit eden bir durum gelişmesiyle yoğun bakımda yatmasının yarattığı şok ve sonrasında gelişebilecek olası olumsuz sonuçlarla ilişkili beklentiler olabilir.

Yapılan bir çalışmada hastaneye yatışın ilk günlerinde yaşanan korku ve kaygının, çocuğun hayati durumu, cerrahi işlemler ve komplikasyonlara dair belirsizliklerden kaynaklandığı ve süreç ilerledikçe bu duyguların devam ettiği ancak daha çok çocuğun uzun vadeli sağlığı ve geleceğine dair endişelere dönüştüğü tespit edilmiştir (Grandjean ve diğerleri, 2021). Bu çalışmada çocukları yoğun bakımda 8 gün ve daha uzun süre yatan ebeveynlerin kaygısının, çocuğu yoğun bakımda daha kısa süre yatan ebeveynlerin kaygısına göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamız ve diğer çalışmaların sonuçlarından yola çıkarak yoğun bakımda ebeveynin ilk şok hali, akut durumlar ve yoğun bakımda yatılan gün sayısı arttıkça kazanılan deneyimlerin, ebeveynleri rahatlatabileceği ve ÇYBÜ ortamında daha etkili baş etme yolları geliştirmelerini sağlayabileceği öne sürülebilir.

**5.3. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Bu araştırmaya ilişkin bazı sınırlılıklar bulunmaktadır. Araştırmanın örneklemi Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi 0-18 yaş grubu dahil edilme kriterlerine uyan çocukların ebeveynleri ile sınırlıdır. Araştırmada kullanılan ölçekler ailelerin kendi bildirimleri ile doldurulmuştur. Ancak bazı ebeveynler veri toplama formlarını doldururken zamanının kısıtlı olduğunu belirttiği için anket ve ölçek maddelerini okurken acele etmiş olabilir. Bu durum cevaplarını etkilemiş olabilir.

**6. SONUÇ VE ÖNERİLER**

* 1. **Sonuçlar**

Pediatrik yoğun bakım ünitesinde yatan 0-18 yaş grubu tıbbi teknolojiye bağımlı çocukların ebeveynlerin kaygı düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada;

* Yoğun bakımda çocuğu yatan 19-24 grubundaki ebeveynlerin, 25-32 yaş grubundaki ebeveynlere göre kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu,
* Çocuğunu ziyaret eden ebeveynlerin kaygı düzeyleri ile hiç ziyaret etmeyenler arasında kaygı düzeyleri arasında fark olmadığı,
* Kronik hastalığı olan çocukların ebeveynlerinin, akut durumlar nedeniyle yatan çocukların ebeveynlerine göre kaygı düzeylerinin daha düşük olduğu,
* İnvaziv mekanik ventilasyon desteği alan çocukların ebeveynlerinin kaygı düzeyleri ile bu desteği almayan çocukların ebeveynlerin kaygı düzeyleri arasında fark olmadığı,
* Sekiz günden daha uzun süre yoğun bakımda yatan çocukların ebeveynlerinin kaygı düzeylerinin daha az süre yatan çocukların ebeveynlerine göre daha düşük olduğu,
* Koma puanı düşük olan çocukların ebeveynlerinin kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.
	1. **Öneriler**

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

* Yoğun bakım ünitesinde yatan çocukların ebeveynlerine gereksinimleri doğrultusunda çocuğun genel durumu, tedavi ve bakım uygulamaları, tıbbi ekipman ve işlemler hakkında sürekli, anlaşılır ve yeterli bilgilendirme yapılması,
* Yoğun bakım sürecinde ebeveynlerin kaygılarının azalması konusunda hemşireler tarafından duygusal destek sağlanması,
* Yoğun bakıma yeni yatan çocukların ebeveynlerine daha sık bilgilendirme ve duygusal destek sağlanması,
* Yoğun bakıma yeni yatan çocukların ebeveynlerinin yoğun bakımda çocuklarını daha sık ziyaret etmelerinin sağlanması,
* Genç ebeveynlere yoğun bakım süreci hakkında daha fazla bilgi ve destek sağlanması önerilebilir.

**KAYNAKLA****R**

Aamir, M., Mittal, K., Kaushik, J. S., Kashyap, H., & Kaur, G. (2014). Predictors of stress among parents in pediatric intensive care unit: A prospective observational study. *Indian Journal of Pediatrics, 81*(9), 1167–1170.

Açıkgöz, A., Ezen, M., Söngüt, S., Ulukuş, A., & Emir, B. (2019). Çocuğu hastanede yatan annelerde anksiyete ve depresif belirtilerin değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (3), 373-382.

Akçay, K., Suluhan, D., Kesik, G., Uzunoğlu, K., Kartal, E., & Şahna, A. (2020). Nursing practices in enteral nutrition. *Clinical Science of Nutrition*, *2*(1), 1-14.

Aksoy, F., & Bayram, Ş. B. (2024). Periferik intravenöz kateter ilişkili komplikasyonların bakımında lokal sıcak ve soğuk uygulamaların etkisi: Sistematik derleme. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, *40*(3), 473-485.

Alzawad, Z., Lewis, F. M., Kantrowitz-Gordon, I., & Howells, A. J. (2020). *A qualitative study of parents’ experiences in the pediatric intensive care unit: Riding a roller coaster. Journal of Pediatric Nursing, 51,* 8–14. doi:10.1016/j.pedn.2019.11.015

Alaradi, M. I. (2014). *"Predictors of uncertainty, stress, anxiety, and depressive symptoms of parents of preterm infants in the neonatal intensive care unit.".* Electronic Theses and Dissertations. Paper 25. https://doi.org/10.18297/etd/25

Arı, H. F., Bahçeci, N. B., Başpınar, H., Turhan, M., Arı, M., & Keskin, A. (2024). Çocuk Yoğun Bakım Hastalarının Trakeostomi Uygulama Etyolojileri ve Klinik Değerlendirilmesi: Retrospektif Çalışma. *Akdeniz Tıp Dergisi*, *10*(2), 248-255.

Ayyıldız, D., & Seki Öz, H. (2024). Çocuğu Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Ebeveynlerin Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeyleri. Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Ve Araştırmaları Dergisi, 6(2), 223-232. <https://doi.org/10.46413/boneyusbad.1399437>

Boztepe, H., Yıldız, G. K., Çınar, S., Ay, A. (2019). Çocuğu hastanede yatan ebeveynlerin aile merkezli bakım alma durumlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *10*(4), 748-755.

Board, R., & Ryan-Wenger, N. (2003). Stressors and stress symptoms of mothers with children in the PICU. Journal of pediatric nursing, 18(3), 195-202.

Brenner, M., Alexander, D., Quirke, M. B., Eustace-Cook, J., Leroy, P., Berry, J., ... & Masterson, K. (2021). A systematic concept analysis of ‘technology dependent’: challenging the terminology. *European Journal of Pediatrics*, *180*(1), 1–12. <https://doi.org/10.1007/s00431-020-03737-x>

Coşkun, Y., Akkaş, G. (2009). Engelli çocuğu olan annelerin sürekli kaygı düzeyleri ile sosyal destek algıları arasındaki ilişki. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*,*10*(1), 213-227.

Çabuk, B. (2017). Çocuk yoğun bakımdaki refakatçi annelerin kaygı, depresyon ve yaşam kalitesinin incelenmesi (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Cabuk, B., & Kostanoğlu, A. (2020). Anxiety, depression and health profile in mothers with children in the pediatric intensive care unit. *Anxiety,* *8*(2), 150–155.

Çalışır, H., Şeker, S., Güler, F., Anaç, G. T., & Türkmen, M. (2008). The anxiety levels and needs of infants’ parents in a neonatal intensive care unit. *Cumhuriyet University Nursing Journal*, *12*(1), 31–44.

Çalışkan Z, Oğul G. (2019). *Çocuğu yoğun bakım ünitesinde yatan annelerin gereksinimlerinin, kaygı düzeylerinin ve başetme tarzlarının belirlenmesi*,Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi,Nevşehir.

Çelik, Ş., & Avşar, G. (2021). Periferik İntravenöz kateter Uygulamasında Hemşirelik Bakımı: Kanıta dayalı uygulamalar. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, *3*(3), 177-182.

Debelić, I., Mikolčić, A., Tihomirović, J., Barić, I., Lendić, Đ., Nikšić, Ž., Šencaj, B., & Lovrić, R. (2022). Stressful Experiences of Parents in the Paediatric Intensive Care Unit: Searching for the Most Intensive PICU Stressors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(18), 11450. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811450>

Demiroğlu, S., & Bülbül, E. (2021). Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların depresyon, anksiyete, stres durumları ve diyaliz semptomlarıyla ilişkisi/the relationship of patients receiving hemodialysis with depression, anxiety, stress conditions and dialysis symptoms. Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 16(3), 124-133.

de Souza Esteves, J., da Silva, L. F., Santos da Conceição, D., & Dórea Paiva, E. (2015). Families' concerns about the care of children with technology-dependent special health care needs. *Investigacion y Educacion en Enfermeria*, *33*(3), 547–555. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v33n3a19>

Didişen, N. A., Özdemir, H. N. Ç., & Keskin, E. (2017). Teknolojiye bağımlı çocuk ve evde bakım.

Doğanay, Ö. (2022). *Yoğun bakım hastalarında enteral beslenmenin kesilmesine neden olan faktörler* ,Yüksek Lisans Tezi,Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Biruni Üniversitesi,İstanbul

Dusak, İ., & Tosun, N. (2023). Nazogastrik tüp yoluyla enteral beslenme uygulanan yoğun bakım hastalarında bakım paketi uygulamasının enteral beslenme komplikasyonları ve bazı beslenme parametrelerıne etkisi.

Egbuta, C., & Mason, K. P. (2021). Current state of analgesia and sedation in the pediatric intensive care unit. Journal of Clinical Medicine, 10(9), 1847.

Eskimez, Z., Tosunöz, İ. K., Keskin, A., Kurt, E., Paydas, S., & Kaya, B. (2021). Hemodiyaliz tedavisi uygulanan kronik böbrek yetmezliği hastalarında hemşirelik tanıları. *Sağlık Akademisi Kastamonu*, *6*(2), 29-44.

Grandjean, C., Ullmann, P., Marston, M., Maitre, M. C., Perez, M. H., Ramelet, A. S., & OCToPuS Consortium. (2021). Sources of stress, family functioning, and needs of families with a chronic critically ill child: a qualitative study. *frontiers in pediatrics*, *9*, 740598.

Gürbüz S. (2024). T*eknolojiye bağımlı çocuğu olan ebeveynlerin bakım yükü ve psikolojik dayanıklıkları arasındaki ilişkinin incelenmesi,*Yüksek Lisans Tezi,Sağlık Bilimleri Enstitüsü,İzmir Katip Çelebi Üniversitesi,İzmir.

Gouvernet, B., & Bonierbale, M. (2022). Socioeconomic determinants of parental anxiety and depression in critical care contexts. *International Journal of Social Psychiatry, 68*(3), 224–234.

Gökalp, G. (2019). Çocuk acil servisine başvuran özel bakım gerektiren çocukların değerlendirilmesi. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *5*(1), 1342-1350.

Gök, F., & Yurtseven, F. (2022). Yoğun bakım ünitesinde mekanik ventilatör desteği alan hastanın hemşirelik bakımı. *MAS Journal of Applied Sciences*, *7*(2), 528-536.

Gulla, K. M., Sahoo, T., & Sachdev, A. (2020). Technology-dependent children. *International Journal of Pediatrics and Adolescent Medicine, 7*(2), 64–69. <https://doi.org/10.1016/j.ijpam.2019.07.006>

Hagstrom, S. (2017). Family stress in pediatric critical care. *J Pediatr Nurs. 32,* 32-40. doi: 10.1016/j.pedn.2016.10.007.

Hakan, K. (2012). Yöneticilerde durumluluk kaygısının otomatik düşünceler üzerindeki etkisinin incelenmes.*Social Sciences, 7*(4), 244-258

Hickey, S., Sankari, A., & Giwa, A. (2024). Mechanical ventilation. *StatPearls*.

Hill Carrie A. (2018).*How family- centered care and being a good parent impacts parent experiences in the pediatric intensitive care*, PhD Thesis, University of North Carolina at Chapel Hill 80-89.

Hill, C., Knafl, K. A., & Santacroce, S. J. (2018). Family-Centered Care From the Perspective of Parents of Children Cared for in a Pediatric Intensive Care Unit: An Integrative Review. Journal of Pediatric Nursing, 41, 22–33. doi:10.1016/j.pedn.2017.11.007

 Holditch Davis D , Miles MS. (2000). Mothers’ stories about their experiences in the neonatal intensive care unit. *Neonatal Network, 19*(3), 13-21.

İsbir, C., Çolak, Ş., Taşan, L., & Naycı, A. (2023). İnfant ve Çocuklarda Kaflı/Kafsız Trakeostomi Kanül Kullanımının Erken Dönem Sonuçlarının Değerlendirilmesi.

Jachimiec JA, Obrecht J, Kavanaugh K. (2015). Interactions between parents of technology-dependent children and providers: an integrative review. *Home Healthcare Now,* *33*(3), 155-166.

Kaya, P., & Doğan, S. D. (2025). Kolostomi İle Yaşayan Bireylerin Beslenmeye İlişkin Deneyimleri: Nitel Bir Çalışma. *YOBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, *6*(1), 67-76.

Küçükoğlu, S. İ. B. E. L., Aytekin, A. Y. N. U. R., & Gülhaş, N. F. (2015). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin gereksinimlerinin belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, *12*(3), 182-188.Leske JS. Interventions to decrease family anxiety. *Critical Care Nurse* 2002; 22:61-65.

Kampouroglou, G., Velonaki, V. S., Pavlopoulou, I., Drakou, E., Kosmopoulos, M., Kouvas, N., ... & Tsoumakas, K. (2020). Parental anxiety in pediatric surgery consultations: the role of health literacy and need for information. *Journal of pediatric surgery*, *55*(4), 590-596.

Logan, G.E.; Sahrmann, J.M.; Gu, H.; Hartman, M.E. Parental Mental Health Care After Their Child’s Pediatric Intensive Care Hospitalization. Pediatr. Crit. Care Med. 2020, 21, 941–948

Maxwell KE, Stuenkel D, Saylor C. (2007). Needs of family members of critically ill patients: A comparison of nurse and family perceptions. *Heart Lung,* *36*(5), 367-76. <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2007.02.005>

Mazlum, A. Y. A. N. (2024). OSTOMİSİ OLAN ÇOCUĞUN HEMŞİRELİK BAKIMI. *SAĞLIK & BİLİM 2024: Çocuk Cerrahi Hemşireliği ve Bakım Uygulamaları-II*, 129.

Mazurek, P. K., & Aftyka, A. (2025). Post intensive care syndrome in paediatrics PICS-p: symptoms, severity and prevalence. Nursing in the 21st Century, 24(1 (90) Ahead of Print).

Molter NC. (1979). Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart Lung, 8*, 332-9

Murat, S., Özkurt, S., & Çavuşoğlu, Y. (2022). Optimal Farmakolojik Tedaviye Dirençli Kronik Ciddi Konjesyonu Bulunan İleri Evre Kalp Yetersizliğinde Periton Diyalizi. *Archives of the Turkish Society of Cardiology/Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, *50*(3).

Oliveira, L. D. D. A. (2024). Associação entre o processo de cuidado em nutrição e síndrome pós-cuidados intensivos? Pediatria (PICS-P) em sobreviventes da doença grave.

Okido, A. C. C., Cunha, S. T. D., Neves, E. T., Dupas, G., Lima, R. A. G. D. (2016). Technology-dependent children and the demand for pharmaceutical care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *69*(4), 718-724.

Ovacık, N. (2012). *Çocuk yoğun bakım ünitesinde çocuğu yatan ebeveynlerin tanımladığı gereksinimlerin hemşire ve hekimler tarafından algılanması*. Yüksek Lisans Tezi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin Üniversitesi,Mersin.

Özyazıcıoğlu N, Tüfekci FG. (2009). Yenidoğan yoğun vakım ünitesinde bebekleri bakım alan annelerin kaygı ve umutsuzluk düzeylerini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,* *12*(4), 66-73.

Pitch, N., Shahil, A., Mekhuri, S., Ambreen, M., Chu, S., Keilty, K., ... & Amin, R. (2023). Caring for children with new medical technology at home: parental perspectives. BMJ paediatrics open, 7(1), e002062.

Pollack, M. M., Holubkov, R., Funai, T., Clark, A., Berger, J. T., Meert, K., ... & Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Collaborative Pediatric Critical Care Research Network. (2014). Pediatric intensive care outcomes: development of new morbidities during pediatric critical care. *Pediatric Critical Care Medicine*, *15*(9), 821-827.

Price, J., McCloskey, S., Brazil, K. (2018). The role of hospice in the transition from hospital to home for technology‐dependent children- A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, *27*(1-2), 396-406.

Ramírez, M.; Navarro, S.; Clavería, C.; Molina, Y.; Cox, A. Estresores Parentales En Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Rev. Chil. Pediatría 2018, 89, 182–189.

Rennick JE, St-Sauveur I, Knox AM, Ruddy M. Exploring the experiences of parent caregivers of children with chronic medical complexity during pediatric intensive care unit hospitalization: an interpretive descriptive study. BMC Pediatr. 2019 Aug 6;19(1):272. doi: 10.1186/s12887-019-1634-0. PMID: 31387555; PMCID: PMC6683527.

Selekwa, M., Maina, I., Yeh, T., Nkya, A., Ncogoza, I., Nuss, R. C., ... & Xu, M. J. (2023). Tracheostomy care quality improvement in low-and middle-income countries: A scoping review. PLOS Global Public Health, 3(11), e0002294.

Sobotka, S. A., Agrawal, R. K., & Msall, M. E. (2017). *Prolonged hospital discharge for children with technology dependency: a source of health care disparities. Pediatric annals, 46(10), e365-e370. Annals*, 46(10), e365-6

ousa, F. P., & Curado, M. A. S. (2023). Parental stress in the neonatology unit-The influence of hospital stay length and neonatal unit differentiation. Journal of Neonatal Nursing, 29(3), 506-510.

Söğütlü, Y. (2023). Çocuk acil servisten çocuk yoğun bakım ünitesine yatırılan veya dış merkeze sevk edilen kritik hastaların incelenmesi: 5 yıllık tek merkez deneyimi. *Pediatric Practice and Research*, *11*(3), 220-223.

Stremler, R., Haddad, S., Pullenayegum, E., & Parshuram, C. (2017). Psychological outcomes in parents of critically ill hospitalized children. *Journal of Pediatric Nursing*, *34*, 36-43.

Sullivan, L. M. (2023). *Essentials of biostatistics in public health*. Jones & Bartlett Learning.

Spratling, R. (2015). Defining technology dependence in children and adolescents. *Western Journal of Nursing Research*, *37*(5), 634–651. <https://doi.org/10.1177/0193945914526002>

Şahinöz, A. (2020). Annelerin Bebeklik Döneminde Gelişime İlişkin Bilgi ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Pediatric Disease*, *14*(3), 249-257.

Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2013). Using multivariate statistics (Sixth Edition). USA: Pearson Education Limited.

Tekerek, N. Ü., Dursun, A., Akyıldız, B. N. (2017). Çocuklarda Ev Tipi Mekanik Ventilasyon Uygulamaları: Erciyes Üniversitesi Deneyimi.  *Türk Yogun Bakim Dernegi Dergisi*, *15*(1), 25-33.

Toly, V. B., Blanchette, J. E., Al-Shammari, T., & Musil, C. M. (2019). Caring for technology-dependent children at home: problems and solutions identified by mothers. Applied Nursing Research, 50, 151195.

Toly, V. B., & Musil, C. M. (2015). Factors related to depressive symptoms in mothers of technology-dependent children. *Issues in Mental Health Nursing*, *36*(7), 518-527.

Upadhyay, V., & Parashar, Y. (2022). A study of parental stressors, financial issues as stress factor, and the coping strategies in the PICU. *Indian Journal of Pediatrics, 89*(6), 563–569. doi: 10.1007/s12098-021-04003-0. Epub 2022

Yaman, H. (2014). Ortaokul öğrencilerinin genel kaygı düzeyleri, yazma kaygıları ve Türkçe dersine yönelik tutumları arasındaki ilişki. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri,* *14*(3), 1111-1122.70-77).

Tippayawong, P., & Chaiyakulsil, C. (2022). Incidence and associated factors of pediatric post-intensive care syndrome using the VSCAREMD model. *Acute and Critical Care*, *37*(4), 627.

Walter, K. (2021). Mechanical ventilation. *Jama*, *326*(14), 1452-1452.

Yurdagül, G. (2022). Stomalı hastalarda hemşire navigasyon programının uyum, yaşam kalitesi ve komplikasyonların önlenmesine etkisinin incelenmesi.

**EKLER**

**Ek 1. Ebeveyn Bilgi Formu**

Anket No: Görüşme Tarihi:

Sevgili anne-babalar;

Bu araştırma yüksek lisans eğitimi kapsamında yapılmaktadır. Aşağıdaki sorular yoğun bakımda çocuğu yatan ebeveynleri yaş, meslek, çalışma durumu vb. gibi sosyo demografik bilgileri tanımlayan sorular bulunmaktadır. Sorulara içten yanıt vermeniz araştırmanın güvenirliği açısından önem taşımaktadır. Mevcut sorulara verdiğiniz yanıtlar tarafımızca saklı tutulacak, bilimsel kullanılacaktır. İlginiz ve yardımlarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

1. Adınız-Soyadınız:
2. Çocuğa yakınlık dereceniz nedir? ( ) Anne ( ) Baba
3. Yaşınız:………………………………
4. Eğitim Durumunuz nedir?

( )1. Okur-Yazar ( )2. İlkokul mezunu ( )3. Ortaokul mezunu

( ) 4. Lise Mezunu ( ) 5. Üniversite

1. Çalışma Durumunuz nedir? ( ) 1. Çalışıyor ( )2. Çalışmıyor
2. Gelir Düzeyiniz nedir?

( ) 1. Gelir-Gidere Denk ( ) 2. Gelir giderden yüksek ( ) 3. Gelir giderden az

1. Sosyal Güvenceniz var mı? ( )1. Var ( ) 2. Yok
2. Kaç çocuğunuz var?...............................................
3. Hasta olan kaçıncı çocuğunuz? ( ) 1. Birinci ( ) 2. İkinci ( ) 3. Üçüncü ( ) 4. Dördüncü ( ) 5. Diğer (Belirtiniz)….………………
4. Hasta çocuğunuzu hiç ziyaret ettiniz mi? ( ) Evet ( ) Hayır

*Yukarıdaki soruya cevabınız “evet” ise 11, 12 ve 13. soruları doldurunuz.*

1. Çocuğunuz yattığından beri kaç kez ziyaret ettiniz? Lütfen belirtiniz…………….. kez
2. Çocuğunuzu ne sıklıkla ziyaret ediyorsunuz?

( ) Günde bir kez ( ) Günde iki kez ( ) Günde üç ve daha fazla

( )Haftada bir kez ( ) Haftada iki kez ( )Haftada üç kez ( ) Haftada dört -altı kez

( ) Diğer (belirtiniz) ………………………..

1. Çocuğun bakımına (besleme, alt temizliği vb) katılıyor musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır

**Ek 2. Çocuk Bilgi Formu**

 Anket No: Tarih:

1. Cinsiyeti ( ) Kız ( ) Erkek
2. Yaşı:………………..
3. Tıbbi Tanısı:…………………..
4. En son yaşam bulguları:

Ateş…..C, Nabız:……./dk, Solunum:………../dk, Kan basıncı……/………mmHg, SpO2: %……..

1. En son Glaskow koma puanı:………………
2. Yoğun bakım ünitesinde yatış süresi:………………….gün…………….saat
3. Kronik hastalık durumu: ( ) Var ( ) Yok
4. Daha önce yoğun bakım yatış durumu ( ) Var ( ) Yok
5. (Yattıysa) Daha önceki yatış sayısı:…………………….
6. Serbest akış oksijen desteği alıyormu? ( ) Evet ( ) Hayır
7. Mekanik ventilasyon uygulanıyor mu? ( ) Evet ( ) Hayır
8. Mekanik ventlasyon uygulanıyorsa tipi: ( ) İnvazif ( ) Non-invazif
9. İnvazif ise entübasyon yolu: ( ) Trakeostomi ( ) Endo-trakeal tüp ( ) Naso-trakeal tüp
10. Non-invazif ise ventilasyon tipi………………………
11. Damar yolu: ( ) Var ( ) Yok
12. Beslenme Yöntemi :

( ) Nazogastrik ( ) Perkütan Endoskopik Gastrostomi

( ) Nazoduedonal ( )Nazojejunal ( ) Parenteral ( ) Oral ( ) Oro-gastrik

**Ek 3. Durumluk Kaygı Envanteri**

 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.Şuanda sakinim | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 2.Kendimi emniyette hissediyorum | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 3.Şuanda sinirlerim gergin | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 4.Pişmanlık duygusu içindeyim | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 5.Şuanda huzur içindeyim | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 6.Şuanda 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.Şuanda kaygılıyım | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 10.Kendimi rahat hissediyorum | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 11.Kendime güvenim var. | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 12.Şuanda 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.Şuanda halimden memnunum | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 17.Şuanda endişeliyim | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 18.Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 19.Şuanda sevinçliyim | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 20.Şuanda keyfim yerinde | (1) | (2) | (3) | (4) |

**Ek 4.** **İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma Kurum İzin Yazısı**

****

**Ek 5. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onayı**

****

**Ek 6. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu**

**Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Tıbbi Teknolojiye Bağımlı Çocukların Ebeveynlerinin Gereksinimleri ve Kaygı Düzeyleri**

**BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (FORM 3)**

**LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!**

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

**ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?**

Sevgili anne-baba bu çalışmanın amacı çocuk yoğun bakım ünitesinde yatan herhangi bir tıbbi araç/cihaz yardımıyla bakım alan çocukların anne ve babalarının gereksinimlerinin ve kaygı düzeylerinin belirlenmesi, ayrıca gereksinimleri ile kaygı düzeyleri arasında ilişki olup olmadığının belirlenmesidir.

**KATILMA KOŞULLARI NEDİR?**

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için çocuğunuzun Çocuk Yoğun Bakım Kliniği’nde en az 48 saattir yatıyor olması, damar yoluyla ilaç tedavisi alması, solunum cihazına bağlı olması ya da oksijen tedavisi alıyor olması, tüp ile ya da damardan besleniyor olması gerekir. Sizin ise Türkçe konuşup yazabiliyor ve ruhsal bir sağlık probleminizin olmaması gerekmektedir.

**NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?**

Çalışma anket çalışması olarak yürütülecektir. Bu yüzden çocuğunuza veya size herhangi bir uygulama yapılmayacaktır. Sadece sizden belirli sorulara cevap vermeniz istenecektir. Öncelikle sizden bireysel (yaş, cinsiyet, eğitim gibi) bilgilerinizi değerlendiren Ebeveyn Bilgi Formu’nu doldurmanız istenecektir. Daha sonrasında çocuğunuzun yoğun bakımda yatması nedeniyle oluşan gereksinimlerinizi belirlemek için Çocuk Yoğun Bakım Aile Gereksinimleri Ölçeğini ve kaygınızı ölçmek için Durumluluk Kaygı Envanteri’ni doldurmanız istenecektir.

**orumluluklarım nedir?**

Çalışmada sizin sorumluluğunuz yukarıda belirtilen görüşmeler esnasında tüm sorulara eksiksiz ve samimi şekilde cevap vermenizdir.

**KATILIMCI SAYISI NEDİR?**

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 142 anne ve/veya baba olması planlanmaktadır.

**ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR?**

Bu araştırma için öngörülen süre 6 aydır.

**GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR?**

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen zamanınız yaklaşık 25-30 dakikadır.

**ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?**

Bu araştırmadan elde edilen bilgiler sizin için doğrudan bir yarar sağlamayacaktır. Yoğun bakımda yatan tıbbi teknolojiye bağımlı çocukların ebeveynlerinin gereksinimleri ve kaygısı belirlenecektir. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar daha sonraki çalışmalarda ve yoğun bakımda teknolojik araçlar yardımıyla bakım alan çocukların anne-babaları için fayda sağlayabilir.

**ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?**

Herhangi bir risk beklenmemektedir.

**HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?**

Araştırmadan ayrılmak istediğinizde araştırma dışı bırakılacaksınız.

**DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?**

Çalışmada ilave tedaviler bulunmamaktadır.

**HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?**

Araştırmayla ilgili herhangi bir zararlanma söz konusu değildir.

**ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?**

Sorumlu Araştırıcıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun ya da diğer problemleriniz için e-posta ve telefon yoluyla araştırmacı Büşra Sarıoğlu (cep tel:05543960844 e-posta: busraasarioglu@hotmail.com sorumlu araştırmacı Prof.Dr. Hüsniye Çalışır’a (cep tel: 05056807219, e-posta: hcalisir@adu.edu.tr) sorabilirsiniz.

**ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?**

Yapılacak bu araştırmanın masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

**ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR?**

Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

**ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?**

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

**ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?**

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırıcı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da çocuğunuzun tedavi ve bakımı garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, çocuğunuz ile ilgili tıbbi ve kişisel veriler ya da izinle ilgili bilgiler bilimsel amaçla kullanılmayacak ve herhangi bir yerde paylaşılmayacaktır.

**KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?**

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir.

 **Çalışmaya Katılma Onayı:**

 Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 2 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

 Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

|  |  |
| --- | --- |
| GÖNÜLLÜNÜN | İMZASI |
| ADI & SOYADI |  |  |
| **ADRESİ** |  |
| **TEL. & FAKS** |  |
| **TARİH** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin** | İMZASI |
| ADI & SOYADI |  |  |
| **ADRESİ** |  |
| **TEL. & FAKS** |  |
| **TARİH** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ | İMZASI |
| ADI & SOYADI |  |  |
| TARİH |  |

|  |  |
| --- | --- |
| GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK | İMZASI |
| ADI & SOYADI |  |  |
| GÖREVİ |  |
| TARİH |  |

**TC**

**AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BİLİMSEL ETİK BEYANI**

“Pediatrik Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Tıbbi Teknolojiye Bağımlı Çocukların Ebeveynlerinin Gereksinimleri ve Kaygı Düzeyleri” başlıklı Yüksek Lisans tezimdeki bütün bilgileri etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada, bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiz atıf yaptığımı bildiririm. İfade ettiklerimin aksi ortaya çıktığında ise her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.

 Büşra SARIOĞLU DURAN

 07/02/2025

**ÖZ GEÇMİŞ**

**KİŞİSEL BİLGİLER**

**Adı Soyadı:** Büşra SARIOĞLU DURAN

**Uyruk:** T.C.

**Doğum Yeri ve Tarihi:** Muğla/ 02.12.195

**Telefon:** 0554 396 08 44

**E-mail:** busraasarioglu@hotmail.com

**Yabancı Dil:** İngilizce

|  |  |
| --- | --- |
| **EĞİTİM BİLGİLERİ** |  |
| **Derece** | **Kurum** | **Mezuniyet tarihi** |
| **Yüksek Lisans** | Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı | 2025 |
| **Lisans** | Uşak Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü | 2013 |

**İŞ DENEYİMİ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ünvan** | **Yer/Kurum** | **Yıl** |
| Hemşire  | İstanbul/ Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi-Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi  | 2018-2023 |
| Hemşire | Manisa/Akhisar Mustafa Kirazoğlu Devlet Hastanesi  | 2023-2025 |

**SERTİFİKA**

Uşak Üniversitesi Eğitim Fakültesi Pedagojik Formasyon Sertifika Programı- 2016-2017