

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON
ANABİLİM DALI

YOĞUN BAKIMDA HASTA YAKINLARININ DURUMLUK VE
SÜREKLİ KAYGILARI İLE YAŞAM DOYUMLARI ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Dr. Salime AVCI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Mehmet KIZILKAYA

Uzmanlık Tezi
ERZURUM-2013

İÇİNDEKİLER

ONAY	III
TEŞEKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT	VI
TABLolar DİZİNİ	VII
ŞEKİLLER DİZİNİ	VIII
SİMGELER VE KISALTMA DİZİNİ	IX
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Yoğun Bakım	2
2.1.1. Yoğun bakım tanımı	2
2.1.2. Yoğun bakım ünitesinde hasta profili	2
2.1.3. Yoğun bakım ünitelerinde kullanılan hasta değerlendirme sistemleri	2
2.2. Anksiyete	5
2.2.1. Anksiyete tanımı	5
2.2.2. Anksiyete sınıflaması	6
2.2.3. Anksiyete belirtileri	6
2.2.4. Anksiyete epidemiyolojisi	7
2.2.5. Anksiyetenin nörobiyolojisi	8
2.2.6. Anksiyetenin değerlendirilmesi	11
2.3. Yaşam Doyumu	12
2.3.1. Yaşam doyumu tanımı.....	12
2.3.2. Yaşam doyumu kavramı	12
2.3.3. Yaşam doyumunun benzer kavramlarla olan ilişkisi	13
2.3.3.1. Mutluluk.....	13
2.3.3.2. Öznel iyi olma.....	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM	15
3.1. Araştırmanın Modeli	15
3.2. Çalışma Evreni –Örnekleme	15
3.3. Veri Toplama Araçları	15

3.3.1. Yaşam doyumu ölçeği.....	16
3.3.2. Durumluk ve sürekli kaygı envanteri.....	17
3.4. Verilerin Toplanması ve Analizi	22
3.4.1. Verilerin toplanması.....	22
3.4.2. Verilerin analizi.....	22
4. BULGULAR VE YORUMLAR	23
5. TARTIŞMA.....	34
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	42
KAYNAKLAR.....	44
EKLER	
Ek 1. Glasgow Koma Skoru	52
Ek 2. Durumluk Kaygı Ölçeği	53
Ek 3. Sürekli Kaygı Ölçeği.....	54
EK 4. Yaşam Doyum Ölçeği	55
EK 5 Hastaya Ait Bilgiler.....	56
EK 6. Hasta Yakınlarına Ait Kişisel Bilgiler	57

ONAYI

“Yoğun Bakımda Hasta Yakınlarının Durumluk ve Sürekli Kaygıları İle Yaşam Doyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” isimli çalışmamız Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Kurulu’nun 22.08.2011 tarih ve 295 sayılı yazısı ve Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu’nun 10.10.2011 tarih ve 9 sayılı oturumunun 97 numaralı kararı ile, Cerrahi Tıp Bilimleri Bölüm Kurulu’na yaptığımız 06.10.2011 tarih ve 187 sayılı başvuru sonrasında tez olarak uygun bulunmuş ve 28.09.2011 tarih ve 1212 sayılı yazı ile Anabilim Dalımıza bildirilmiştir.

TEŞEKKÜR

İhtisas eğitimim süresince her açıdan yetişmemde emekleri olan saygıdeğer hocalarım Sayın Prof. Dr. Hüsnü KÜRŞAD'a, Prof. Dr. Nazım DOĞAN'a, tez hocam Prof. Dr. Mehmet KIZILKAYA'ya, Prof. Dr. H. Ahmet ALICI'ya, Doç. Dr. Canan ATALAY'a, , Yrd. Doç. Dr. Mine ÇELİK'e, Yrd. Doç. Dr. Ayşenur DOSTBİL'e, Yrd. Doç. Dr. Mehmet AKSOY'a teşekkür ederim.

Tez çalışmalarım sırasında bana yardımcı olan Doç. Dr. Bülent DİLMAÇ'a, Doç. Dr. Serhat VANÇELİK'e, Yrd. Doç. Dr. Zahide KOŞAN'a teşekkür ederim.

Asistanlık eğitimim süresince her anımızı birlikte paylaştığımız asistan arkadaşlarım; Dr Ali AHISKALIOĞLU, Dr. Muhammet KARACA, Dr. Ahmet KARAKAYA, Dr. Celalettin SOYALP, Dr. Erkan ÇELİK, Dr. Zehra BEDİR, Dr. İbrahim TÖR, Dr. Murat AKTAŞ, Dr. Zülal Bostancı CAN, Dr. Bahadır ÇİFTÇİ, Dr. Emine UZUNOĞLU, Dr. Özgür KILINÇ, Dr. Mürsel EKİNCİ, Dr. Sinan ÇELİK, Dr. Ahmet KACIROĞLU, Dr. Murat YAYIK, Dr. Ufuk DEMİR'e; aramızdan ayrılan Uz. Dr. Ayşenur COŞKUN, Uz. Dr. Fesih KARA, Uz. Dr. Mehmet ÇOMEZ, Uz. Dr. İrem ATEŞ'e, anestezi teknisyen arkadaşlarıma, klinik sekreterimiz Fatih USLU'ya, ameliyathane-yoğun bakım hemşire ve personeline de teşekkür ederim.

Beni yetiştiren, her zaman destekleyen, üzerimdeki haklarını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim başta annem ve babam olmak üzere tüm aile fertlerime sonsuz teşekkür ederim.

Her anımda yanımda olan, her güçlüğü yenmemde bana destek olan, sonsuz sabrı ve fedakârlıkları için eşim Dr. Mahmut AVCI'ya ve hayatıma anlam katan canım oğullarım Enes ve Esad'a teşekkür ederim.

Dr. Salime AVCI

ÖZET

Çalışmamızda, Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği ve Yaşam Doyumu Ölçeği kullanarak yoğun bakım hastalarının yakınlarında durumluk-sürekli kaygılarının yaşam doyumları üzerindeki etkisini incelemek ve hasta yakınlarının durumluk-sürekli kaygıları ve yaşam doyumlarının yaş, cinsiyet, öğrenim, iş ve yakınlık durumları, hastalarının durumları, hastaları hakkında aldıkları bilginin sıklığı ve yeterliliği gibi faktörlerle ilişkisini ve görülme sıklığını belirlemeyi ayrıca yoğun bakım hastalarımızı tedavi ederken bu sürecin hasta yakınlarını psikolojik olarak etkileyip etkilemediğini görmeyi ve eğer etkileniyorlarsa yoğun bakım hekimlerinin dikkatini bu konuya çekmeyi amaçladık.

Yoğun Bakım Ünitesi'nde tedavi gören hastası olan, 14 yaş ve üzerinde 331 hasta yakını çalışmaya dahil edildi. Hastaların sosyodemografik bilgileri (yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu YBÜ'e yatış sebepleri, GKS, değerleri kaydedildi. Hasta yakınlarının sosyodemografik bilgileri (yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim ve iş durumu) ile hastası hakkında verilen bilginin verimliliğini sorgulayan ve Yaşam Doyumu ölçeği ile Durumluk ve Sürekli Kaygı ölçeği'ni içeren anket formunu doldurmaları sağlandı.

Sürekli kaygı ölçeği puanlarının hasta yakınlarının eğitim düzeyleri değişkenine göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlı bulundu. ($F=5,029$; $p<0,00$). Yaşam doyumunu ölçeği puanlarının hasta yakınlarının eğitim düzeyleri değişkenine göre grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi ($F=2,305$; $p<0,00$).

Yaşam doyumunu ölçeği puanlarının Glasgow Koma Skalası değişkenine göre anlamlı nörolojik hasar ile hafif nörolojik hasar grubu arasında hafif nörolojik hasar grubu lehine $p<0,001$ düzeyinde; orta nörolojik hasar grubu ile hafif nörolojik hasar grubu arasında hafif nörolojik hasar grubu lehine $p<0,01$ düzeyinde gerçekleştiği saptandı. Hasta yakınlarından çalışmayanların, çalışanlara göre sürekli kaygıları daha fazla tespit edildi ($p<0,01$). Hasta yakınlarının durumluk kaygıları erkeklerde daha fazla bulundu ($p<0,01$). Sürekli kaygının, hasta yakınlarının yaşam doyumlarını yüksek düzeyde açıklama gücüne sahip olduğu görüldü. Hasta yakınlarının yaşam doyumları ile durumluk kaygıları arasında ($p<0,05$) pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki saptandı.

ABSTRACT

This study aims to examine effect of state-trait anxiety of relatives of the intensive care patients on their life satisfaction by using State-Trait Anxiety Scale and Life Satisfaction Scale and establish correlation between state-trait anxiety and life satisfaction of relatives of patients in intensive care and factors such as age, gender, education, profession and level of relation, condition of patients, frequency and adequacy of information received about their patients, also understand whether or not treatment given to intensive care patients psychologically influences the relatives of patients and if they are influenced, and direct attention of intensive care physicians to this matter.

331 relatives of patients treated at intensive care unit above the age of 14 were included in this study. Socio-demographic data of patients (age, gender, marital status, level of education) reasons for acceptance to ICU, GKS values were recorded. It was ensured that patient relatives filled out a questionnaire form containing socio-demographic data (age, gender, marital status, education and occupation) and inquiring efficiency of the information received about one's patient and including Life Satisfaction scale and State-Trait Anxiety Scale.

Difference in trait anxiety scale scores according to education level of patient relatives was found statistically significant. ($F=5,029$; $p<0,00$). Difference between arithmetic means of groups according to education level variable of the patient relatives of the life satisfaction scale scores was found statistically significant ($F=2,305$; $p<0,00$).

It was found out that life satisfaction scale scores come true at the level of $p<0,001$ between significant neurological damage and light neurological damage in favor of the light neurological damage group according to Glasgow Come Scale variable, and at the level of $p<0,01$ between medium neurological damage group and light neurological damage group in favor of the light neurological damage group . Of the patient relatives, trait anxiety of those who are unemployed was found to be higher than that of those employed ($p<0.01$). State anxiety of the patient relatives was found higher in male relatives ($p<0.01$). It was observed that trait anxiety had the power of influencing the life satisfaction of the patient relatives at a high level. A medium level correlation was detected between life satisfaction and state anxiety of the patient relatives in positive direction ($p<0.05$).

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Anksiyete belirtilerinden sorumlu nöroanatomik yapılar	8
Tablo 2. Hastaların yaş dağılımları	23
Tablo 3. Hastaların cinsiyet dağılımları	23
Tablo 4. Hastaların medeni durumu	24
Tablo 5. Hastaların eğitim durumu	24
Tablo 6. Hastaların GKS skor dağılımları.....	25
Tablo 7. Hasta yakınlarının cinsiyet dağılımları	25
Tablo 8. Hasta yakınlarının yaş gruplarına göre dağılımları.....	25
Tablo 9. Hasta yakınlarının medeni durum dağılımları	26
Tablo 10. Hasta yakınlarının eğitim durumu	26
Tablo 11. Hasta yakınlarının sağlık çalışanı olup olmaması durumu	27
Tablo 12. Hasta yakınlarının çalışıp çalışmaması durumu	27
Tablo 13. Hastanın önceden yoğun bakımda kalma durumu	27
Tablo 14. Hastanın durumuna yönelik bilginin verilme sıklığı	28
Tablo 15. Hasta yakınlarının yaşam doyumları ve durumluk kaygı arasındaki ilişki....	28
Tablo 16. Hasta yakınlarının yaşam doyumları ve sürekli kaygı arasındaki ilişki	28
Tablo 17. Yaşam doyumu yordayıcısı olarak durumluk kaygı tablosu	29
Tablo 18. Yaşam doyumu yordayıcısı olarak sürekli kaygı tablosu	29
Tablo19. Hasta yakınının cinsiyet ile durumluk kaygıya göre t –testi sonuçları/tablosu.....	30
Tablo 20. Hasta yakınının çalışıp çalışmama ile sürekli kaygıya göre t –testi sonuçları/tablosu.....	30
Tablo 21. Yaşam doyumu ölçeği puanlarının glasgow koma skalası değişkenine göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçlar.....	31
Tablo 22. Yaşam doyumu ölçeği puanlarının glasgow koma skalası değişkenine göre hangi gruplar arasında farklılaştığını belirlemek üzere yapılan tamhane’s T2 testi sonuçları.....	31
Tablo 23. Yaşam doyumu ölçeği puanlarının hasta yakınlarının eğitim durumu değişkenine göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçlar	32
Tablo 24. Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarının Hasta Yakınlarının Eğitim Durumu Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçlar	33

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Anksiyete ve korkunun nöroanatomisi 10

SİMGELER VE KISALTMA DİZİNİ

YBÜ	: Yoğun Bakım Ünitesi
5-HT	: Serotonin
BZ	: Benzodiazepin
GABA	: Gamma-aminobütirik asit
LS	: Lokus Seruleus
MODS	: Multiple Organ Dysfunction Score (Çoklu Organ Disfonksiyon Skoru)
MPM	: Mortality Prediction Model (Mortalite İhtimal Modelleri)
NA	: Noradrenalin
GKS	: Glasgow Koma Skoru
SAPS	: Simplified Acute Physiology Score (Basitleştirilmiş Akut Fizyoloji Skoru)
SOFA	: Sequential Organ Failure Assessment Score (Ardışık Organ Yetersizliği Değerlendirilmesi)
APACHE	: Acute Physiological and Chronic Health Evaluation Fizyolojik ve Kronik Sağlık Değerlendirmesi)
LODS	: Logistic Organ Dysfunction System (Lojistik Organ Disfonksiyon Sistemi)
STAI	: State-Trait Anxiety Inventory

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yoğun bakım, kritik hastalarda hastalığın sebebinin veya çeşitli durumlarda ortaya çıkan semptomlarının tedavilerine yönelmiş bir tıp dalı olup, bu amaçla gerektiğinde modern teknolojiye sahip uygun cihazlar ile 24 saat sürekli hasta gözlemi yapılan, hastayı hayatta tutacak ve hayat kurtarıcı tedaviyi uygulayabilen, kadrosunda yetmişmiş hekim, hemşire, teknisyenlerin yer aldığı servisler olarak tanımlanabilir. Hayatı tehdit eden bir hastalık ya da travma durumunda yoğun bakımda hasta tedavisi ve bakımı normal bir hastane yatağında yapılan hizmetten daha fazla özen ister. Yoğun bakım servisleri, hastaların hayati fonksiyonlarının devam ettirmek ve yoğun bakım öncesindeki düzeyine getirmek için çalışırlar (1).

Ani gelişen ve hayatı tehdit eden bir hastalık ya da travma en sağlam aileler için bile kriz nedeni olabilmektedir. Hasta yakınları, hastalara bakım veren kişilerdir, bu nedenle onların psikolojik durumları bütün ailenin yaşam kalitesi için çok önemlidir (2). Hasta yakınlarının içinde buldukları durum kesinlikle göz ardı edilmemelidir. Tedavi, prognoz ve hastasını kaybetme korkusu, mali durumla ilgili kaygılar hasta yakınlarında psikolojik baskı oluşturabilmektedir(3). Meydana gelebilecek psikolojik problemler, hastayı ilgilendiren kararlara katılım konusunda isteksizlik ve endişeye sebep olacağı gibi, hastaya uygulanacak tedavinin risklerinin faydasından daha çok olarak algılanmasına sebep olabilir(4,5). Hasta yakınlarının, psikolojik problemlerini tespit etmek için anksiyete ve depresyon ölçekleri kullanılmaktadır.

Bu çalışmanın amacı Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği ve Yaşam Doyumu Ölçeği kullanarak yoğun bakım hastalarının yakınlarında durumluk-sürekli kaygılarının yaşam doyumları üzerindeki etkisini incelemek ve hasta yakınlarının durumluk-sürekli kaygıları ve yaşam doyumlarının yaş, cinsiyet, öğrenim, iş ve yakınlık durumları, hastalarının durumları, hastaları hakkında aldıkları bilginin sıklığı ve yeterliliği gibi faktörlerle ilişkisini belirlemektir. Yoğun bakım hastalarımızı tedavi ederken bu sürecin hasta yakınlarını psikolojik olarak nasıl etkilediğini görmek ve eğer etkileniyorlarsa yoğun bakım hekimlerimizin dikkatini bu konuya çekmektir. Ayrıca elde edilecek sonuçlar ışığında, YBÜ de hasta yakınlarını bilgilendirme ve ziyaret prensiplerinin yeniden gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yoğun Bakım

2.1.1. Yoğun bakım tanımı

Yoğun bakım; vital organ fonksiyonları travma, yanık, tıbbi veya cerrahi sebeplerle yaşamı sürdüremeyecek kadar bozulmuş olan hastaları tedavi etmektir (1). Ciddi hastalıklar ve organ işlev bozukluğu nedeniyle yaşamları risk altında olan kritik hastalara en iyi hizmeti vermek ekip çalışması gerektirir. Yoğun bakım ekibi, yoğun bakım uzmanı hekimler, yoğun bakım hemşireleri, laborant, fizyoterapist, diyetisyen, teknisyenler, sekreter ve diğer yardımcı sağlık personellerinden oluşur (6).

1852 yıllarında Kırım Harbinde hizmet eden Florence Nightingale'in "kritik hastaların hepsinin mümkün olduğu kadar aynı koşuğa toplanmaları daha iyi bakım sağlar" gözlemi yoğun bakım ünitelerinin gerekliliğini ortaya koyan kavram olmuştur. Yoğun bakım tarihinde diğer önemli olay, 1950'li yıllarda Kopenhag'da başlayan poliomiyelit salgınında Bjorn Ibsen'in çalışmaları ile yapay solunumun yararı ortaya konmuştur. Ibsen, yaşanan salgının mortalitesini belirgin düzeyde düşürmüş ve modern yoğun bakımın da temellerini atmıştır. Bu tarihten sonra Avrupa da, Solunum Üniteleri servisleri kurulmaya başlanmıştır(7).

2.1.2. Yoğun bakım ünitesinde hasta profili (1-8)

Akut hastalık, cerrahi girişim veya diğer bir yoğun tedavi nedeniyle sürekli monitorizasyonu gerektiren hastalar ile kardiovasküler, serebral, solunumsal, renal, metabolik gibi nedenler ile vital fonksiyonlardan herhangi birinin fonksiyon yetersizliği içerisinde olduğu hastalar ve tedavisi mümkün olmadığı bilinen hastalıkların terminal safhasında bulunup normal servislere kabulü reddedilen hastalar yoğun bakım hastalarını oluştururlar.

Yoğun bakımda uygulanan tedavi ve yaklaşım, hastanın pirimer hastalığı ne olursa olsun, hayati fonksiyonları korumayı ve yeniden sağlamayı amaçlar.

2.1.3. Yoğun bakım ünitelerinde kullanılan hasta değerlendirme sistemleri

Hastalığın ya da travmanın organ fonksiyonları üzerine etkisini açıklamak için başvuruşulan skorlama sistemleri ile hastaların prognozunu ve hastalığının derecesini

belirlemek, uygulanan tedavileri değerlendirmek, klinik araştırmalara katılacak hastaları standardize etmek ve yoğun bakım ünitelerinin performansını karşılaştırmak için yaygın olarak kullanılmaktadır. Skorlama sistemleri, hastalık şiddeti ve mortalite ile ilişkili etkenlerin, yoğun bakım hastalarından oluşan büyük veri tabanlarında değerlendirilmeleri, hastalık şiddeti ve mortalite üzerine etkileri ölçüsünde puanlanmaları yoluyla geliştirilmişlerdir (9).

Öncelikle kafa travmalı hastalarda olmak üzere, hastaların nörolojik durumunun değerlendirilmesi ve takibinde için Glasgow Koma Skoru (GKS) kullanılmaktadır(EK-1). Nörolojik fonksiyon bozukluğunun şiddetini ve travmayı takiben 2 haftalık sürede mortaliteyi %85 tahmin eder. Resüsitasyon sonrası serebral fonksiyonun düzelme ihtimali tahmin edinilebilir. Göz açma, sözel ve motor cevap değerlendirilir. Elde edilen toplam skor, nörolojik hasarın derecesini gösterir. Glasgow Koma Skoru'nda toplam puan 3-8 arası ise anlamlı nörolojik hasar, 9-12 orta derecede nörolojik hasar ve 13-14 ise hafif nörolojik hasar vardır. Glasgow Koma Skoru en az 3, en fazla 15 puandır (9,10).

Laboratuvar ve klinik değişiklikleri kullanarak hastalığın ciddiyetini ortaya koyan skorlama sistemleri vardır. Bunlardan bazıları: Akut Fizyolojik ve Kronik Sağlık Değerlendirmesi (APACHE: Acute Physiological and Chronic Health Evaluation), Mortalite Tahmin Modelleri (MPM: Mortality Prediction Model), Basitleştirilmiş Akut Fizyoloji Skoru (SAPS: Simplified Acute Physiology Score), Çoklu Organ Disfonksiyon Skoru (MODS: Multiple Organ Dysfunction Score), Lojistik Organ Disfonksiyon Sistemi (LODS: Logistic Organ Dysfunction System), Ardışık Organ Yetersizliği Değerlendirmesi (SOFA: Sequential Organ Failure Assessment Score) dir(9).

APACHE skoru, ilk kez Knaus ve arkadaşlarınca 1981 senesinde geliştirilen bir skorlama sistemidir (11). 1985 yılında, ilk geliştirilen sistem biraz karmaşık olduğu için APACHE II olarak sadeleştirilmiş şekli ile klinik kullanım için daha elverişli şekle dönüştürülmüştür. Hastalığın beklenen mortalite ihtimali ve şiddeti hakkında bilgi edinilen skorlama sistemlerinden biridir (12). APACHE II'de fizyolojik ölçümler, sonucu bulmada değer kaybı olmayacak şekilde 34'den 12'ye indirilmiştir. Azalmış fizyolojik rezervi gösteren kronolojik yaş, akut hastalık meydana gelmesi halinde mortalite ihtimalini belirleyen önemli bir parametre olduğu için APACHE II sistemine ağırlık puanlarıyla birlikte ilave edilmiştir(13,14).

Kullanımının basit ve uzun süredir kullanılıyor olması APACHE II skorlama sistemi için avantajdır (15). Kullanılan fizyolojik değişkenler; ortalama arteriyel basıncı, kalp atım hızı, solunum sayısı, vücut ısısı, serum sodyum, potasyum ve kreatinin konsantrasyonları, arter pH'sı, alveoler arteriyel oksijen gradienti, hematokrit, lökosit sayısı ve GKS'dur. Akut fizyoloji skoru, yaş ve kronik sağlık durumu gibi fizyolojik parametrelerin oluşturduğu puanlar hesaplanarak APACHE II skoru bulunur(16).

Kronik sağlık durumu, akut hastalıktan önceki 6 aylık sürede sağlıklı bir kişi ile ciddi kronik organ yetmezliği arasında ki durumları ifade etmektedir(11). APACHE II toplam puan 25 iken mortalite ihtimali %25, toplam puan 35'in üstündeyken %80'in üzerindedir(9,17). Yoğun Bakım Ünitelerinde APACHE II skorlama sistemi sık kullanılmakla birlikte, bazı yetersizlikleri vardır: Yaşlı hastalar gereğinden fazla puan alabilmekte, akut fizyoloji skorunun hemodinamik destek tedavisi için ilaç kullanımı ve mekanik ventilasyon için düzenlenmiş ölçümleri bulunmamaktadır(18).

Mortalite İhtimal Modelleri (MPM), Bu sistem hastanın yoğun bakıma geldiği anda, 24. saatte ve 48. saatteki durumları değerlendirerek yapılan üç modelden oluşur. Yoğun bakımda hastanın geliş anında mortalite ihtimalini gösteren tek sistemdir (19). Bu modellerde kullanılan parametreler hastanın ilk geliş anından değerlendirmenin yapıldığı ana kadar geçen zamanda hastanın durumu ve tedavisi hakkında bilgi verir (20).

SAPS sistemi, Le Gall ve ark. tarafından APACHE skoruna alternatif olarak oluşturulmuştur (21). Daha sonra 17 değişkeni içeren SAPS II geliştirilmiştir. Bu 17 değişkenin, 12'sini fizyolojik değişken (sistolik tansiyon, nabız, vücut ısısı, idrar miktarı, serum da üre, potasyum, bikarbonat, sodyum ve bilirubin seviyeleri, beyaz küre sayısı, PO2 /FiO2 oranı ve GKS), yaş, yoğun bakıma geliş şekli (planlı veya plansız cerrahi, medikal), 3'ünü ise edinilmiş immün yetersizlik sendromu, metastatik kanser ve hematolojik malignite oluşturmaktadır. SAPSII'nin tahmin gücü hastanın yatış süresine bağlı olarak zamanla doğruluğu değişebilmekte 5 günden az kalan hastalar için mortalite tahmini doğru olarak kalmaktadır (22).

Yoğun bakım ünitelerinde kullanılan bir diğer skorlama sistemi, altı organ sisteminin değerlendirildiği Çoklu Organ Disfonksiyon Skoru (MODS)'dur. Mortalite tahminini değil organ disfonksiyonunu değerlendirir. Burada altı organ sistemi değerlendirilmektedir. Nörolojik (GKS ile), kardiyovasküler (kan basıncına uyarlanmış

kalp hızı, yani santral venöz basıncın, ortalama arter basıncına bölünmesi ile elde edilen oranın kalp hızı ile çarpılmasıyla çıkan sonuç), solunum (PO₂ /FiO₂), renal (serum kreatinin düzeyi), hepatik (serum bilirubin seviyesi) ve hematolojik (trombosit sayısı) sistemler değerlendirilir. Her organ için, normal fonksiyon ise 0, en ciddi disfonksiyon için 4 olacak şekilde puanlama yapılır. Maksimum skor 24'e ulaşabilmektedir (23).

Lojistik organ disfonksiyon sistemi (LODS), organ fonksiyonlarındaki iyileşme ya da kötüleşmeyi izlemek için geliştirilmiştir. Eğer hiç organ disfonksiyonu yoksa 0, en kötü disfonksiyon için 5 puan verilir. Maksimum skor 22 puandır (24).

Ardışık Organ Yetersizliği Değerlendirilmesi (SOFA), septik hastalarda organ yetersizliğinin derecesini belirlemek için Avrupa Yoğun Bakım Derneği tarafından geliştirilmiş bir sistemdir. Solunum, kardiyovasküler, santral sinir sistemi, hepatik, renal ve koagülasyon sistemlerini içeren altı organ sistemi 1 ile 4 puan arasında değerlendirilir. 3 puanın üstündeki değer organ yetmezliği olarak adlandırılır (25).

2.2. Anksiyete

2.2.1. Anksiyete tanımı

Anksiyete, organizmanın biyolojik bir korunma sistemi olup iç sıkıntısı, kaygı, bunaltı gibi kelimeler ile tarif edilen, tüm insanlarda zaman zaman yaşanan olağan bir duygudur. Potansiyel tehlikeler karşısında ortaya çıkarak, kişinin tehlikeye karşı gerekli önlemleri almasına kendisini korumasına, onlara karşı çıkmasına ya da uyum davranışı geliştirmesine ve böylece hayatı sağlıklı biçimde sürdürülmesine imkân sağlar (26). Stres, kişiyi zorlayan etkenleri, bu etkenlere verilen cevabı ya da uyarınları tanımlayan kavramdır. Duygusal stres, kişinin uyumunu zorlayan veya tehlike algısı ile bağlantılı ortaya çıkan durumlardır (27). Bir durumun stres olarak algılanması, durumun yapısına ve kişinin bu durumla baş etme ve savunma mekanizmalarına bağlıdır (28). Anksiyete her birey için belli zamanlarda oluşabilecek normal bir tepki iken, anksiyete bozuklukları, kişinin hayat kalitesine ilaveten toplum sağlığını da ciddi boyutlarda etkiler. Anksiyete bozuklukları kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görünmektedir (27). Anksiyete kişiye yönelik tehlikeler karşısında onu, gereğini yapmak üzere hazırlayan bir biyolojik uyarıdır. Belirsiz ya da kökeni iç çatışmaya dayanan, içten gelen bilinmeyen tehdide karşı gösterilen bir tepkidir (28).

Anksiyeteye sebep olan durumlar; kişinin yakınıni kaybetmesi, ekonomik sorunlar, ilişkinin sona ermesi, şiddetli tartışmalar, işsizlik, üzücü veya korkutucu bir olay, uyku bozukluğu gibi psikolojik nedenler ya da fiziksel hastalıklar, madde bağımlılığı gibi bedensel sebeplerdir. Bu durum, objektif bir tehlike, kişinin günlük yaşamını bozan subjektif bir beklenti hissi, dehşet, korku ya da bir felaketin yaklaştığı şeklindeki duygularla kendini gösteriyorsa, kişinin günlük hayatını, sosyal hayatını olumsuz etkiliyorsa, anormal, patolojik anksiyete olarak adlandırılır (26).

17.yy ilk yıllarında anksiyetenin fiziksel işaretleri sistemlerin ayrı ayrı hastalıkları olarak kabul edilirken, sonraki yıllarda fiziksel ve ruhsal belirtilerin anksiyete denilen aynı, tek bir klinik durumun bileşenleri olduğu kabul edilmeye başlanmıştır (29).

1980’de DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders) sınıflandırması ile anksiyete olarak bilinen çeşitli klinik durumlar birbirlerinden ayrılarak, farklı hastalıklar olarak sınıflandırılmıştır (30).

2.2.2. Anksiyete sınıflaması (26)

Anksiyete çeşitli gruplara ayrılarak incelenmektedir. Bunlar;

- Yaygın anksiyete bozukluğu
- Akut stres bozukluğu
- Panik bozukluğu-Agorofobi ile birlikte- Agorofobi ile birlikte olmayan
- Obsesif kompulsif bozukluklar
- Posttravmatik stres bozukluğu
- Özgül fobi,
- Sosyal fobi
- Genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu
- Madde kullanımının yol açtığı anksiyete bozukluğu
- Başka türlü tanımlanamayan anksiyete bozukluğudur.

2.2.3. Anksiyete belirtileri (26,31)

Anksiyetenin bilişsel, duygusal, davranışsal ve fizyolojik belirtileri vardır.

a- Bilişsel belirtiler: Çevrenin değişiyor gibi algılanması, aşırı uyanıklık hali, kendini aşırı gözleme, aklını kaybetme korkusu, konfüzyon, konsantrasyon güçlüğü,

dikkat dağınıklığı, korku veren görsel belirtiler, gerçek dışı hisler, fiziksel zarar görme endişesi, kontrolü hissi, önemli olayları hatırlayamama, başa çıkamama korkusu, düşüncede kesintiler, nedenselleştirme güçlüğüdür.

b- Davranışsal belirtiler: Hiperaktivasyon veya inhibisyon olarak ortaya çıkan davranışlar anksiyeteyi azaltmak için meydana gelirken sonuç olarak anksiyeteyi artıran özellik kazanırlar. Bu belirtiler; kaçma, kaçınma, huzursuzluk, olduğu yerde hareketsiz donakalma, davranışlarda inhibisyon, konuşma akışında bozukluk, koordinasyon bozukluğudur.

c- Affektif belirtiler: Korku, endişe, panik, gerginlik, sinirlilik, çaresizlik, alarm duygusudur.

d- Fizyolojik belirtiler: Kardiyovasküler belirtiler; çarpıntı, kan basıncı değişiklikleri, soluk renk ya da yüz kızarmasıdır.

Respiratuar sistem belirtileri; solunum sayısının artması, nefes darlığı, hava açlığı.

Nörolojik sistem belirtileri; tremor, spazm, hiperrefleksi, yorgunluk, motor huzursuzluk, romatizmal ağrı hissi, titreme, bayılma hissi ya da bayılma, parestezi, anestezi

Gastrointestinal sistem belirtileri; Yutma güçlüğü, karın ağrısı, iştahsızlık, bulantı-kusma, ishal, ağızda kuruma hissi dir.

Genitoüriner sistem belirtileri; sık idrara çıkma, cinsel güçsüzlük, erken boşalma, empotans.

Cilt belirtileri; yaygın terleme, aşırı kaşınma, sıcak ve soğuk basma nöbetleridir.

2.2.4. Anksiyete epidemiyolojisi

Anksiyetenin prevalansı %2.8 ile %8.5 arasında farklılık göstermektedir. Kadınlarda başlama yaşının daha erken ve tekrar etme oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Düşük sosyoekonomik seviyeye sahip olmanın anksiyete bozukluğu görülme riskini artırmış olduğu bulunmuştur (27). Yaygın anksiyete bozukluğu, birinci basamaktaki doktorların en sık karşılaştığı psikiyatrik hastalardan biri olup prevalansının %8 olduğu görülmüştür (31).

2.2.5. Anksiyetenin nörobiyolojisi

Otonom sinir sistemindeki sempatik aktivasyonla meydana gelen somatik belirtilerin anksiyete patolojisi ile direkt bir ilgisi yoktur (32).

Bazal ganglionlar, talamus, limbik sistemdeki amigdala ve hipokampus, korteksin bazı alanları, anksiyeteden sorumlu beyin yapılarıdır. Anksiyete ve korkuya verilen verilen cevabın meydana gelmesinde en önemli beyin alanı amigdaladır (33). Tablo 1’de (34) görüldüğü gibi lateral hipotalamus, vagusun dorsomedial nükleusu, nükleus ambiguus, parabrakial nükleus, ventral tegmental alan, lokus seruleus, pedinkülopontin nükleus, nükleus retikularis ve hipotalamusun paraventriküler nükleusu normal ve patolojik kaygı oluşumunda rolü olan belli başlı nöroanatomik yapılarıdır. Lokus serulesun yıkımı korku hissini ortadan kalkmasına sebep olur (35).

Tablo 1. Anksiyete belirtilerinden sorumlu nöroanatomik yapılar *

Nöroanatomik oluşum	Anksiyete belirtileri
Lateral hipotalamus	Taşikardi, ciltte solukluk, pupillerde genişleme
Nükleus ambiguus ve Vagusun dorsomedial nükleusu	Sık idrara çıkma, sık defekasyon, bradikardi
Parabrakial nükleus	Hiperventilasyon, takipne, dispne
VTA, LS, PPN	Uyanıklıkta artış, taşikardi, tremor, terleme, pupillerde genişleme
Nükleus retikularis	İrkilme refleksinde aşırılaşma
Paraventriküler nükleus	ACTH salgılamında artışa bağlı olarak stres yanıtlarında aşırılık

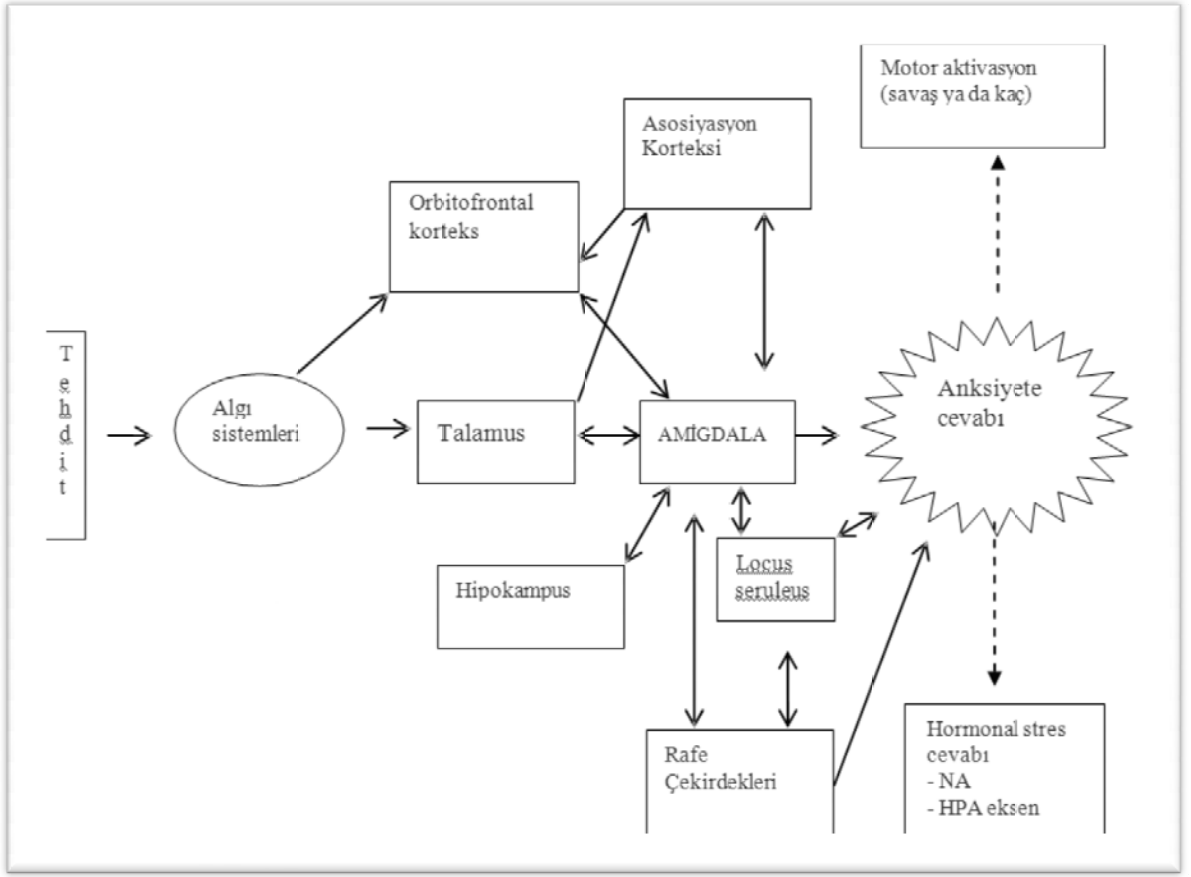
* Carvey 1998, Ninan 1999,

VTA: ventral tegmental alan, LS: lokus seruleus, PPN: pedinkülopontin nükleus, ACTH: Adrenokortikotropik hormon

Yaygın anksiyete hastalarının stres karşısında “otonomik esnekliklerinin” azalmış olduğu ileri sürülmektedir. Hipotalamo - hipofiz - adrenal ekseninde, sempatik ve parasempatik otonom sinir sisteminin uyumlu çalışması stres gibi uyarana verilen cevapta rol alır (36). Sempatik sistemin aktive olması ile hipertansiyon ve taşikardi, terleme, piloereksiyon, pupiller dilatasyon meydana gelir. Paraventriküler nükleustan kortikotropin releasing hormon salınımı ile adrenokortikotropik hormon düzeyini ve adrenal bezde kortizol düzeyini artırır. Kortikotropin releasing hormon ve reseptörleri, önbeyin (frontalkorteks, amigdala, stria terminalis) ve beyin sapı (lokus seruleus, parabrakiyal nukleus) gibi ekstrapitotalamik beyin bölgelerine heterojen olarak dağılmış durumdadır. Limbik bölgelerdeki dağılım, anksiyete bozuklukların patogeneğinde kortikotropin releasing hormonun rolünü gösteriyor (35). Parasempatik sistem aktivasyonu ile gastrointestinal ve genitoüriner belirtiler ortaya çıkar (26).

Anksiyete bozukluklarında bildirilen anormallikler: Bazal adrenokortikotropik hormon ve kortizol düzeyinde yükselme, tirotropin salgılatıcı hormon uygulamasına tiroid stimulan hormon ve prolaktin cevaplarında küntleşme, Kortikotropin releasing hormona cevap olarak adrenokortikotropik hormon cevabında küntleşme, ancak kortizol cevabı normaldir (35).

Stres, santral sinir sisteminde noradrenalinin (NA) çoğunu içeren lokus seruleusda nöronların aktivasyonuna neden olur (37). Organizmanın tehdit eden olaya karşı dikkatini anında yöneltmesi ve savunmaya hazırlanabilmesi için gerekli fiziksel ve zihinsel uyarılmayı sağlayacak cevap sisteminin fizyolojik bileşenleri lokus seruleus/noradrenalin sistemi ve kortikotropin releasing hormon sistemidir. Beyindeki lokus seruleus / noradrenalin sistemi aktivasyonu ile sempatik ve parasempatik dallar içeren otonom sinir sistemi ve adrenomedüller sistemin de aktive olmasına neden olur (38). NA, hipotalamus, amigdala ve serebral kortekste artar ve savaş ya da kaç davranışı meydana gelir (39).



Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, Cilt: 13, Sayı: 2, 2003

NA: noradrenalin, HPA: hipotalamo-pituiter-adrenal

Şekil 1. Anksiyete ve korkunun nöroanatomi (39)

Stres sırasında hipotalamus hipofizi uyararak adrenodiüretik hormon, adrenokortikotropik hormon, tiroid stimulan hormon gibi hormonların salgısını etkiler. Adrenodiüretik hormon, vazokonstrüksiyon ile kan basıncında artışa sebep olurken, adrenokortikotropik hormon ve tiroid stimulan hormon ise adrenal ve tiroid bezlerini etkileyerek bazal metabolizma hızını artırır (35).

Beynin en önemli inhibitör nörotransmiteri Gamma-aminobütirik asit (GABA). GABA reseptörleri bloke edilince anksiyete artar, uyarılınca azalır (39). Locus seruleustaki noradrenerjik nöron gövdelerinde GABA reseptörlerinin de yüksek konsantrasyonda bulunduğu gözlenmiştir (32). Yaygın anksiyete bozukluğu olan kişilerin serebral benzodiazepin reseptör yoğunluğunda kontrollere göre daha çok homojenite gösterdikleri ve özellikle sol temporal bölgede benzodiazepin reseptörlerinde azalma

olduğu görülmüştür (40). Benzodiazepin molekülü, GABA- benzodiazepin reseptör kompleksine bağlanınca GABA'nın etkisi artar (41,42). Akut streste beyin serotonin (5-HT) metabolizmasının arttığı, üstesinden gelinemeyen stresli durumlarda 5-HT miktarının azaldığı bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda beyin 5-HT miktarının azalmasının agresyona neden olduğu, artmasının ise agresif davranışı azalttığı görülmüştür. Baş edilemeyen streste beyin serotonin seviyesi azalır, bu azalma ağrı duyarlılığını, uyku düzenini ve beslenme biçimini bozmaktadır. Anksiyetede serotoninin regülasyon bozukluğu önemli yer tutar (35). Hayvanlarda, tehdit durumlarının sinaptik 5-HT düzeylerini artırdığı (43), 5-HT_{1A} reseptörleri bulunmayan farelerin artmış anksiyete düzeyi gösterdikleri bulunmuştur (44). Kolesistokininin beyinde yaygın olarak bulunan, anksiyete yaratıcı etkisi olan bir nöro transmitterdir. Kolesistokininin reseptör agonisti hayvanlarda anksiyojenik etki oluştururken, reseptör antagonistleri ise anksiyolitikdir (26, 39, 45). Glutamat reseptörleri beyin de eksitatuvar nörotransmisyonu yönetirler. Glutamatın N-Metil D-Aspartat reseptör alt tipi antagonistlerinin, hayvanlarda anksiyeteyi azalttığı gözlenmiştir (26,39).

2.2.6. Anksiyetenin değerlendirilmesi

Hepimiz tehlikeli gördüğümüz durumlarda, stresli olduğumuzda, topluluk önünde konuşurken, önce kaygı duyarız. Tehlikeli koşulların yarattığı bu kaygı türü genellikle her bireyin yaşadığı geçici duruma bağlı olup "Durumluk Kaygı" olarak adlandırılır.

Durumluk Kaygı, kişinin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği subjektif korkudur. Otonom sinir sisteminin aktive olması ile terleme, kızarma, titreme gibi fiziksel belirtiler bireyin gerilim ve huzursuzluk duygularının göstergeleridir. Stresin yoğun olduğu zamanlar durumluk kaygı seviyesinde yükselme, stres ortadan kalkınca düşme görülür. Sürekli Kaygı, huzursuzluk içinde yaşayan ve genellikle mutsuz olan bireylerin, içten gelen ve çevreden gelen tehlikelere doğrudan bağlı olmayan kaygıdır (46).

Kaygı sınıflandırmasında birçok metot kullanılmaktadır. Bu sınıflandırmalar subjektif değerlendirmelerle, daha spesifik ve ayrıntılı testlerin kullanımını içeren değerlendirmeler arasında değişmektedir.

Kaygı ölçümü için tıpta en yaygın kullanılan test, State- Trait Anxiety

Inventory (STAI) skalasıdır. Durumluk Kaygı Ölçeği (EK-2) ve Sürekli Kaygı Ölçeği (EK-3) olmak üzere iki bölümden oluşur.

2.3. Yaşam Doyumu

2.3.1. Yaşam doyumu tanımı

Yaşam doyumu, kişinin bütün hayatı ele alındığında hayatına dair sahip olduğu olumlu ya da olumsuz değerlendirmeleri ve mevcut hayatından duyduğu memnuniyeti ifade eder. Yaşam doyumu, bireyin hayatı ile ilgili genel değerlendirmelerini içeren öznel bir yargıdır (47). Bu değerlendirme mutluluk, neşe, hoşnutluk öğelerini içeriyorsa olumlu tepkiler; üzüntü, acı, keder öğelerini içeriyorsa olumsuz tepkiler olduğu söylenebilir.

İyi yaşama, mutlu olma, moral gibi birçok yargı, kişilerin kendi hayatı üzerindeki değerlendirmelerine bağlı olmaktadır. İnsanlar hayatlarının istekleri ve beklentileri doğrultusunda olmasını isterler. Bu nedenle yaşam doyumu kavramı, özellikle psikolojinin ilgi duyduğu bir alan olmuştur. Yaşam doyumu ile ilgili çalışmalar 1950'li yıllarda başlamıştır. 1970'li yıllardan sonra ise yaşam doyumunun hem sosyal psikoloji hem de endüstri psikolojisi ile ilgili çalışmalarda sıklıkla yer aldığı görülmektedir.

2.3.2. Yaşam doyumu kavramı

Yaşam doyumunu anlamak için yaşam ve doyum terimlerini tek tek açıklamak doğru olacaktır. Doyum; istek, ihtiyaç ve beklentilerin karşılanmasıdır. Yaşam, bireyin işte ve iş dışında geçirdiği zamanın toplamıdır. İş ise, bir görevin yerine getirilmesi için yapılan çalışmalardır (48). Yaşamın bir anlamı ve amacı olduğunu düşünen kişilerin, yüksek düzeyde yaşam doyumu olan bireyler oldukları söylenmektedir. Basit ve net bir şekilde açıklanan yaşam doyumu, gerçekte bu kadar kolay anlaşılır gibi gözükmemektedir. Yaşamın akıp giden bir süreç olması ve bireylerin farklı istek, ihtiyaç ve önceliklerinin olması tanımlama kısıtlılığının nedenini açıklamaktadır (49).

Genel olarak yaşam doyumu kişinin kendi hayatından duyduğu tatminliği ifade eder (50). Başka bir ifadeye göre bireyin hayatında yer alan olgulara

dayanarak, öznel iyi olma ve yaşam kalitesi hakkında karar verdiği düşünceleri temsil etmektedir (51). Kesin olarak tanımlamak güç olsa da, yaşam doyumunu, kişinin bir bütün olarak kendi hayatının genel kalitesini olumlu olarak değerlendirmesi ve hayatından ne kadar çok hoşlandığıdır (52).

Yaşam doyumunu bir anlamda bireyin belirlediği hedeflere ulaşma derecesini ifade etmektedir. Bireysel hedeflere ulaşma düzeyinin artması, yaşam doyumunu artırır. Yaşam doyumunu sübjektiftir çünkü araştırmalarda, hayatlarının bütününden memnun olup olmadıkları sorulmaktadır. Birçok insan yaşamdan doyum almasına karşın bütün insanlar aynı ölçüde doyum almamaktadır. Çünkü yaşam doyumunu etkileyen birçok öge vardır. Bir çalışmada 6500 öge sınanmış ve 15 temel ögeye indirgenebilmiştir. Bu ögeler; araçsal rahatlık, sağlık ve kişisel güven, aile ve diğer akrabalarla ilişkiler, çocuk sahibi olma ve onu büyütmeye, eş ilişkisinde yakınlık, yakın arkadaşlara sahip olma, başkalarına yardım etme ve başkalarını gözetme, devletin yerel ve halk etkinliklerine katılma, öğreniyor olma, bir işte çalışıyor olma, kendini tanıma, toplumsallaşma, kitap okuma, müzik dinleme, sinema, spor v.b. seyretme ve eğlenceli etkinliklere katılma (53). Bununla beraber birçok araştırmada yaşam doyumunu bu ögeler dışında yaş, cinsiyet, kendine güven, medeni durum, mizah, genel sağlık durumu, çalışma ortamı gibi değişkenlerin de açıklayıcı olduğu görülmüştür.

2.3.3. Yaşam doyumunun benzer kavramlarla olan ilişkisi

Yaşam doyumunu kavramını daha iyi anlayabilmemiz için benzer kavramlarla olan ilişkisini ve farkını açıklamamız gerekmektedir.

2.3.3.1. Mutluluk

Mutluluk, hayatın somut koşullarına daha az dayanan ve bu anlamda ayakları yere daha az basan bir kavramdır. Hep belli bir hedefe, ileride ulaşılması beklenen belirli şeylere bağlı olarak tanımlanmaktadır. Mutluluk, kişi bir amaç veya hedefe ulaştığında veya gereksinimini karşıladığında gerçekleşir. Amaç veya hedeflerine ulaşamazsa veya gereksinimini doyuramazsa mutsuz olur (53). Yaşam doyumunu, genel olarak kişinin bütün hayatını ve bu hayatın çok çeşitli boyutlarını içerir. Mutluluk, moral v.b. gibi iyi olma halini ifade eder (54). Kişi bir ihtiyacının yokluğunu ne kadar çok

hissederse o kadar ve o gereksinimi karşılamak için ne kadar çok çalışırsa, o ihtiyacını elde ettiğinde o kadar mutlu olur. Mutluluk, geleceğe yönelik düşüncelerden kaynaklanmaktadır. Yani insan iyi bir hayat yaşamıyor olabilir, bu anlamda yaşam doyumu çok düşüktür, bu kötü hayat şartları gelecekteki güzel günlerinin garantisi olacağı için veya bu sebeple ödül kazanacağı için mutludur. Mutluluk ve yaşam doyumu kavramları arasındaki farka dindar insanlar iyi bir örnek olarak verilebilir. Öbür dünyada karşılığını alacakları düşüncesi ile bugünkü hayatlarını neredeyse sıfırlamalarına karşın öldükten sonra kavuşacakları hayat inancı onları mutlu etmeye yetmektedir (53).

2.3.3.2. Öznel iyi olma

Öznel iyi olma, kişinin kendini ne kadar iyi hissettiği ile ilgili ve yaşam doyumu ile aynı anlamda kullanılan kavramlardan biridir. Doyum, bilişsel ve duygusal bileşenlerden meydana gelir. Öznel iyi oluşun temel bileşenleri de yaşam doyumu ve duygulanımdır. Duygulanım; olumlu (mutluluk, merak, güven v.b.) ve olumsuz (kızgınlık, keder, kin v.b.) olmak üzere iki şekilde ele alınır. Yaşam doyumu hem bilişseldir, hem de duygularla ilgilidir. Yaşam doyumu öznel iyi olma kavramının tersine kişinin mevcut hayatı ile ilgili bir değerlendirmeden ziyade hayatın tümünü kapsayan bir değerlendirme ile ilişkilidir (55).

Öznel iyi olma, filozoflarca "erdemlilik ya da kutsallık" olarak açıklanmıştır. Bu tanıma göre, insanın birinci hedefinin mutluluğa ve tam bir huzura ulaşmak olduğundan bahsedilmektedir. Sosyal bilimciler ise öznel iyiliğe ulaşımı kişiyi; "genç, sağlıklı, eğitim seviyesi yüksek, ekonomik kazancı iyi, iyimser, bağımsız, evli, yüksek benlik saygısı olan, iyi bir işi olan, yüksek idealleri olan, entelektüel düzeyi yüksek kişi" olarak belirtmiştir. Başka bir görüşe göre öznel iyi olma, "kişinin duygusal durumu ile yakından ilgili olduğu" hipotezine dayanmaktadır (56).

Öznel iyi olma kavramı, daha çok fiziksel ve ruhsal sağlık göstergelerine göre tanımlanır. Yani insanın bütün zenginliği, evli olup olmaması, işinin olup olmaması ve benzeri dışında fiziksel olarak ve ruhsal olarak kendini ne kadar iyi hissettiğiyle ilgili bir kavramdır. Bu yönüyle yaşam doyumunun yaşama ilişkin koşullarından evlilik, iş, arkadaş çevresi gibi öğelerden arındırılmış halindedir (53).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, çalışma evreni-örnekleme, veri toplama araçları ile toplanan verilerin değerlendirilmesinde kullanılan istatistiksel yöntemler üzerinde durulmuştur

3.1. Araştırmanın Modeli

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi YBÜ’de yatan hasta yakınlarının durumluk-sürekli kaygıları ile yaşam doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

Bu araştırma genel tarama modelinin bir alt türü olan ilişkisel tarama modelidir. Genel tarama modelleri çok sayıda elemandan oluşan bir evrende, evren hakkında genel bir yargıya varmak amacı ile evrenin tümü ya da ondan alınacak bir grup, örnek ya da örneklem üzerinde yapılan tarama düzenlemeleridir. Genel tarama modelleri ile tekil ya da ilişkisel taramalar yapılabilir. İlişkisel tarama modelleri, iki ve daha çok sayıdaki değişken arasında birlikte değişim varlığını ve/veya derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırma modelleridir (Karasar, 2008).

3.2. Çalışma Evreni -Örnekleme

Araştırmanın çalışma evrenini, 2011-2012 yılında Atatürk Üniversitesi Hastanesinde YBÜ ‘de yatan hastaların yakınları oluşturmaktadır. Araştırmanın çalışma grubu ise bunlar arasından seçilmiş olup 206’sı erkek, 125’i kadın olan 331 kişiden oluşmaktadır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Bu araştırma, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Yoğun Bakım Üniteleri’nde tedavi gören 331 hasta yakınında, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul onayı alındıktan sonra gerçekleştirildi. Yoğun Bakım Ünitesine kabulünden sonra hastaların, 14 yaş ve üstünde olan yakınları çalışmaya dahil edildi. Hastayı ziyaret eden her birey hasta yakını olarak kabul edildi. Dil problemi olan (Türkçe bilmeyenler), okuma-yazma bilmeyen, alkol, ilaç ve madde bağımlısı olan, kognitif fonksiyon bozukluğu olan, depresyon tedavisi görmekte olan, anket formlarını eksik dolduranlar ve araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hasta yakınları araştırma dışı bırakıldı. Hastaların YBÜ’ye kabul edildikten sonra, sosyodemografik bilgileri; yaş,

cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi ve ayrıca GKS skoru, YBÜ'ye yatış nedeni, yatış süreleri EK-5'de gösterilen forma kaydedildi. Hasta yakınları, hastalarını ziyaret etmelerinden sonra yoğun bakım hekimi tarafından hastalarının durumları hakkında bilgilendirildi. Takiben sessiz bir ortamın sağlandığı görüşme odasında hasta yakınları anket formu hakkında bilgilendirildikten sonra üç bölümden oluşan anket formunu doldurmaları istendi. Formun birinci bölümünde (EK-6) sosyodemografik değişkenler (yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim ve iş durumu) ile hastaya yakınlık derecesi, daha önce YBÜ'de yatan hastası olup olmadığı ve hastası hakkında aldığı bilgiyi yeterli bulup bulmadığını sorgulayan sorular bulunmaktadır. İkinci bölümünde hasta yakınlarının yaşam doyumlarını belirlemek için, Diener tarafından 1985'te genç yaş grupları için geliştirile yaşam doyumu ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçeye uyarlaması Köker (1991; Akt. Temiz,2010) tarafından yapılmıştır, üçüncü bölümde Hasta yakınlarının durumluk ve sürekli kaygı durumlarını belirlemek içinde Spielberger durumluk ve sürekli kaygı envanteri kullanılmıştır.

Araştırmada kullanılan bu veri toplama araçlarına ilişkin tanıtıcı bilgiler aşağıda verilmiştir.

3.3.1. Yaşam doyumu ölçeği

Yaşam Doyum Ölçeği (Satisfaction with Life Scale), Diener tarafından 1985'te yaşam doyumunun düzeyini belirlemek için genç yaş grupları için geliştirilmiştir (EK-4). Ölçeğin Türkçeye çevirisi Köker (1991;Akt.Temiz,2010) tarafından yapılmıştır. Ölçekte; "yaşamım birçok yönüyle ideallerime yakın, yaşam koşullarım çok iyi, yaşamımdan hoşnudum, şu ana kadar istediğim şeyleri elde edebildim ve yeniden dünyaya gelseydim yaşamımdan hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim" ifadelerini içeren 5 madde bulunmaktadır. Her madde için "hiç uygun değil" ile "çok uygun" arasında değişen 1'den 7'ye kadar seçenekler sunulmuştur. Toplam puan 5 – 35 arasında değişir. Toplanan puanlar 30 – 35, 25– 29, 20 – 24, 15 – 19, 10 – 14, 5 – 9 olarak gruplandırılır. Toplam puan azaldıkça yaşam doyumu azalır. Karataş ölçekten alınan 7 puan ve altının düşük, 13 puan ve üstünün yüksek, 8-12 arasında kalan puanların orta düzeyde bir yaşam doyumu gösterdiğini bildirmektedir (Öner, 2006; Dağdelen, 2008; Akt. Temiz, 2010). Maddelerin Türkçe'ye çevirileri ile ölçeğin 'yüzeysel geçerlik' tekniğiyle geçerlik çalışmasının yapılması için, psikoloji alanında uzman beş kişiden

ölçeğin Türkçe'ye çevrilmesi istenmiş, beş uzmanın ortak ifade ettikleri cümleler birleştirilerek ölçek oluşturulmuştur.

Geliştirilen ölçek formları, küçük bir gruba uygulanarak anlama güçlüğüne olup olmadığı araştırılmış, bunun sonucunda önemli bir değişikliğin yapılmasına gerek olmadığı saptanmıştır. Bu düzenlemelerden sonra ölçek güvenilirlik çalışması için, 'test-tekrar test' yöntemiyle 75'i kız 75'i erkek olmak üzere toplam 150 kişilik bir gruba uygulanmıştır. Test-tekrar test güvenilirliği $r=.85$; madde – test korelasyonları 71 ve.80 arasında bulunmuştur. Diener, bu ölçeğin birçok diğer çok maddeli doyum ölçekleriyle gösterdiği korelasyonları hesaplamış ve bunların en az 85 olduğunu saptamıştır. Bu nedenle araştırma amacıyla güvenilerek kullanılabilir.

3.3.2. Durumluk ve sürekli kaygı envanteri

Spielberger ve Arkadaşları (1970) tarafından durumluk ve sürekli kaygı seviyelerini ayrı ayrı saptamak amacıyla geliştirilen ölçeğin Türkçeye çevrilmesi, güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları Öner ve Le Compte (1974-1977) tarafından yapılmıştır.

Envanterin, her biri 20 maddelik iki ayrı ölçeği vardır:

1. Durumluk Kaygı Ölçeği: Kişinin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler.
2. Sürekli Kaygı Ölçeği: Kişinin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirler.

Her iki ölçeğin de başlangıcında, orta eğitim seviyesindeki bireylerin anlayabileceği kısa birer açıklama vardır. Kişinin kendi cevaplayabileceği, uygulanması kolay bir ölçektir. Her iki ölçek de aynı anda uygulanabilir. Bu durumda, önce Durumluk Kaygı Ölçeği, sonra Sürekli Kaygı Ölçeği verilmelidir. Nedeni, Durumluk Kaygı Ölçeği sınanma ya da sınama koşullarıyla ilgili tedirginlik, kuruntu ve heyecan gibi duygusal, fizyolojik ve bilişsel süreçlere duyarlı olduğundan, bireyin başlangıçtaki olumsuz algılamalarına ifade olanağı vermesidir. Bu suretle anlık (geçici) kaygı güvenilir bir düzeyde ölçülmüş olur. Envanter okuma-yazma bilmeyenlere bireysel olarak uygulandığında; maddeler uygulamacı tarafından okunup, verilen cevaplar form üzerinde işaretlenir.

Durumluk Kaygı Ölçeği'nin cevaplanmasında, maddelerin ifade ettiği, düşünce ya da davranışların şiddet derecesine göre 'hiç', 'biraz', 'çok', 'tamamıyla' şıklarından birinin seçilmesi; Sürekli Kaygı Ölçeği'nin yanıtlanmasında ise maddelerin ifade ettiği, düşünce ya da davranışların sıklık derecesine göre 'hemen hiçbir zaman', 'bazen', 'çoğu zaman' ve 'hemen her zaman' şıklarından birinin işaretlenmesi istenir.

Ölçeklerde 'düz' ve 'tersine çevrilmiş' ifadeler vardır. Olumlu duyguları dile getiren 'ters' ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e, 4 ağırlık değerinde olanlar 1'e dönüştürülür. Olumsuz duyguları dile getiren doğrudan ifadelerde 4 değerindeki yanıtlar kaygının yüksekliğini gösterir. Tersine çevrilmiş ifadelerde ise 4 değerindeki yanıtlar düşük, 1 değerindeki yanıtlar yüksek kaygıyı gösterir. Durumluk Kaygı Ölçeği'nde 10 tane (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20.maddeler), Sürekli Kaygı ölçeğinde de 7 tane (21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. maddeler) tersine çevrilmiş ifade vardır.

Puanlama iki şekilde yapılabilir: 1.Elle puanlama: Düz ve tersine çevrilmiş ifadelerin toplam ağırlıklarının belirlenmesi için iki ayrı anahtar hazırlanır. Düz ifadeler için elde edilen toplam puandan, ters ifadelerin toplam puanı çıkartılır ve bu sayıya Durumluk Kaygı Ölçeği için 50, Sürekli Kaygı Ölçeği için ise 35 olan değişmeyen bir değer eklenir.

2. Bilgisayarda puanlama: Büyük örneklem gruplarında, ölçeklerin puanlanması ve maddelerin temel istatistik işlemlerinin yapılmasında bilgisayar programlarından yararlanılabilir.

Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişir. Yüksek puan yüksek kaygı seviyesini, düşük puan ise düşük kaygı seviyesini belirtir.

Asıl Formun geliştirilmesi: 1964 yılında Spielberger ve Gorsuch tarafından geliştirilen envanterin maddelerinin hazırlanmasında Cattell ve Scheier'in Kaygı Ölçeği (Anxiety Scale), Taylor'ın 'Açık Kaygı Ölçeği'(Manifest Anxiety Scale) ve Welsh'in Kaygı Ölçeği (Anxiety Scale) maddelerinden yararlanılmıştır (57). Yeni geliştirilen maddeler arasından bu üç ölçek maddeleriyle anlamlı korelasyon gösterenleri seçilmiş, sonra bu maddeler bir grup psikoloji öğrencisine uygulanarak ifadelerin açık olup olmadığı ve test formatı hakkındaki fikirleri alınmıştır. Öğrencilerin önerileri

doğrultusunda format sadeleştirilmiş, belirsiz maddeler elenmiş ve sonuçta 124 madde kalmıştır.

Envanterin bu formu 54 üniversite öğrencisine uygulanmış. Her bir maddenin ‘sürekli kaygı’yı iyi ölçüp ölçmediği 4 dereceli ölçekle; ‘durumluk kaygı’yı ölçüp ölçmediği ise ‘evet’, ‘hayır’ ve ‘uygulanmaz’ şeklindeki ifadelerle değerlendirilmiştir. Bu işlemler sonucu geriye 66 madde kalmıştır. Altmışaltı maddelik ölçek formu 256 üniversite öğrencisine Durumluk ve Sürekli Kaygı ölçeklerinin yönergeleri uygulanmıştır. Durumluk Kaygı Ölçeği sınav ortamı ve rahat bir ortam düşünülerek 2 kez uygulanmıştır. Aynı öğrenci grubuna IPAT Sürekli Kaygı Ölçeği ve Taylor’ın Açık Kaygı Ölçeği de verilmiştir. Sürekli kaygı yönergesi ile uygulanan ölçeğin maddelerinden, madde-toplam puan korelasyonu 30’dan düşük olanlar atılmıştır. IPAT Kaygı Ölçeği’nin ve Açık Kaygı Ölçeğinin Z puanları ile Sürekli Kaygı Ölçeği’nin her maddesi karşılaştırılmış; 20’den az korelasyon gösterenler elenmiş, böylece geriye 44 madde kalmıştır. Kırk dört maddelik bu form 810 üniversite öğrencisine 3 ayrı yönerge ile 3 defa uygulanmıştır. Bunlar 1) Sürekli Kaygı yönergesi, 2) Durumluk Kaygı yönergesi- rahat bir ortam için ve 3) Durumluk Kaygı yönergesi- sınav ortamı için. Her bir maddenin, kız ve erkekler için ayrı ayrı, madde-toplam puan korelasyonları hesaplanmıştır.

Durumluk Kaygı Ölçeği’nden elde edilen korelasyonların rahat bir durumu ve sınav durumunu ayırt edebildiği görülmüştür. Bu analizler sonucu geriye kalan 32madde 400 üniversite öğrencisine, ‘Durumluk Kaygı’ yönergesi ile bir kez sınavların olmadığı bir günde, bir kez de dönem sonu sınavlarının başladığı haftada uygulanmıştır. Her uygulama sonucunda nokta çift-seri korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Sonuçta geçerli bulunan 20 madde bu envanteri oluşturmuştur (57).

Normları Florida Üniversitesi’nde okuyan 982 birinci sınıf öğrencisi, aynı üniversitenin diğer sınıflarında okuyan 484 öğrencisi ile 377 lise öğrencisinin puanları üzerinden hesaplanan ortalama ve standart sapma değerleri ile yüzdelik sıra puanları ve T puanları hesaplanmış; bunlar tablolar halinde verilmiştir. Normal olmayan grubu oluşturan 461 psikiyatrik hasta, 161 fiziksel rahatsızlığı olan hasta ve 212 tutuklunun da puan ortalama ve standart sapma değerleri hesaplanarak ve tablolar halinde verilmiştir.

Güvenirliliği: Test-tekrar test güvenirliliği için her iki ölçek 197 üniversite öğrencisine, 1 saat, 20 gün ve 104 gün arayla uygulanmış. Test-tekrar test değişmezlik katsayıları, Pearson Momentler Çarpımı korelasyonu ile hesaplanarak Sürekli Kaygı Ölçeği için 73 ile 86, Durumluk Kaygı Ölçeği için 16 ile 54 arasında bulunmuştur.

Kuder- Richardson güvenirliliği: 20 formülün genelleştirilmiş bir formu olan alfa korelasyonları ile saptanan iç tutarlık ve test homojenliğini yansıtan katsayılar, Durumluk Kaygı Ölçeği için 83 ile 92, Sürekli Kaygı Ölçeği için 86 ile 92 arasında bulunmuştur.

Madde-toplam puan güvenirliliği: Ölçeklerin bir başka iç tutarlık sınaması madde-toplam puan korelasyonu ile yapılmıştır. Durumluk Kaygı Ölçeği'nin lise öğrencilerine uygulanması sonucunda ortanca (medyan) madde toplam puan güvenirliliği 55; üniversite birinci sınıf öğrencilerine uygulandığında bu değer 45, üniversitenin diğer sınıflarındaki öğrencilere uygulandığında ise 55 olarak saptanmıştır. Sürekli Kaygı Ölçeği'nin aynı gruplara uygulanması sonucu, ortanca madde-toplam puan güvenirliliği 1. grup için 54; 2. grup için 46; 3. grup için 53 çıkmıştır.

Geçerliliği: Ölçüt-bağımlı geçerlik: Sürekli Kaygı Ölçeği'nin geçerliliği için 126 kız ve 80 erkek üniversite öğrencisi ile 66 psikiyatrik hastadan oluşan 3 ayrı gruba Sürekli Kaygı ölçeği ile IPAT Kaygı Ölçeği, Taylor Açık Kaygı Ölçeği ve 'Duygu Sıfat Listesi (Affect Adjective Checklist)' uygulanarak ölçekler arası korelasyonlar hesaplanmıştır. Sürekli Kaygı Ölçeği ile diğer kaygı ölçekleri arasında ki korelasyon katsayıları kız öğrenciler için 52 ile 80, erkek öğrenciler için 58 ile 79, hasta grubu için ise 77 ile 84 arasında değişmiştir (57).

Yapı geçerliliği: Durumluk Kaygı Ölçeği'nin geçerliliği için Florida Üniversitesi'nde okuyan 977 öğrenciden, önce standart yönergeye göre (buna 'normal koşul' denmiş), daha sonra da önemli bir dersin sınavından hemen önce (buna da 'sınav koşulu' denmiş) kendilerini nasıl hissettiklerine göre Durumluk Kaygı Ölçeği'ni yanıtlamaları istenmiştir. Normal ve sınav koşulunda alınan madde ve toplam puanların ortalaması hesaplanarak karşılaştırılmıştır. Sınav koşulu puanlarının normal koşuldan çok daha yüksek olduğu saptanarak kuramsal beklentiler desteklenmiştir.

Bir diğer sınamada, 197 Florida Üniversitesi lisans öğrencisine Durumluk Kaygı Ölçeği dört deneysel koşulda (normal, 10 dakikalık gevşeme seansı sonrası, sınav ve bir

stresli film sonrası) uygulanarak puanlar karşılaştırılmıştır. Beklentiler doğrultusunda en düşük kaygı ortalaması gevşeme seansı sonrasında başlayarak sırasıyla normal koşul, sınav koşulu ve en yüksek kaygı ortalaması stresli film sonrası koşulunda ortaya çıkmıştır. Desteklenen hipotezler, Durumluk Kaygı Ölçeği'nin kuramsal yapı geçerliğini kanıtlamıştır (57).

Türkçe Formun Çeviri İşlemi: İngilizce'yi iyi bilen iki psikolog öğretim üyesi birbirinden bağımsız olarak ölçek maddelerini Türkçe'ye çevirdikten sonra bir araya gelmiş, çevirisinde farklılıklar bulunan maddeler üzerinde tartışarak ortak ifadelerde anlaşmışlardır. Türkçeleştirilmiş bu form, iyi İngilizce bilen iki psikoloji öğrencisi ve bir öğretim üyesine verilerek tekrar İngilizce'ye çevirtilmiştir. Daha sonra ölçekler İngilizce formları ile karşılaştırılmış, tam olarak aslına uymayan ifadelerin Türkçeleri tekrar gözden geçirilerek değiştirilmiştir. Bu Türkçe maddeler İngilizce bilen bir başka grup tarafından özgün diline çevrilmiş, aynı işlem tüm maddelerin geri çevirisinde istenilen düzeye varılıncaya kadar sürdürülmüştür. Türkçe karşılığı olmayan ifadeler için linguist ve psikolinguist gibi bazı dil bilim uzmanlarına danışılmış ve çeviri işlemini son haline getirebilmek için bir pilot uygulaması yapılmıştır. Türkçeleştirilen ölçekler, İngilizce formlarıyla eşdeğerliklerinin saptanması için, terazileme tekniği kullanılarak dört değişik form halinde iyi İngilizce bilen 200 kız ve erkek Türk öğrencisine uygulanmıştır. Bu formlardan 'Kod A' ölçeğin İngilizcesini, 'Kod B' Türkçesini, 'Kod C' ve 'Kod D' ise seçkisiz yolla yarısı İngilizce yarısı Türkçe maddelerden oluşmuş karma dil ölçeğini temsil etmişlerdir. 'Kod C' formunda Türkçe olan maddeler 'Kod D' formunda İngilizce olarak, 'Kod C' formunda İngilizce olan maddeler 'Kod D' formunda Türkçe olarak verilmiştir. İki hafta sonra, ölçeklerin tümünü ya da birini ilk kez Türkçe olarak alanlara İngilizce form, İngilizce alanlara da Türkçe form uygulanmıştır. Türkçeleştirilen envanterin ifade yeterliğini sınamak ve İngilizce ile Türkçe formlar arasındaki anlam eşdeğerliğini sınamak için, öğrencilerin İngilizce ölçeklerden aldıkları kaygı puanları ile Türkçe ölçeklerden aldıkları kaygı puanları karşılaştırılmıştır. Beklentileri destekleyen veriler, sürekli ve durumluk kaygı puanı ortalamalarının İngilizce ve Türkçe formları arasında anlamlı farklılıklar bulunmadığı yönünde olmuştur (57).

3.4. Verilerin Toplanması ve Analizi

3.4.1. Verilerin toplanması

Verileri toplamak amacıyla YBÜ’de yatan örneklem grubundaki hasta yakınlarına sosyodemografik anket, yaşam doyumu ölçeği, STAI testi birlikte uygulanmıştır. Uygulamadan önce ölçeklerle ilgili yönergeler okunmuş ve uygulamayla ilgili bir bilgi verilmiştir. Uygulama yaklaşık 15-25 dakika sürmüştür.

3.4.2. Verilerin analizi

İlk aşamada ölçekler ayrı ayrı değerlendirilmiş, ölçekleri eksik ya da yanlış olan hasta yakınları örneklemden çıkarılmıştır. Bunun sonucunda çalışma grubu için 331 hasta yakınlarının puanları değerlendirmeye alınmıştır.

Araştırmada veri toplama araçlarından elde edilen veriler SPSS 18.00 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Hasta yakınlarının yaşam doyumu ile durumluk ve sürekli kaygı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla Pearson Momentler Çarpım Korelasyon Tekniği uygulanmıştır. Hasta durumluk ve sürekli kaygılarının yaşam doyumlarına ilişkin varyansı ne kadar yordadığını ortaya koymak için Basit Regresyon Analizi Tekniği kullanılmıştır.

4. BULGULAR VE YORUMLAR

Tablo 2. Hastaların yaş dağılımları

Yaş Grubu	Sayı	Yüzde
14-30 yaş	35	10,6
31-60 yaş	141	42,6
61- ve üstü	155	46,8
Toplam	331	100,0

Yukarıdaki tabloda araştırmaya katılan hastaların yaş dağılımları verilmiştir. Buna göre araştırmaya 331 kişi katılmış olup, 14-30 yaş aralığında olanlar 35 kişi olup bu oranda araştırmanın %10.6 sını oluşturmaktadır. 31-60 yaş aralığında olanlar 141 kişi olup bu oranda araştırmanın %42.6 sını oluşturmaktadır. 61 yaş ve üstü olanlar ise, 155 kişi olup, bu oranda araştırmanın %46.8'ini oluşturmaktadır.

Tablo 3. Hastaların cinsiyet dağılımları

Cinsiyet	Sayı	Yüzde
Erkek	206	62,2
Kadın	125	37,8
Toplam	330	100.0
Toplam	331	100,0

Yukarıdaki tabloda araştırmaya katılan hastaların cinsiyet dağılımları verilmiştir. Buna göre araştırmaya 331 kişi katılmış olup, erkek katılımcıların oranı 206 kişi olup bu oranda araştırmanın %62.2'sini oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan kadınların sayısı ise 125 kişi olup bu oranda araştırmanın %37.8'ni oluşturmaktadır.

Tablo 4. Hastaların medeni durumu

Medeni Durumu	Sayı	Yüzde
Bekar	84	25,4
Evli	247	74,6
Toplam	331	100,0

Yukarıdaki tabloda araştırmaya katılan hastaların medeni durumları verilmiştir. Buna göre araştırmaya 331 kişi katılmış olup, bekar olanların oranı 84 kişi olup bu oranda araştırmanın %25.24'ünü oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan evlilerin sayısı ise 247 kişi olup bu oranda araştırmanın %74.6 sını oluşturmaktadır.

Tablo 5. Hastaların eğitim durumu

Eğitim Durumu	Sayı	Yüzde
Okur-yazar değil	87	26,3
Okur yazar	60	18,1
İlkokul	86	26,0
Ortaokul	16	4,8
Lise	58	17,5
Yüksek okul	24	7,3
Toplam	331	100,0

Yukarıdaki tabloda araştırmaya katılan hastaların eğitim durumları verilmiştir. Buna göre araştırmaya 331 kişi katılmış olup, okur-yazar olmayanlar 87 kişi olup bu oranda araştırmanın %18.1'ini oluşturmaktadır. Okur-yazar olanlar ise, 60 kişi olup, bu oranda araştırmanın %18.1'ini oluşturmaktadır. İlkokul mezunu olanların sayısı 86 kişi olup bu oran araştırmaya katılanların %26.0 oluşturmaktadır. Ortaokul mezunu olanlar 16 kişi olup, bu oran araştırmaya katılanların %4.8'ini oluşturmaktadır. Lise mezunu olanların sayısı, 58 kişi olup, bu oranda araştırmaya katılanların %17.5'ni oluşturmaktadır. Yüksekokul mezunu olanlar ise, 24 kişi olup, bu da araştırmanın %7.3'ünü oluşturmaktadır.

Tablo 6. Hastaların GKS skor dağılımları

GKS Skoru	Sayı	Yüzde
Anlamlı nörolojik hasar	153	46,2
Orta dereceli nörolojik hasar	12	3,6
Hafif nörolojik hasar	166	50,2
Toplam	331	100,0

Araştırmaya katılan hastaların 153'ü anlamlı nörolojik hasar olanların sayısı, 153 olup, bu oranda araştırmanın %46.2 sini oluşturmaktadır. Hastaların 12'si Orta dereceli nörolojik hasar olup, bu oranda araştırmanın %3.6 sini oluşturmaktadır. Hastaların 166'sı hafif nörolojik hasar olup, bu oranda araştırmanın %50.2 sini oluşturmaktadır.

Tablo 7. Hasta yakınlarının cinsiyet dağılımları

Hasta Yakınlarının Cinsiyeti	Sayı	Yüzde
Erkek	210	63,4
Kadın	121	36,6
Toplam	331	100,0

Yukarıdaki tabloda araştırmaya katılan hasta yakınlarının cinsiyet dağılımları verilmiştir. Buna göre araştırmaya 331 kişi katılmış olup, erkek katılımcıların oranı 210 kişi olup bu oranda araştırmanın %63.4'ünü oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan hasta yakınların kadın sayısı ise 121 kişi olup bu oranda araştırmanın %36.6'sını oluşturmaktadır

Tablo 8. Hasta yakınlarının yaş gruplarına göre dağılımları

Hasta Yakınlarının Yaş Gruplarına Dağılımı	Sayı	Yüzde
14-30 yaş	117	35,3
31 ve üstü	214	64,7
Toplam	331	100,0

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının yaş dağılımlarına bakıldığında; 14-30 yaş arası olanların sayısı 117 kişi olup bu oran araştırmanın, %35,3'ünü oluşturmaktadır. 31

yaş ve üstü hasta yakınlarının sayısı ise, 214 kişi olup, bu oranda araştırmanın %64.7 sini oluşturmaktadır.

Tablo 9. Hasta yakınlarının medeni durum dağılımları

Hasta Yakınlarının Medeni Durumu	Sayı	Yüzde
Bekar	89	26,9
Evli	242	73,1
Toplam	331	100,0

Hasta yakınlarının medeni durumlarını gösteren tablo 9'a bakıldığında; bekar olanlar araştırmanın 89'unu oluşturmaktadır. Bu oranda araştırmaya katılanların %26.9'unu oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan hasta yakınlarını olup da evli olanların sayısı ise, 242 kişi olup, bu oranda araştırmanın %73.1'ini oluşturmaktadır.

Tablo 10. Hasta yakınlarının eğitim durumu

Hasta Yakınlarının Eğitim Durumu	Frekans	Yüzde
Okur-yazar değil	17	5,1
Okur yazar	13	3,9
İlkokul	67	20,2
Ortaokul	41	12,4
Lise	92	27,8
Yüksek okul	101	30,5
Toplam	331	100,0

Yukarıdaki tabloda araştırmaya katılan hasta yakınlarının eğitim durumları verilmiştir. Buna göre araştırmaya 331 kişi katılmış olup, okur-yazar olmayanlar 17 kişi olup bu oranda araştırmanın %5.1'ini oluşturmaktadır. Okur-yazar olanlar ise, 13 kişi olup, bu oranda araştırmanın %3.9'unu oluşturmaktadır. İlkokul mezunu olanların sayısı 67 kişi olup bu oran araştırmaya katılanların %20.2'sini oluşturmaktadır. Ortaokul mezunu olanlar 41 kişi olup, bu oran araştırmaya katılanların %12.4'ünü oluşturmaktadır. Lise mezunu olanların sayısı, 92 kişi olup, bu oranda araştırmaya katılanların %27.8'ni oluşturmaktadır. Yüksekokul mezunu olanlar ise, 101 kişi olup, bu da araştırmanın %30.5'ni oluşturmaktadır.

Tablo 11. Hasta yakınlarının sağlık çalışanı olup olmaması durumu

Hasta Yakınlarının Sağlık Alanında Çalışıp Çalışmama Dağılımı	Sayı	Yüzde
Sağlık çalışanı	50	15,1
Sağlık alanında çalışmıyor	281	84,9
Toplam	331	100,0

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının sağlık alanında çalışanların oranı, 50 olup bu oranda araştırmanın %15.1'ini oluşturmaktadır. Sağlık alanında çalışmayanların oranı ise, 281 olup, bu da araştırmanın %84.9'unu oluşturmaktadır.

Tablo 12. Hasta yakınlarının çalışıp çalışmaması durumu

Hasta Yakınlarının Çalışıp Çalışmaması	Frekans	Yüzde
Çalışıyor	194	58,6
Çalışmıyor	137	41,4
Toplam	331	100,0

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının çalışanların sayısı 194 olup, bu oran araştırmanın %58.6 sını oluşturmaktadır: Çalışmayan hasta yakının sayısı ise, 137 olup, bu oranda araştırmanın%41.4 'ünü oluşturmaktadır.

Tablo 13. Hastanın önceden yoğun bakımda kalma durumu

Önceden Hastanız Yoğun Bakımda Kaldı mı	Sayı	Yüzde
Evet	123	37,2
Hayır	208	62,8
Toplam	331	100,0

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının daha önceden herhangi bir yakınım yoğun bakımda kaldı diyenlerin oranı 123 bu oran ise araştırmanın %37.2'sini oluşturmaktadır. Bundan önce yoğun bakımda hastalarının kalmadığını belirtenlerin oranı ise 208 olup, bu oranda araştırmanın %62.8 'ni oluşturmaktadır.

Tablo 14. Hastanın durumuna yönelik bilginin verilme sıklığı

Bilgi Verme Sıklığı	Sayı	Yüzde
Her gün	216	65,3
Sağlı Personelin Gerekli Gördüğünde	96	29,0
Acil Durumlarda	19	5,7
Toplam	331	100,0

Yukarıdaki, tabloda hastanızın sağlık durumu ile bilgilerin ne sıklıkla verildiğine; her gün bilgi verildiğini söyleyenlerin oranı 216 bu oranda araştırmanın %65.3'ünü oluşturmaktadır. Sağlık personelin gerekli gördüğünde bilgi verildiğini ifade edenlerin sayısı 96 olup, bu oran %29.0, acil durumlarda bilgi alıyorum diyenlerin oranı 19 olup, bu oranda araştırmanın %5.7 dir.

Tablo 15. Hasta yakınlarının yaşam doyumu ve durumluk kaygı arasındaki ilişki

	Durumluk Kaygı
Yaşam Doyumu R	.116*

* $p < .05$

Tablo 15 incelediğinde, hasta yakınlarının yaşam doyumu ile durumluk kaygıları arasında ($r = .116$, $p < .05$) pozitif yönde bir ilişki vardır.

Tablo 16. Hasta yakınlarının yaşam doyumu ve sürekli kaygı arasındaki ilişki

	Sürekli Kaygı
Yaşam Doyumu R	.302*

* $p < .05$

Tablo 16 incelediğinde, hasta yakınlarının yaşam doyumu ile sürekli kaygıları arasında ($r = .302$, $p < .05$) pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki vardır.

Tablo 17. Yaşam doyumu yordayıcısı olarak durumluk kaygı tablosu

Yaşam Doyumu									
	<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>R</i> ² _{ch}	<i>F</i>	<i>Df</i>	<i>B</i>	<i>β</i>	<i>T</i>	<i>p</i>
Sabit	.11 ^a	.013	.010	4.0009	1/295	16.597		5.951	.00 ^a
Durumluk Kaygı						.106	.116	2.002	.046

a. Sabit: Durumluk Kaygı

b. Bağımlı Değişken: Yaşam Doyumu

Tablo 17 den anlaşıldığı üzere regresyon analiz sonuçlarına göre, durumluk kaygı, hasta yakınlarının yaşam doyumlarını.013 düzeyinde açıklamaktadır. Yani durumluk kaygı, yaşam doyumunu açıklama gücü.013 dür. Her ne kadar bu değer yüksek sayılmayacak düzeyde olsa da =0.01 manidardır (F=4.0009). Bu durum yaşam doyumuna ilişkin değişkenliğin.013 durumluk kaygısı ölçeği puanlarından kaynaklanırken geri kalanın araştırmaya dahil edilmeyen değişkenlerden kaynaklandığı şeklinde yorumlanabilir.

Tablo 18. Yaşam doyumu yordayıcısı olarak sürekli kaygı tablosu

Yaşam Doyumu									
	<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>R</i> ² _{ch}	<i>F</i>	<i>Df</i>	<i>B</i>	<i>β</i>	<i>T</i>	<i>p</i>
Sabit	.30 ^a	.091	.088	29.786	1/298	5.577		1.802	.00 ^a
Sürekli Kaygı						.296	.302	5.458	.035

a. Sabit: Durumluk Kaygı

b. Bağımlı Değişken: Yaşam Doyumu

Tablo 18 den anlaşıldığı üzere regresyon analiz sonuçlarına göre, sürekli kaygı, hasta yakınlarının yaşam doyumlarını.091 düzeyinde açıklamaktadır. Yani sürekli kaygı, yaşam doyumunu açıklama gücü.091 dir. Yüksek düzeyde açıklama gücüne sahiptir, =0.01 manidardır (F=29.786). Bu durum yaşam doyumuna ilişkin değişkenliğin.091 sürekli kaygısı ölçeği puanlarından kaynaklanırken geri kalanın araştırmaya dahil edilmeyen değişkenlerden kaynaklandığı şeklinde yorumlanabilir.

Tablo19. Hasta yakınlarının cinsiyet ile durumluk kaygıya göre t –testi sonuçları /tablosu

Cinsiyet	N	X	S	sd	t	p
Erkek	194	52.82	7.01	316	-.883	.002
Kadın	110	50.94	7.43			

Hasta yakınlarının durumluk kaygıları cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir [$t_{(316)} = -.883, p < .01$] Erkeklerin durumluk Kaygıları ($x = 52.82$), kadınların durumluk kaygıları ($x = 50.94$) dür. Kadınların durumluk kaygıları daha az görünmektedir. Bu bulgu cinsiyet değişkenine göre durumluk kaygıları arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Tablo 20. Hasta yakınlarının çalışıp çalışmama ile sürekli kaygıya göre t –testi sonuçları /tablosu

Çalışıp/Çalışmama	N	X	S	sd	t	p
Çalışıyor	179	57.31	6.35	315	2.246	.001
Çalışmıyor	128	55.55	7.34			

Hasta yakınlarının sürekli kaygıları çalışıp çalışmadıkları değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir [$t_{(315)} = 2.246, p < .01$] Çalışanların sürekli Kaygıları ($x = 57.31$), çalışmayanların sürekli kaygıları ($x = 55.55$) dir. Çalışmayanların, çalışanlara göre sürekli kaygıları daha fazla görünmektedir. Bu bulgu hasta yakınlarının çalışıp çalışmadıkları değişkenine göre sürekli kaygıları arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Tablo 21. Yaşam doyumu ölçeği puanlarının glasgow koma skalası değişkenine göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçlar

Puan	Grup	<i>f</i> , \bar{x} ve <i>ss</i> Değerleri			ANOVA Sonuçları					
		<i>N</i>	\bar{x}	<i>ss</i>	Var. K.	<i>KT</i>	<i>Sd</i>	<i>KO</i>	<i>F</i>	<i>P</i>
Yaşam Doyumu	Anlamlı nörolojik hasar	146	21,74	6,59	G.Arası	346,44	3	15,481	2,6590,000	
	Orta dereceli nörolojik hasar	12	20,90	3,69	G.İçi	13638,29	314	43,434		
	Hafif nörolojik hasar	160	22,96	6,72	Toplam	13984,72	317			
	Toplam	318	22,27	6,64						

Tabloda görüldüğü üzere yaşam doyumu ölçeği puanlarının Glasgow Koma Skalası değişkenine göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=2,659$; $p<0,001$). Bu işlemin ardından farklılıkların hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizlerine geçilmiştir. Hangi tekniğin kullanılacağına karar vermek için varyansların homojenliği test edilmiş ve varyansların homojen olmadığı saptanmıştır (Bu nedenle Tamhane's T2 testi tercih edilmiş ve sonuçlar aşağıda sunulmuştur.

Tablo 22. Yaşam doyumu ölçeği puanlarının glasgow koma skalası değişkenine göre hangi gruplar arasında farklılaştığını belirlemek üzere yapılan tamhane's T2 testi sonuçları

Gruplar (i)	Gruplar (j)	$\bar{x}_i - \bar{x}_j$	$Sh_{\bar{x}}$	<i>p</i>
Anlamlı nörolojik hasar	Orta dereceli nörolojik hasar	-0,846	2,15	0,695
	Hafif nörolojik hasar	-1,21	0,75	0,000
Orta dereceli nörolojik hasar	Anlamlı nörolojik hasar	0,846	2,15	0,795
	Hafif nörolojik hasar	-2,062	2,14	0,001
Hafif nörolojik hasar	Anlamlı nörolojik hasar	1,21	0,75	0,000
	Orta dereceli nörolojik hasar	2,06	2,14	0,001

Tablo 22 de görüldüğü üzere yaşam doyumu ölçeği puanlarının Glasgow Koma Skalası değişkenine göre hangi gruplar arasında farklılaştığını belirlemek üzere yapılan Tamhane's T2 testi sonucunda söz konusu farklılıkların Anlamlı nörolojik hasar ile hafif nörolojik hasar grubu arasında hafif nörolojik hasar grubu lehine $p < 0,001$ düzeyinde; orta nörolojik hasar grubu ile orta gelir grubu ile hafif nörolojik hasar grubu arasında lehine $p < 0,01$ düzeyinde gerçekleştiği saptanmıştır. Diğer grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 23. Yaşam doyumu ölçeği puanlarının hasta yakınlarının eğitim durumu değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçlar

Puan	Grup	<i>f</i> , \bar{x} ve <i>ss</i> Değerleri			ANOVA Sonuçları					
		<i>N</i>	\bar{x}	<i>ss</i>	Var. K.	<i>KT</i>	<i>Sd</i>	<i>KO</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Yaşam Doyumu	Okur-yazar değil	15	22,00	5,70	G.Arası	498,74	5	99,749		
	Okur- yazar	13	18.46	8,56	G.İçi	13458,13	311	43,274		
	İlkokul	63	21,69	6,59	Toplam	13956,87	316			
	Ortaokul	37	21,08	6,69						2,3050,004
	Lise	89	22,11	6,97						
	Yüksekokul	100	23,80	5,96						
	Toplam	317	22,28	6,64						

Tabloda görüldüğü üzere yaşam doyumu ölçeği puanlarının hasta yakınlarının eğitim düzeyleri değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=2,305$; $p < 0,00$).

Tablo 24. Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarının Hasta Yakınlarının Eğitim Durumu Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçlar

Puan	Grup	<i>f</i> , \bar{x} ve <i>ss</i> Değerleri			ANOVA Sonuçları					
		<i>N</i>	\bar{x}	<i>ss</i>	Var. K.	<i>KT</i>	<i>Sd</i>	<i>KO</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Sürekli Kaygı	Okur-yazar değil	15	52,46	5,90	G.Arası	1106,42	5	221,285	5,029	0,000
	Okur- yazar	12	54.66	7,32	G.İçi	13244,88	301	44,003		
	İlkokul	62	55,85	6,57	Toplam	14351,30	306			
	Ortaokul	37	53,35	5,95						
	Lise	85	57,60	7,12						
	Yüksekokul	96	58,35	6,48						
	Toplam	307	56,60	6,84						

Tabloda görüldüğü üzere sürekli kaygı ölçeği puanlarının hasta yakınlarının eğitim düzeyleri değişkenine göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=5,029$; $p<0,00$).

5. TARTIŞMA

Yoğun Bakım Ünitesi, hasta yakınlarının strese maruz kaldığı ve psikologlara danışmak zorunda kaldıkları hastane üniteleridir. Yoğun bakım hastasının yakını olmak, aile üyeleri için travmatik olduğu kadar, hasta yakınlarının psikolojik sağlığını da olumsuz etkileyen stresli bir durumdur. Hastanın tüm aile üyeleri stres, anksiyete ve depresif semptomlar için risk altındadırlar (5).

Hasta yakınları, hastalarının ölüm riski taşımalarından ve onların acı çektiklerini düşündükleri için kaygı duyarlar. Yoğun bakım üniteleri, monitörlerde kalp atımlarının görülmesi, infüzyon pompaları, ventilatörler, makinelerin çıkardığı sesler, parlak ışıklar, hastaların görünüşleri ile alışılmış çevreden farklı teknolojik ortamı ile ailenin yaşadığı kaygı ve anksiyetenin daha da çok artmasına sebep olurlar (58). Aile üyelerinin sevdikleri bir bireyi kaybetme korkusu, yaşanan bilinmezlik durumu, işinden uzak kalması, ekonomik kaygılar, ailenin hastasının rol ve sorumlulukları üstlenmesine bağlı olarak rol değişiklikleri meydana gelmesi de, hasta yakınlarında stres ve kaygı meydana gelmesine neden olabilir (59).

Hastane ortamında bulunmak, diğer hasta yakınlarının üzüntüsünü görmek, kötü haber alan hasta yakınlarının yaşadıklarına şahit olmak anksiyete ve depresyon oluşmasına neden olabilecek diğer unsurları oluşturmaktadır (60). Yoğun bakım hastalarının mekanik ventilatöre bağlı oldukları, konfüze oldukları, sedatize olmaları sebebiyle isteklerini ve sıkıntılarını dile getiremedikleri için hastalarla ilişki kurulamamakta buna bağlı olarak tedavi seçimi, karar verme işi hasta yakınlarına kalmaktadır. Bu çeşit bir deneyim aile üyelerinde stres seviyesini ve psikolojik semptom çeşitliliğini artırmaktadır. Hasta yakını ziyaretlerinin hastada infeksiyon gelişimine ve hemodinamik parametrelerinde taşikardi, hipertansiyon gibi değişikliklere neden olabilecekleri düşünüldüğü için hastaların yakınları tarafından görülmesi engellenmekte ve bu nedenle YBÜ'ne aile üyelerinin giriş çıkışları kısıtlamaya tabi tutulmaktadır (61). Bu ziyaret kısıtlamaları hasta yakınlarında strese neden olabilmekte ve bunun sonucu olarak da YBÜ çalışanlarına karşı güven eksikliği meydana getirebilmektedir (62).

Yoğun bakım hastalarının aile üyelerinin ihtiyaçları ilk kez 1979 yılında Molter tarafından araştırılmış ve hasta yakınlarının memnuniyetlerinin belirlenmesine yönelik

yapılan bir çalışmada ele alınmıştır (63). Bu çalışmada ailelerin gereksinimleri hastalarının durumlarında umut olduğunu hissetmek, hastaya yakın bir yerde bekleme odasının bulunması, hastanın durumunda değişiklik meydana geldiği takdirde telefonla aranmak, hastasının prognozunu ve hastalığındaki ilerlemelerle ilgili gerçekleri bilme, günde en az bir kez hastası hakkında bilgi alma, bilgi verilirken anlaşılır terimlerle açıklama yapılması, hastalarının şefkatli ve yetkili kişiler tarafından en iyi hizmetin verildiğinden emin olmak ve hastayı sık sık görmek olarak tespit edilmiştir. Ayrıca, sağlık personelinin ailenin hastasına bakım vermesine izin vermesini, bakımdan sorumlu personeli tanımayı, resmi ziyaret politikalarının olmasını ve kendilerine dürüst davranılmasını beklemektedirler. Bu ihtiyaçları karşılandığı zaman hasta yakınlarının memnuniyetinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (62).

1990'lı yıllarda araştırmacılar yoğun bakım hasta yakınlarının psikolojik durumlarını tanımlamaya çalışan araştırmalar yapmışlardır.

Perez-San Gregoria ve arkadaşları, kafa travması geçiren ve durumu ciddi olan 76 hasta yakınında çalışma yapmış ve bunların yarısından fazlasında depresyon, anksiyete, suicidal depresyon, düşük enerjili depresyon, hipokondria tespit etmişlerdir. Bu konudaki ilk çalışmalar, yoğun bakım ünitelerinin, hasta yakınlarının psikolojik ve mental sağlığına zarar verdiğini göstermiştir (64).

Livesay ve arkadaşları da yoğun bakımdaki hastaların ailelerinin, hastaları hakkında garanti verilmesini, bilgiye, desteğe, rahatlamaya ve hastaya yakın olmaya ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir (65). Aile ihtiyaçlarının karşılanmaması, artan stres, anksiyete ve depresyon ile sonuçlanabilir, hatta aile bütünlüğünü tehlikeye atabilir (62).

Ülkemizde, yoğun bakım hastalarının yakınlarında görülen psikolojik sorunlar hakkında yapılan araştırmaları incelediğimizde çalışmaların az sayıda olduğunu gördük (66). Bu nedenle tez çalışmamızda yoğun bakım hastalarının yakınlarında durumluk ve sürekli kaygı ile yaşam doyumları arasındaki ilişkiyi araştırmayı ve yoğun bakım hekimlerinin dikkatini bu konuya çekmeyi amaçladık.

Anksiyete, depresif bulgular, akut stres bozukluğu, post-travmatik stres bozukluğu, yoğun bakımda tedavi gören hastaların yakınlarında cinsiyete göre farklılıkları araştırmacıların çalışma konusu olmuştur (67). Breslau ve arkadaşlarının post-travmatik stres bozukluğunu cinsiyete göre kıyasladıkları bir çalışmada Detroid

şehrinde rastgele bilgisayar ile seçilen telefon numaraları ile 2181 kişilik örneklem grubu oluşturulmuştur. Araştırma sonucu anksiyeteye kadınlarda daha sık rastlanmasına rağmen, bütün yaşam süreci dikkate alındığında travmaya maruz kalma oranının erkeklerde kadınlara göre daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır (68).

Paparrigopoulos ve arkadaşları tarafından yapılan ve yoğun bakım hastalarının yoğun bakımda kaldıkları süre boyunca, aile üyelerinde meydana gelen psikolojik etkileri araştıran başka bir çalışmada, iki genel hastanenin yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların aile üyelerinde anksiyete, depresyon, post-travmatik stres bozukluğu incelenmiştir. Bu çalışmada post-travmatik stres bozukluğu %81, depresyon ve anksiyete %97 olarak bulunmuştur. Kadınlarda anksiyetenin erkeklerden daha fazla oranda olduğu görülmüştür. Ayrıca bu çalışmada ciddi kaygı belirtilerinin, post-travmatik stres bozukluğu gelişiminin erken tahmin edilmesinde fayda sağladığı ve erken tanının anksiyete ve depresyon gelişmesini engelleyebilecek bir unsur olduğu bulunmuştur (2).

Pochard ve arkadaşlarının yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların aile üyelerinde anksiyete ve depresyon belirtilerine yönelik gerçekleştirilen diğer bir çalışmada ise 637 hastanın aile üyesi değerlendirmeye alınmıştır. Aile üyelerindeki anksiyete ve depresyon semptomlarının prevalansı sırasıyla %69.1 ve %35.4 olarak bulunmuştur. Anksiyete ve depresyon semptomların tüm aile üyelerinin %72.7 sinde görüldüğü tespit edilmiştir. Kadın hasta yakınlarının anksiyete ve depresyona erkeklere göre daha yatkın olduğu belirlenmiştir (5).

Fumis ve Deheinzelin tarafından yapılan, kritik kanser hastalarının aile üyelerinde anksiyete ve depresyon belirtilerini değerlendiren diğer bir araştırmada 300 aile üyesi ile görüşülmüş ve çalışmaya katılanların %65'ini kadınlar oluşturmuştur. Bu çalışmada kadınlarda erkeklere göre daha fazla anksiyete ve depresyon belirtilerine rastlanmıştır (69).

McAdam ve arkadaşları mortalitesi yüksek olan yoğun bakım hasta yakınlarındaki psikolojik semptomları incelemişler ve bunun için 74 yoğun bakım hasta yakını ile görüşmüşlerdir. Bu araştırmanın sonucunda psikolojik semptomların prevalansı yüksek bulunmuştur. %57 hasta yakınında şiddetli travmatik stres, %80'inde borderline anksiyete semptomları, %70'inde borderline depresyon bulunmuştur.

%80'den fazla aile üyesinde psikolojik ve emosyonel stres (üzüntü, korku, yüksek seviyede stres bozukluğu, yorgunluk) mevcut olduğu görülmüştür. Semptomların şiddetinin kadınlar, genç yaş ve siyah ırkta daha fazla olduğunu göstermişlerdir. Hasta yakınları erkek ve kadın olarak kıyaslandığında, kadınlarda hem anksiyete hem de depresyon seviyesi yüksek bulunmuştur (70).

Chu ve Chan de kritik hastalık sürecinde aile üyelerinin stres ve başa çıkma stratejileri hakkında yaptıkları çalışmada %39 erkek ve %61'i kadın olan 133 hasta yakını ile yüz yüze görüşülmüş ve stres bozukluğunun kadınlarda erkeklerden daha fazla olduğu görülmüştür (71).

Wartella ve arkadaşları tarafından nöroloji yoğun bakımda yatan hastaların aile üyelerinde stres bozukluklarının incelendiği araştırmada 51 hastanın birinci derece yakınları ile görüşülmüştür. Araştırmaya katılan hasta yakınlarının %66'sı kadın ve %34'ü erkeklerden oluşmuş ve kadınlarda stres bozukluğunun daha fazla görüldüğü sonucuna varılmıştır (72).

Maruiti ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada 39 durumu ciddi yoğun bakım hastasının akrabalarında anksiyete ve depresyon semptomlarını incelemiş ve elde edilen verilerde hasta yakınlarının %73.4'ünün anksiyete semptomları, %35.4'ünde depresyon belirtileri gösterdiği tesbit edilmiştir. Buna karşın cinsiyet ve yaş ile anksiyete ve depresyon semptomları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki kurulamamıştır (73).

Anderson ve arkadaşları da yoğun bakım ünitesi hasta yakınlarında pasif karar vermenin anksiyete ve depresyonla ilişkisini araştırdıkları diğer bir çalışmada da 50 hasta yakınına değerlendirmişler ve anksiyete ya da depresyon semptomlarının cinsiyet, hastaya yakınlık derecesi ve etnik kökenle ilişkisini gösterememişlerdir (74).

Yoğun bakım hasta yakınlarının post-travmatik stres düzeyini araştıran başka bir çalışmada da cinsiyetle stres düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir (75).

Reiger ve arkadaşlarının yaptıkları diğer bir araştırmada ise gelişmekte olan ülkelerde anksiyete ve depresyonun cinsiyete göre farklılık göstermediği vurgulanmıştır. Aynı çalışmada cinsiyetler arasındaki sıklık farkının toplum merkezli araştırmalarda, klinik ortamdakilerden daha yüksek çıktığı bildirilmiştir (76).

Bizim yaptığımız çalışmada yoğun bakım hasta yakınlarının durumluk kaygıları cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur($p<0.01$). Erkeklerin durumluk kaygıları, kadınların durumluk kaygılarından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu durumun çalışmamıza katılan erkeklerin oranının %62.2, kadınların oranının %37.8 olmasından dolayı gerçekleşmiş olabileceği sonucuna vardık. Ayrıca toplumumuzda erkeklerin aynı anda iş, eş, babalık gibi birden çok rol üstlenmesi ve buna bağlı olarak işe gidememenin sebep olduğu ekonomik kaygıların da bu sonuca neden olduğunu düşünmekteyiz.

Anksiyete semptomlarının ciddiyeti aynı zamanda sosyodemografik faktörlerden de etkilenebilmektedir. Buna bağlı olarak eğitim de depresif belirtilerin şiddeti ile ilişkili olabilir. Yoğun bakımda hasta yakınlarının kısa dönem psikolojik etkileri incelendiğinde hasta yakınlarının eğitim düzeyinin %22'sinin üniversite, %62'sinin lise, %15'inin ilköğretim olduğu belirlenmiş ve eğitim düzeyi düşük olan olgularda kaygının daha yüksek olduğu bulunmuştur (2).

Chu ve Chan'in kritik hastalık sürecinde aile üyelerinin stres ve başa çıkma stratejileri incelendikleri çalışmada katılımcılarının %30.1'i ilkokul, %48.1'i ortaokul, %21.8'i yüksekokul seviyesinde kişilerden oluştuğu tespit edilmiş ve eğitim seviyesi ile stres düzeyi kıyaslandığında aralarında anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna varılmıştır (71).

Anderson ve arkadaşları yoğun bakım hastalarının akrabalarında karar vermeye katılım ile anksiyete ve depresyon arasındaki bağlantısını araştıran başka bir çalışmada ise düşük eğitim seviyesine sahip olan aile üyelerinin, hasta ile ilgili karar verilmesi gerektiğinde daha cesaretsiz ve sıkılgan davrandıklarını ve bu sebeple anksiyete yaşadıklarını bildirmişlerdir. Fakat depresyon ve eğitim seviyesi arasında ilişki saptanmamıştır (74).

Maruiti ve arkadaşları yoğun bakıma kabul edile hastaları akrabalarında kaygı ve depresyon semptomlarını inceledikleri araştırmalarında da yüksek eğitim seviyesine sahip hasta yakınlarının stres düzeyinin daha düşük olduğu bulunmuştur (73).

Bu araştırmaların tersine aile üyelerinin post-travmatik stres bozukluğunu inceleyen Anderson ve arkadaşları eğitim seviyesi ile anksiyete, depresyon ve post-travmatik stres bozukluğu arasında bağlantı olmadığı göstermişlerdir (75).

Bizim çalışmamızda hasta yakınlarının sürekli kaygılarının eğitim düzeyleri değişkenine göre farklılığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,00$). Eğitim seviyesi yüksek olanlarda kaygıya daha fazla rastlanmıştır. Bu sonuç eğitim seviyesi yüksek olan hasta yakınlarının, hasta hakkında verilen bilgileri eğitim seviyesi düşük olan gruba göre daha iyi anlamalarına ve hastalarının durumu ile ilgili farkındalıklarının daha fazla olmasına, bundan dolayı da hastalarının durumundan daha fazla etkilendikleri sonucuna varılmıştır.

Araştırmamızda, hasta yakınlarının sürekli kaygıları çalışıp çalışmadıkları değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0.01$). Çalışmayanların, çalışanlara göre sürekli kaygıları daha fazla görünmektedir. Bu bulgu hasta yakınlarının çalışıp çalışmadıkları değişkenine göre sürekli kaygıları arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu şeklinde yorumlanabilir. Çalışmayanlarda kaygının daha yüksek çıkmasını, maddi gereksinimleri nasıl karşılayacağı ve ekonomik masraflarının artacağı konusundaki endişelerinden kaynaklanmış olabileceği sonucuna vardık. Literatüre baktığımızda bu konuda yapılmış bir araştırmaya rastlayamadık.

Yoğun bakım bölümünde yatan hasta yakınlarının bir kısmında, hastalarının durumlarının ciddiyetine ve hastalıklarının süresine bağlı olarak psikolojik belirtiler izlenebilmektedir (60).

Tok ve ark. YBÜ'de tedavi gören 40 hasta yakını üzerinde yaptıkları çalışmalarında, hastalara APACHE II ve MODS skorlama sistemlerini uygulayarak hastalıklarının ciddiyetini belirlemiş ve hasta yakınlarına 0, 3, 7 ve 14. günlerde olmak üzere 4 kez HADS'ı (hastane anksiyete ve depresyon skalası) uygulayarak psikolojik etkilennemelerini araştırmışlardır. İlk ve 3. gün anketlerinde, hastaların APACHE II ve MODS skorları ile hasta yakınlarının anksiyete ve depresyon semptomlarını gösteren HADS skorları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamış ancak, diğer günlerde uygulanan anket sonucuna göre APACHE II ve MODS skorlarında artış olan olguların yakınlarında anksiyete ve depresyon semptomlarında artış olduğunu belirtmişlerdir (60).

Lins-Fumis ve Deheinzelin kanser hastalarının yakınlarında yaptıkları araştırmalarında, depresyon ve anksiyete semptomlarını özellikle uzun süreli ventilasyon ihtiyacı ve metastaz varlığı gibi durumlarla ilgili olduğunu göstermişlerdir (69).

Paparrigopoulos ve arkadaşları çalışmasında, hastanın tanısına ve yoğun bakıma yatışı sırasında oluşan komplikasyonlara göre oluşturulan alt gruplara baktıklarında, gruplar arasında belirgin fark olmadığını saptamışlardır (2).

Pochard ve arkadaşları çalışmasında, SAPS II, yatış süresi ve ölüm oranı gibi faktörler ile anksiyete ve depresyon semptomları arasında ilişki saptamamışlardır (5).

Pochard ve arkadaşları 78 YBÜ'de 544 hasta yakınında yaptıkları başka bir çalışmada ise hastanın yaşlı ve yüksek SAPS II skoruna sahip olmasını depresyon ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır (77).

Anderson ve arkadaşları hasta yakınlarında, anksiyete ve depresyon semptomlarını ölçmek amacıyla HADS kullanmış ve hastaların durumları ile anksiyete ve depresyon skorları arasında ilişki tespit edememişlerdir (75).

Tilden ve arkadaşları 74 yoğun bakım hastasının yakınında araştırma yapmış ve yoğun bakım ünitesinde yatıp mortalitesi yüksek olan hastaların yakınlarında post-travmatik stres bozukluğunun genel durumu iyi olan hasta yakınlarına göre belirgin olarak yüksek olduğunu ortaya koymuşlardır (78).

Bizim çalışmamızda yaşam doyumu ölçeği puanlarının Glasgow Koma Skalası değişkenine göre anlamlı nörolojik hasar ile hafif nörolojik hasar grubu arasında hafif nörolojik hasar grubu lehine $p<0,001$ düzeyinde; orta nörolojik hasar grubu ile hafif nörolojik hasar grubu arasında hafif nörolojik hasar lehine $p<0,01$ düzeyinde gerçekleştiği saptanmıştır. Bu durum yoğun bakım hastalarının durumları kritik olduğunda, yakınlarının yaşam doyumlarının azaldığını ve stres düzeylerinin yükseldiğini göstermiştir.

İlk kez 1961 yılında Neugarten tarafından ortaya atılan yaşam doyumu kavramı, bir insanın beklentileriyle (ne istediği), elinde olanların (neye sahip olduğu) karşılaştırılması ile elde edilen durum ya da sonuçtur (79).

Bir toplumdaki bireylerin yaşam doyumu düzeyinin, temel olarak o toplumdaki refah düzeyi, sağlık hizmetleri ve eğitim olanakları ile ilişkili olduğu öne sürülmektedir (80). Eğitim olanakları ve hizmetleri ile yaşam doyumu arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda akademik yaşantıyla ilgili doyum arttıkça, yaşam doyumunun arttığı bildirilmektedir (81).

Çalışmamızda yaşam doyumunun eğitim düzeyi ile arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,00$). Bu sonuç eğitim durumunun artmasının sosyal ilişkileri artırdığı, kişiye özgüven kazandırdığı, kişinin sahip olduğu imkanları artırdığı ve tüm bu faktörlerin yaşam doyumunu etkileyebileceğini düşündük.

Deniz ME. ve arkadaşları engelli çocuğa sahip olan ebeveynlerin durumluk-süreklilik kaygılarının yaşam doyumları üzerindeki etkisini incelemek ve ebeveynlerin durumluk-sürekli kaygıları ve yaşam doyumlarının cinsiyet, çocuğun engel türü ve eğitim gruplarına katılıp katılmama değişkenlerine göre anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığını saptamayı amaçlayan araştırma sonucunda durumluk-sürekli kaygının yaşam doyumunu anlamlı düzeyde yorumladığı görülmüştür (82).

Bizim araştırmamızda hasta yakınlarının yaşam doyumları ile durumluk kaygıları arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Sürekli kaygının, hasta yakınlarının yaşam doyumlarını yüksek düzeyde açıklama gücüne sahip olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hasta yakınlarının yaklaşık olarak 2/3'ü erkek ve 30 yaş üzeri gruptur. Hasta yakınlarından 1/3 ünden fazlası hastalarının daha önceden de yoğun bakım ünitesinde tedavi altına alındığını belirtmiştir. Bu sonuç yoğun bakım hasta yakınlarının kaygı düzeylerini düşürücü eğitim programı uygulama planlandığında dikkate alınmalıdır. Çok sayıda yoğun bakım ünitelerinde tedavi altına alınan hastaları bekleyen yakınları bir kez bilgilendirilirse, daha sonra hastaları yoğun bakıma yattığında daha az kaygı ile hastalarını bekleyeceklerdir.

Hasta yakınlarının 1/3'ne her gün düzenli olarak hastaları hakkında bilgi verilmemektedir. Bu durumda hasta yakınlarının özellikle durum kaygılarını artırabilir. Bu açıdan yoğun bakım ünitelerinde sadece hasta hakkında bilgi verme görevi bulunan personel bulundurulması yerinde olacaktır.

Lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip hasta yakınlarının kaygı düzeylerinin diğer eğitim gruplarına göre oldukça yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum yoğun bakım ünitesinde tedavi altındaki hasta yakınlarından özellikle eğitim düzeyi yüksek gruba daha fazla zaman ayırarak hastalarına uygulanan iş ve işlemler hakkında ayrıntılı bilgi vermenin daha elzem olduğunu göstermektedir.

Yüksekokul - üniversite mezunu olan hasta yakınlarını yaşam doyum düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Beklenildiği üzere anlamlı veya orta düzeyde nörolojik hasarı bulunan hastaların yakınlarının, hafif nörolojik hasarlı hastaların yakınlarına göre yaşam duyumları önemli düzeyde düşüktür. Bu durum yoğun bakım ünitelerinde tedavi altına alınan hastalarda eğer anlamlı veya orta düzeyde nörolojik hasar var ise bu hastaların yakınlarına psikolojik destek ve hatta bazılarında psikoterapi gerekebileceğini göstermektedir.

Yoğun bakım ünitesinde tedavi altındaki hastanın yakını eğer sürekli gelir getiren bir işte çalışmıyor ise kaygı düzeyinin, çalışan gruba göre yüksek olduğu saptanmıştır. Bu grubun kaygılarının kaynağına yönelik araştırmalar yapılması yararlı olacaktır. Sosyal güvencelerinin olmamasından dolayı hastalarının kendilerine karşılayamayacakları bir maddi külfete yol açacağı kaygısı bu grubun kaygı düzeylerinin yüksek olmasına yol açmış olabilir.

Erkek hasta yakınlarının kaygı düzeylerinin önemli düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum yoğun bakım ünitelerinde tedavi altında bulunan hastaların yakınlarına yönelik kaygı giderici bilgilendirme ve eğitim faaliyetlerinde cinsiyet faktörünün de önemli olduğunu göstermektedir.

Sürekli kaygı durumu hasta yakınlarının yaşam doyum düzeylerini çok önemli ölçüde olmak üzere açıklamaktadır. Diğer bir deyişle yaşam doyumuna ilişkin değişkenliğin önemli bir bölümü sürekli kaygıdan kaynaklanmakta az bir kısmı ise diğer değişkenlere bağlı olmaktadır.

Oysa durumluk kaygı hasta yakınlarının yaşam doyumlarının az bir kısmını açıklamaktadır.

Yaşam doyum düzeyi yüksek olan hasta yakınlarının, durum kaygıları da yüksek olmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Akpir K. Yoğun Bakım Temel İlkeleri. Tüzüner F, editör. Anestezi, Yoğun Bakım, Ağrı. 1. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, 2010;1199-208.
2. Paparrigopoulos T, Melissaki A, Efthymiou A, Tsekou H, Vadala C, Kribeni G, et al. Short- term psychological impact on family members of intensive care unit patients. J Psychosom Res 2006;61:719-22.
3. Maruiti MR, Galdeano LE, Dias Farah OG. Anxiety and depressions in relatives of patients admitted in intensive care units. Acta Paul Enferm 2008;21:636-42.
4. Garrouste-Orgeas M, Willems W, Timsit JF, Diaw F, Brochon S, Vesin A, et al. Opinions of families, staff, and patients about family participation in care in intensive care units. J Crit Care 2010;25:634-40
5. Pochard F, Azoulay E, Chevret S, Lemaire F, Hubert P, Canoui P, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: Ethical hypothesis regarding decision-making capacity. Crit Care Med 2001;29:1893-7.
6. Keçik Y. Temel Anestezi .Ankara :Güneş Tıp Kitabevi,2012,961-962.
7. Ristagno G, Weil MH. History of Critical Care Medicine: The Past, Present and the Future. Intensive and Crit Care Med 2009;1:3-17
8. Ferdinande P. Recommendations on minimal requirements for Intensive Care Departments. Intensive Care Med 1997;23:226-32.
9. Kılıç YA. Yoğun bakım skorlama sistemleri: neden, nasıl, biz neredeyiz? Yoğun Bakım Dergisi 2002;2:26-31.
10. Kayhan Z. Klinik Anestezi. Genişletilmiş 3. Baskı. İstanbul: Logos Yayıncılık, 2004;850.
11. Knaus WA, Zimmerman JE, Wagner DP, Draper EA, Lawrence DE. APACHE- Acute physiological and chronic health evaluation: A physiologically based classification system. Crit Care Med 1981;9:591-7.

12. Daley J, Jencks S, Draper D, Lenhart G, Thomas N, Walker J. Predicting hospital-associated mortality for medicare patients. A method for patients with stroke, pneumonia, acute myocardial infarction, and congestive heart failure. *JAMA* 1988;260:3617-24.
13. Wagner DP, Knaus WA, Draper EA. Statistical validation of a severity of illness measure. *Am J Public Health* 1983;73:878-84.
14. Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. APACHE II: a severity of disease classification system. *Crit Care Med* 1985;13:818-29.
15. Ho KM, Lee KY, Williams T, Finn J, Knuiman M, Webb SAR. Comparison of Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) II score with organ failure scores to predict hospital mortality. *Anaesthesia* 2007;62:466-73.
16. Çivi Sakarya M. Yoğun Bakımda Skorelama Sistemleri. Tüzüner F, editör. *Anestezi, Yoğun Bakım, Ağrı*. 1. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, 2010;1209-20.
17. Ulus F, Günel Sazak H, Tunç M, Şavklıoğlu E, Şipit T, Karlılar B, et al. APACHE II skorelama sistemi solunumsal yoğun bakım ünitesinde mortalite hızını belirlemede başarılı mıdır? *Solunum Hastalıkları* 2006;17:167-71.
18. Karabıyık L. Yoğun Bakımda Skorelama Sistemleri. *Yoğun Bakım Dergisi*. 2010;9(3):129-143.
19. Ünal N, Ögencil E. Yoğun Bakımda Skorelama Sistemleri. *Cerrahi Dergisi*. 2002;2:26-31.
20. Afessa B, Gajic O, Keegan MT. Severity scoring in the ICU. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2008;52:467-78.
21. Le Gall JR, Loirat P, Alperovitch A, Glaser P, Granthil C, Mathieu D, et al. A Simplified Acute Physiology Score for ICU patients. *Crit Care Med* 1984;12:975-7.
22. Le Gall JR, Lemeshow S, Saulnier F. A new Simplified Acute Physiology Score (SAPS II) based on a European/North American multicenter study. *JAMA* 1994;271:1321.

23. Marshall JC, Cook DJ, Christou NV, Bernard GR, Sprung CL, Sibbald WJ. Multiple Organ Dysfunction Score: A reliable descriptor of a complex clinical outcome. *Crit Care Med* 1995;23:1638-52.
24. Le Gall JR, Klar J, Lemeshow S, Soulner F, Alberti C, Artigas A, et al. The Logistic Organ Dysfunction system. A new way to assess organ dysfunction in the intensive care unit. ICU Scoring Group. *JAMA* 1996;276:802-10.
25. Vincent JL, Moreno R, Takala J, Willatts S, De Mendonca A, Bruining H, et al. The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. On behalf of the Working Group on Sepsis-Related Problems of the European Society of Intensive Care Medicine. *Intensive Care Med* 1996;22:707-10.
26. Işık E, Uzbay T. Güncel Temel ve Klinik Psikofarmakoloji. 1. Baskı. Ankara: Golden Medya,2008.
27. Gökalp PG. Stress, anksiyete ve kadın. HÜKSAM, Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi, Hacettepe Üniversitesi Yayınları 2003;165-73.
28. Kocabaşoğlu N. Stress ve anksiyete, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi 2005;47:181-98.
29. Berrios GE. The history of mental symptoms. *Descriptive psychopathology since the nineteenth century*. Cambridge: Cambridge University Press,1996;263.
30. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Third Edition, Washington DC;1980.
31. Kocabaşoğlu N. Anksiyete bozukluklarına genel bir bakış. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi 2008;62:175-84.
32. Uzbay YT. Anksiyetenin nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri* 2002;1:5-13.
33. Davis M, Rainnie D, Casell M. Neurotransmission in the rat amygdala related to fear and anxiety. *Trends Neurosci* 1994;7:208-14.

34. Ninan PT. The functional anatomy, neurochemistry, and pharmacology of anxiety. *J Clin Psychiatry* 1999;60:12-17.
35. Balcıoğlu İ. Anksiyete bozukluklarının psikoendokrinolojisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002;3:45-51.
36. Connor KM, Davidson JR. Generalized anxiety disorder: neurobiological and pharmacotherapeutic perspectives. *Biol Psychiatry* 1998;44:1286-94.
37. Kılıç C, Eşel E. Stres tepkisi süreci. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2002;12:41-8.
38. Sullivan GM, Coplan JD, Kent JM, Gorman JM. The noradrenergic system in pathological anxiety: a focus on panic with relevance to generalized anxiety and phobias. *Biol Psychiatry* 1999;46:1205-18.
39. Eşel E. Genelleşmiş Anksiyete bozukluğunun nörobiyolojisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2003;13:78-87.
40. Tiihonen J, Kuikka J, Rasanen P, Lepola U, Koponen H, Liuska A, et al. Cerebral benzodiazepine receptor binding and distribution in generalized anxiety disorder: a fractional analysis. *Molecular Psychiatry* 1997;2:463-71.
41. Malizia AL. Receptor binding and drug modulation in anxiety. *Eur Neuropsychopharmacol* 2002;12:567-74.
42. Korpi ER, Grunder G, Luddens H. Drug interactions at GABA(A) receptors. *Prog Neurobiol* 2002;67:113-59.
43. Handley SL. 5-HT pathways in anxiety and its treatment. *Pharmacol Ther* 1995; 66:103.
44. Ramboz S, Oosting R, Amara DA, Kung HF, Blier P, Mendelsohn M, et al. Serotonin receptor 1A knockout: an animal model of anxiety-related disorder. *Proc Natl Acad Sci USA*. 1998;95:14476-81.
45. Brawman-Mintzer O, Lydiard RB. Biological basis of generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 1997;58:16-25.
46. Öner L, Le Compte A, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi, 2. Baskı, İstanbul, 1998

47. Yetim U. Kişisel Projeler Acısından Yaşam Doyumu. Psikoloji Seminer Kitabı- Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayını, İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi.1992;9:51-67.
48. Yuksel O. İnsan Kaynakları Yönetimi. Altıncı Baskı, Ankara: Gazi Kitabevi, 2007.
49. Keser A. İş Doyumu ve Yaşam Doyumu İlişkisi: Otomotiv Sektöründe Bir Uygulama. Çalışma ve Toplum Dergisi 2005;4:77-95.
50. Telman N. Unsal P. Çalışan Memnuniyeti. İstanbul: Epsilon Yayınevi, 2004.
51. Dikmen A.A. İş Doyumu ve Yaşam Doyumu İlişkisi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Fakültesi Dergisi 1995; 50: 115- 140.
52. Aşan O. ve Erenler E. İş Tatmini ve Yaşam Tatmini İlişkisi. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2008; 13: 203-216.
53. Dikmen A.A. Kamu çalışanlarında İş Doyumu ve Yaşam Doyumu. Yüksek Lisans Tezi Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi ve Siyaset Bilimi Yönetim Bilimleri Anabilim Dalı, 1995.
54. Yılmaz G, Keser A, Yorgun S. Konaklama İşletmelerinde çalışan Sendika Üyelerinin İş ve Yaşam Doyumunu Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması. Paradoks Ekonomi, Sosyoloji ve Politika Dergisi 2010;6:87-107.
55. Bilge F, Sayan A, ve Kabakci OF. Aile Mahkemesi Uzmanlarının eslek Doyumları, Yaşam Doyumları ve İlişkilerine Yönelik İnançlarının İncelenmesi. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi 2009;4:20-31.
56. Gümüş H. Farklı Mesleklerde Çalışanların İş ve Yaşam Doyumlarının Tükenmişlik Düzeyleri Açısından Karşılaştırılması. Doktora Tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, 2006.
57. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2009; s: 221-227.

58. Foss KR, Tenholder MF. Expectations and needs of persons with family members in an Intensive Care Unit as opposed to a general ward. *South Med J* 1993;86:380-4.
59. Leske JS. Interventions to decrease family anxiety. *Crit Care Nurse* 2002;22:61-5.
60. Tok G, Ok G, Erbüyün K, Aydemir Ö, Tok D. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların yakınlarında görülen anksiyete ve depresyon. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi* 2009;7:1-5.
61. Marco L, Bermejillo I, Garayalde N, Sarrate I, Margall MA, MC Asiain. Intensive care nurses' beliefs and attitudes towards the effect of open visiting on patients, family and nurses. *Nurs Crit Care* 2006;11:33-41.
62. Lange P. Family stress in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2001;29: 2025-6.
63. Molter NC. Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart Lung* 1979;8:332-9.
64. Perez-San Gregorio MA, Blanco-Picabia A, Murillo-Cabezas F, Dominguez-Roldan JM, Sanchez B, Nunez-Roldan A. Psychological problems in the family members of gravely traumatised patients admitted into an intensive care unit. *Intensive Care Med.* 1992;18(5):278-28
65. Livesay S, Gilliam A, Mokracek M, Sebastian S, V.Hickey J. Nurses' perceptions of open visiting hours in neuroscience intensive care unit. *J Nurs Qual* 2005; 20: 182-9.
66. Alacacioğlu A. Kanser Hastaları ve Hasta Yakınlarının Depresyon, Umutsuzluk ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Tıbbi Onkoloji Uzmanlık Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2007.*
67. Brewin CR, Andrews B, Rose S, Kirk M. Acute stress disorder and post-traumatic stress disorder in victims of violent crime. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 360- 6
68. Breslau N, Chilcoat HD, Kessler RC, Peterson EL, Lucia VC. Vulnerability to assaultive violence: further specification of the sex difference in post-traumatic stress disorder. *Psychol Med* 1999; 29:813- 21.

69. Lins Fumis RR, Deheinzelin D. Family members of critically ill cancer patients: assessing the symptoms of anxiety and depression. *Intensive Care Med* 2009;35:899-902.
70. McAdam JL, Dracup KA, White DB, Fontaine DK, Puntillo KA. Symptom experiences of family members of intensive care unit patients at high risk for dying. *Crit Care Med* 2010;38:1078-85.
71. Chui W Y-Y, Chan S W-C. Stress and coping of Hong Kong Chinese family members during a critical illness. *J Clin Nursing* 2007;16:372-81.
72. Wartella JE, Auerbach SM, Ward KR. Emotional distress, coping and adjustment in family members of neuroscience intensive care unit patients. *J Psychosom Res* 2009;66:503-9.
73. Maruiti MR, Galdeano LE, Dias Farah OG. Anxiety and depressions in relatives of patients admitted in intensive care units. *Acta Paul Enferm* 2008;21:636-42.
74. Anderson WG, Arnold RM, Angus DC, Bryce CL. Passive Decision-making preference is associated with anxiety and depression in relatives of patients in the intensive care unit. *J Crit Care* 2009;24:249-54.
75. Anderson WG, Arnold RM, Angus DC, Bryce CL. Posttraumatic stress and complicated grief in family members of patients in the intensive care unit. *J Gen Intern Med* 2008;23:1871-6.
76. Reiger DA, Narrow WE, Rae DS. The epidemiology of anxiety disorders. *J Pychitry Res Suppl*, 1990;2:3-14.
77. Pochard F, Darmon M, Fassier T, Bollaert P-E, Cheval C, Coloigner M, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. Aprospective multicenter study. *J Crit Care* 2005;20:90-6.
78. Tilden VP, Tolle SW, Nelson CA, Fields J. Family decision-making to withdraw life-sustaining treatments from hospitalized patients. *Nurs Res*. 2001;50(2):105-115.
79. Özer M, Karabulut ÖÖ . Yaşlılarda yaşam doyumu. *Geriatrici*, 2003;6:72-74.
80. Wagner CG . The well-being of nations. *Futurist* 2006; 40:12.

81. Chow HPH Life satisfaction among university students in a Canadian prairie city: a multivariate analysis. Soc Indic Res 2005;70: 139-150.
82. Deniz E, Dilmaç B, Arıcak T. Uluslar arası İnsan Bilimleri Dergisi 2009;6:1

EKLER**Ek 1. Glasgow Koma Skoru**

Göz açma		Sözel yanıt		Motor yanıt	
Spontan	4	Oryante (kooperasyon kurulabilir)	5	Emirlere uyuyor	6
Sözel uyarı ile	3	Konfüzyon (dezoryante)	4	Ağrıyı lokalize edebiliyor	5
Ağrılı uyarılarla	2	Uygunusuz kelimeler	3	Ağrıya ekstremitelerini çekiyor (flex)	4
Yanıt yok	1	Anlaşılamayan sesler	2	Dekortike rijiditesi*	3
		Yanıt yok	1	Deserebre rijiditesi**	2
				Yanıt yok	1

* Üst ekstremitede flexiyon, alt ekstremitede ekstansiyon, ** üst ekstremitede ekstansiyon ve iç rotasyon, alt ekstremitede rotasyon.

Ek 2. Durumluk Kaygı Ölçeği

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Su anda sınırlarım gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Sınırlarımın çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutmam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

Ek 3. Sürekli Kaygı ölçeği

Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Lütfen herbir ifadeyi okuyarak, bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Örneğin okuduğunuz ilk ifade size uygun ise "EVET", uygun değil ise "HAYIR" seçeneğini seçiniz.

	Evet	Hayır
1. Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum.		
2. Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.	(E)	(H)
3. İşler kötüye giderken bile herşeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor	(E)	(H)
4. Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum.	(E)	(H)
5. Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.	(E)	(H)
6. Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum.	(E)	(H)
7. Geleceğimi karanlık görüyorum.	(E)	(H)
8. Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.	(E)	(H)
9. İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiç bir neden yok.	(E)	(H)
10. Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı.	(E)	(H)
11. Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor.	(E)	(H)
12. Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum.	(E)	(H)
13. Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.	(E)	(H)
14. İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.	(E)	(H)
15. Geleceğe büyük inancım var.	(E)	(H)
16. Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre birşeyler istemek aptallık olur.	(E)	(H)
17. Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.	(E)	(H)
18. Gelecek bulanık ve belirsiz görünüyor.	(E)	(H)
19. Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum.	(E)	(H)
20. İsteddiğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.	(E)	(H)

EK 4. Yaşam Doyum Ölçeği

Aşağıda 5 ifade vardır. Bu ifadelerin size uygunluk derecesini belirlemek amacıyla 1'den 7'ye kadar seçenekler sunulmuştur. Bu derecelendirilmiş seçeneklerden size uygun olan derecelendirme numarasını ifadelerin karşısında yer alan çizginin üzerine yazınız.

1. Hiç uygun değil
2. Uygun değil
3. Biraz uygun değil
4. Ne uygun, ne uygun değil
5. Biraz uygun
6. Uygun
7. Çok uygun

.....1. Yaşamım birçok yönüyle ideallerime yakın.

.....2. Yaşam koşullarım çok iyi.

.....3. Yaşamımdan hoşnutum.

.....4. Şu ana kadar istediğim şeyleri elde edebildim.

.....5. Yeniden dünyaya gelseydim yaşamımda hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim.

EK 5 Hastaya Ait Bilgiler

Yoğun bakımda hasta yakınlarının durumluk ve sürekli kaygıları ile yaşam doyumu arasındaki ilişkinin incelenmesi değerlendirmesi çalışmasının Hastaya Ait Bilgi Formu

HASTAYA AİT BİLGİLER (BÖLÜM 1)

1- Ad-Soyad:

2- Yaş:

3- Cinsiyet:

1) erkek 2) kadın

4- Medeni durumu:

1) bekar 2) evli 3) dul / boşanmış

5-Eğitim durumu:

1) okur-yazar değil 2) okur-yazar 3) ilkokul 4) ortaokul 5) lise

6) yüksekokul ve üzeri

6- Tanısı:

7- Yatış süresi:

8- GKS skoru:

EK 6. Hasta Yakınlarına Ait Kişisel Bilgiler

Yoğun bakımda hasta yakınlarının durumluk ve sürekli kaygıları ile yaşam doyumu arasındaki ilişkinin incelenmesi değerlendirmesi çalışmasının Hasta Yakınlarına Ait Bilgi Formu

HASTA YAKINLARINA AİT KİŞİSEL BİLGİLERİ (BÖLÜM 2)

Sayın hasta yakını;

Bu form size ve hastanıza ait bilgileri içeren sorulardan oluşmaktadır. Yakınınızın hastanede yattığı süre içerisinde yaşadığınız güçlükler ve gereksinimlerinizi belirleyerek hasta bakımını planlamamızda ve hizmet kalitesini artırmakta bilgi sağlayacaktır. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

1-Cinsiyetiniz nedir?

1) erkek 2) kadın

2-Yaş:

3-Medeni durumunuz nedir?

1) bekar 2) evli 3) dul

4-Eğitim durumunuz nedir?

1) okur-yazar değil 2) okur-yazar 3) ilkokul 4) ortaokul 5) lise

6) yüksekokul ve üzeri

5-Mesleğiniz nedir?

6-Şu anda çalışıyor musunuz?

1) evet 2) hayır

7-Hastanıza yakınlık dereceniz nedir?

1) karım 3) oğlum 5) annem 7) kız kardeşim 9) diğer (belirtiniz...)
2) kocam 4) kızım 6) babam 8) erkek kardeşim

8-Daha önce yoğun bakım ünitesinde yatan hastanız oldu mu?

1) evet 2) hayır

9-Hastanın sağlık durumuna ilişkin sizce yeterli bilgi veriliyor mu?

1) evet 2) hayır

10-Hastanızın sağlık durumuna ilişkin bilgiyi hangi sıklıkta alıyorsunuz?

1) her gün 2) sağlık personelinin gerekli gördüğü sürede

3) acil durumlarda

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ANABİLİM DALI

**YOĞUN BAKIM HASTA YAKINLARINDA DURUMLUK VE SÜREKLİ
KAYGI İLE YAŞAM DOYUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Dr. Salime AVCI

Uzmanlık Eğitimine Başlama Tarihi : 08.09.2008

Uzmanlık Eğitimini Bitirme Tarihi : 21.06.2013

Uzmanlık Sınavı Tarihi : 21.06.2013

Tez Danışmanı : Prof.Dr. Mehmet KIZILKAYA

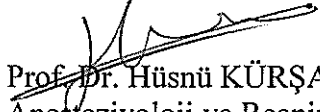
Jüri üyesi : Prof. Dr. Hüsnü KÜRŞAD

Jüri üyesi : Prof. Dr. Mehmet KIZILKAYA

Jüri üyesi : Prof.Dr. Leyla SAĞLAM

Jüri üyesi : Doç.Dr. Mehmet BİLİCİ

Jüri üyesi : Yrd.Doç. Dr. Ayşenur DOSTBİL


Prof. Dr. Hüsnü KÜRŞAD
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Başkanı

Haziran-2013
ERZURUM