



**T.C.**

**AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ  
ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ**

**AFYONKARAHİSAR İLİ YOĞUN BAKIM  
ÜNİTELERİNDE VE PALYATİF SERVİSTE  
YATAN HASTALARIN YAKINLARINDAKİ UYKU  
KALİTESİ, ANKSİYETE VE DEPRESYON  
DÜZEYİ**

**Arş. Gör. Dr. Sümeyye YÜKSEL  
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN  
Prof. Dr. Tuba Berra SARITAŞ**

**ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON  
ANABİLİM DALI**

**AFYONKARAHİSAR 2024**



T.C.  
AFYON SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ

Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı

AFYONKARAHİSAR İLİ YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE VE  
PALYATİF SERVİSTE YATAN HASTALARIN  
YAKINLARINDAKİ UYKU KALİTESİ, ANKSİYETE VE  
DEPRESYON DÜZEYİ

Arş. Gör. Dr. Sümeyye YÜKSEL  
TIPTA UZMANLIK TEZİ

Danışman  
Prof. Dr. Tuba Berra SARITAŞ

AFYONKARAHİSAR 2024

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca tüm bilgi ve deneyimlerini her zaman benimle paylaşan, tezimin planlanması ve yürütülmesinde benden destek ve yardımlarını esirgemeyen değerli hocam, Prof. Dr. Tuba Berra SARITAŞ'a

Tam donanımlı ve bilgili bir uzman olabilmem için bu süre boyunca gereken tüm desteği ve tecrübeyi bana sunan, tüm imkanlarıyla bana büyük emek veren değerli hocalarım, Prof. Dr. Remziye Sıvacı'ya, Prof. Dr. Elif DOğAN BAKI'ya, Dr. Öğr. Üyesi Bilge Banu TAŐDEMİR MECİT'e ve Dr. Öğr. Üyesi Bilal Atilla BEZEN'E,

Asistanlığım sürecinde iyi ve kötü günlerimizi paylaştığımız, birlikte çalıştığımız asistan arkadaşlarıma, anestezi teknisyeni, yoğun bakım ve ameliyathane hemşire ve personeline,

Bu günlere gelmemde büyük emeği olan, maddi ve manevi tüm imkan ve desteklerini hiçbir zaman benden esirgemeyen sevgili annem Nurlu Yüksel'e ve sevgili babam Mehmet Yüksel'e, varlığıyla ve destekleriyle beni mutlu eden kardeşlerim Mustafa ve Mücahit'e

Sonsuz sevgi, saygı ve teşekkürlerimle...

Dr. Sümeyye YÜKSEL  
Afyonkarahisar, Ağustos 2024

**AFYONKARAHİSAR İLİ YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE VE  
PALYATİF SERVİSTE YATAN HASTALARIN YAKINLARINDAKİ UYKU  
KALİTESİ, ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYİ**

**Sümeyye YÜKSEL**

**Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık  
Tezi**

**Ağustos 2024**

**Danışman: Prof. Dr. Tuba Berra SARITAŞ**

**ÖZET**

**Amaç:** Bu araştırma; yoğun bakım ünitemizde ve palyatif serviste yatmakta olan hasta yakınlarının uyku kalitesinin, anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi ayrıca bu durumların yaş cinsiyet medeni durum eğitim durumu hastaya yakınlık durumu ile bağlantısının saptanması amacıyla yapılmıştır.

**Gereç Ve Yöntemler:** Çalışmamız Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hastanesinde 04.09.22- 04.09.23 tarihleri arasında yoğun bakımımızda veya palyatif serviste yatmış toplam 151 hasta yakını ile gerçekleştirilmiştir. Psikiyatrik hastalık öyküsü veya hastası 1 haftadan daha kısa süreli yatmış olan hasta yakınları çalışmaya dahil edilmedi. Hasta yakınlarının yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, hastaya yakınlık durumu değerlendirildi. Uyku kalitesi Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ile değerlendirildi. Depresyon, anksiyete semptomları sırasıyla Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ile değerlendirildi.

Katılan kişilerin yaş ortalaması 47,48 ve standart sapması 14,93 olarak hesaplandı. Katılımcıların %49,7'si kadın ve %50,3'ü erkektir. Kişilerin %87,4'ü evli ve %11,9'u bekardır. Eğitim durumları incelendiğinde kişilerin %4'ünün okuryazar olmadığı, %29,1'inin ilkökul ve altı olduğu, %21,9'unun ortaokul mezunu olduğu, %15,9'unun lise mezunu olduğu ve %18,5'inin yüksekokul mezunu olduğu ve %10,6'sının lisans ve üstü mezunu olduğu bulunmuştur. Kişilerin yakınlık durumları incelendiğinde %65,6'sının 1.derece akraba, %11,3'ünün 2.derece akraba, %9,3'ünün uzaktan akraba ve %13,9'unun eş cevabını verdiği belirlendi.

**Bulgular:** Hasta yakınlarının %63,6'sının anksiyete ve %53,6'sının depresyon semptomlarına sahip olduğu görüldü. Hasta yakınlarından % 97,4'ü kötü uyku ile ilişkilendirilmiştir. Kişilerin Pittsburg Uyku İndeksi skorlarının ortalaması  $9,61 \pm 3,16$  olarak; Beck Depresyon ölçeği skorlarının ortalaması  $16,61 \pm 11,18$  ve Beck Anksiyete ölçeği skorlarının ortalaması  $17,66 \pm 14,14$  olarak elde edildi. Analizler sonucunda 1.derece akraba cevabını veren kişilerin Pittsburgh uyku indeksleri uzaktan akraba cevabını veren kişilerin uyku indekslerinden yüksektir. Kadınların depresyon skorları erkeklerin skorlarından yüksektir. 1.derece akraba ve eş cevabını veren kişilerin depresyon skorları 2.derece akraba cevabı veren kişilerin skorlarından yüksektir. 70 yaş ve üzeri grubunun anksiyete skorları 31-43 yaş grubundan yüksektir. Kadınların anksiyete skorları erkeklerin skorlarından yüksektir. Eş cevabını veren kişilerin anksiyete skorları 2.derece akraba cevabı veren kişilerin skorlarından yüksektir.

Yoğun bakımda bulunan hasta yakınlarının Pittsburgh Uyku İndeksi, palyatif bakımdaki hasta yakınlarınınkinden daha yüksektir. Palyatif bakımda bulunan hasta yakınlarının ise Beck Anksiyete puanları, yoğun bakım hasta yakınlarınınkine göre daha yüksektir.

**Sonuç:** Yoğun bakım ve palyatif servis hasta yakınlarının anksiyete ve depresyon düzeylerinin arttığı ve uyku kalitelerinin bozulduğu göz önüne serilmiştir. Ayrıca depresyon ve anksiyete düzeylerinin yükselmesiyle uyku kalitesinin de bozulduğu gösterilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Hasta yakını, anksiyete, depresyon, uyku kalitesi.



**SLEEP QUALITY, ANXIETY, AND DEPRESSION LEVELS IN RELATIVES  
OF PATIENTS HOSPITALIZED IN INTENSIVE CARE UNITS AND  
PALLIATIVE CARE SERVICES IN AFYONKARAHISAR**

**Research Assistant Doctor Sümeyye YÜKSEL**

**Afyonkarahisar University of Health Sciences Faculty of Medicine Department  
of Anesthesiology and Reanimation Thesis**

**August-2024**

**Supervisor: Prof. Dr. Tuba Berra SARITAŞ**

**ABSTRACT**

**Objectives:** This study was conducted to determine the sleep quality, anxiety, and depression levels of relatives of patients hospitalized in our intensive care unit and palliative service, as well as to establish the connection of these conditions with age, gender, marital status, educational status, and closeness to the patient.

**Materials And Methods:** Our study was conducted at Afyonkarahisar Health Sciences University Hospital between 04.09.22 and 04.09.23 with a total of 151 relatives of patients hospitalized in our intensive care unit or palliative ward. Relatives with a history of psychiatric illness or whose patients were hospitalized for less than 1 week were not included in the study. Age, gender, marital status, educational status, and proximity to the patient were evaluated. Sleep quality was assessed using the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Depression and anxiety symptoms were evaluated using the Beck Depression Inventory (BDI) and Beck Anxiety Inventory (BAI), respectively.

The mean age of the participants was 47.48 years with a standard deviation of 14.93. Of the participants, 49.7% were female and 50.3% were male. Among the participants, 87.4% were married and 11.9% were single. Regarding educational status, 4% of the respondents were illiterate, 29.1% were primary school graduates or below, 21.9% were secondary school graduates, 15.9% were high school graduates, 18.5% were college graduates, and 10.6% had a bachelor's degree or higher education. When the closeness to the patient was analyzed, 65.6% were 1st degree relatives, 11.3% were 2nd degree relatives, 9.3% were distant relatives, and 13.9% were spouses.

**Results:** It was found that 63.6% of the patient relatives had anxiety symptoms and 53.6% had depression symptoms. Additionally, 97.4% of the patient relatives were associated with poor sleep quality. The mean Pittsburgh Sleep Quality Index score was  $9.61 \pm 3.16$ , the mean Beck Depression Inventory score was  $16.61 \pm 11.18$ , and the mean Beck Anxiety Inventory score was  $17.66 \pm 14.14$ . As a result of the analysis, the Pittsburgh sleep indices of those who answered as 1st degree relatives were higher than those who answered as distant relatives. Women's depression scores were higher than men's scores. The depression scores of 1st degree relatives and spouses were higher than those of 2nd degree relatives. The anxiety scores of those aged 70 and above were higher than those of the 31-43 age group. Women's anxiety scores were higher than men's. The anxiety scores of those who answered as spouses were higher than those of 2nd degree relatives. The Pittsburgh Sleep Quality Index scores of relatives of patients in intensive care were higher than those of relatives of patients in

palliative care. However, the Beck Anxiety scores of relatives of patients in palliative care were higher than those of relatives of patients in intensive care.

**Conclusions:** It has been shown that anxiety and depression levels in relatives of intensive care and palliative service patients increased and sleep quality deteriorated. Additionally, as depression and anxiety levels increase, sleep quality deteriorates.

**Keywords:** Patient relatives, anxiety, depression, sleep quality.



# İÇİNDEKİLER

Sayfa

İÇ KAPAK.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER .....	vii
KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ .....	ix
TABLolar ÇİZELGESİ.....	x
ŞEKİLLER ÇİZELGESİ.....	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	12
2. GENEL BİLGİLER .....	14
2.1. YOĞUN BAKIM .....	14
2.1.1. Yoğun Bakım Ünitesi Tanımı.....	14
2.1.2. Yoğun Bakım Ünitesinin Hasta Yakınları Üzerine Etkileri .....	14
2.1.3. Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hasta Yakınlarının Gereksinimleri. ....	15
2.2. Palyatif Bakım .....	20
2.2.1. Palyatif Bakım Tanımı ve Amacı .....	20
2.2.2. Palyatif Bakım Gerektiren Hastalıklar.....	20
2.2.3. Palyatif Bakımda Hasta Yakınları .....	21
2.3. ANKSİYETE.....	22
2.3.1. Anksiyete Tanımı ve Tarihçesi .....	22
2.3.2. Anksiyetenin Epidemiyolojisi.....	23
2.3.3. Anksiyete Risk Faktörleri ve Etiyolojisi.....	23
2.3.4. Anksiyete Belirtileri.....	24
2.4. DEPRESYON.....	25
2.4.1 Depresyon Tanımı ve Tarihçesi.....	25
2.4.2 Depresyon Epidemiyolojisi.....	25
2.4.3 Depresyon Risk Faktörleri ve Etiyolojisi.....	26
2.4.4. Depresyon Belirtileri.....	28
2.5. UYKU.....	29
2.5.1 Uyku ile İlgili Genel Bilgiler .....	29
2.5.2 Uykunun Fizyolojisi .....	30

2.5.3 Uykunun Evreleri.....	30
2.5.4 Uykunun İşlevi.....	31
2.5.5 Uykuyu Etkileyen Faktörler.....	31
2.5.6. Uyku Bozuklukları.....	33
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	35
3.1. PİTTSBURGH UYKU KALİTESİ İNDEKSİ (PUKİ).....	35
3.2. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (BDÖ) .....	36
3.3. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ .....	38
3.4. İSTATİKSEL ANALİZ.....	38
4. BULGULAR .....	39
5. TARTIŞMA .....	49
6. SONUÇ .....	55
7. KAYNAKÇA.....	57

## KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ

<b>BAÖ</b>	: Beck anksiyete ölçeği
<b>BDÖ</b>	: Beck depresyon ölçeği
<b>IES</b>	: Impact of Event Scale
<b>NREM</b>	: Non Rapid Eye Movement
<b>PSG</b>	: Polisomnografi
<b>PUKİ</b>	: Pittsburh uyku kalitesi indeksi
<b>REM</b>	: Rapid Eye Movement
<b>VLPO</b>	: Ventrolateral Preoptic Nucleus



## TABLolar ÇİZELGESİ

### Sayfa

<b>Tablo 1.</b> Anksiyete Epidemiyolojisi .....	23
<b>Tablo 2.</b> Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları.....	39
<b>Tablo 3.</b> Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Toplam Puanlarının Dağılımı ve Güvenilirlik Analizi .....	40
<b>Tablo 4.</b> Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Pittsburg Uyku İndeksi Skorlarının Dağılımları ve Karşılaştırmaları.....	41
<b>Tablo 5.</b> Katılımcıların Demografik Özelliklerine Beck Depresyon Skorlarının Dağılımları ve Karşılaştırmaları.....	42
<b>Tablo 6.</b> Katılımcıların Demografik Özelliklerine Beck Anksiyete Skorlarının Dağılımları ve Karşılaştırmaları.....	43
<b>Tablo 7.</b> Katılımcıların Yaşları İle Ölçek Skorları Arasındaki İlişkiler .....	44
<b>Tablo 8.</b> Çalışmada Kullanılan Ölçek Skorları Arasındaki İlişkiler.....	44
<b>Tablo 9.</b> Katılımcıların Hasta Gruplarına Göre Demografik Özelliklerinin Dağılımları Ve Karşılaştırılması .....	46
<b>Tablo 10.</b> Hasta Gruplarına Göre Ölçeklerin Toplam Puanlarının Dağılımı Ve Karşılaştırılması .....	47
<b>Tablo 11.</b> Ölçeklerin Toplam Puanlarının Dağılımı.....	47
<b>Tablo 12.</b> Katılımcıların Hasta Gruplarına Göre Ölçek Toplam Puanlarının Dağılımları ve Aralarındaki İlişkiler .....	48

# ŞEKİLLER ÇİZELGESİ

Sayfa

**Şekil 1.** Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Skorlarına Ait Histogram Grafikleri ..... 45



## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yoğun bakım üniteleri (YBÜ), riskli ve kritik durumda olan hastaların tedavi ve bakımlarının yapıldığı, profesyonel sağlık ekibi, fiziksel yapıları, özel araç ve gereçleri ile diğer birimlere göre farklı bir yerdir. Bu nedenle, yoğun bakım terimi hem hastalar hem de yakınları için korkutucu ve endişe verici bir etki yaratabilir (1). Yoğun bakım ünitelerinin kısıtlı ziyaretçi kabul etmesi, karmaşık teknolojik cihazların kullanılması ve kapalı alan olmaları, hastalar ve yakınları için endişe ve stres kaynağı olabilir (2).

Yoğun bakım ünitelerinde ve palyatif servislerde ilgi hasta ve hastalık üzerine olmaktadır. Ancak hasta yakınlarının hissettiği korku, endişe ve merak gibi duygular genellikle göz ardı edilir ve bu kişiler sadece hasta için malzeme temini veya evrak işlemleri gibi görevlerle ilişkilendirilir (3). Yoğun bakım ünitelerine hasta kabulü genellikle ani ve plansız şekilde gerçekleşmekte olup, bu durum hastaların ciddi bir sağlık sorunu yaşadığını göstermektedir. Hasta yakınları için bu genellikle beklenmedik bir durumdur ve bireylerin yaşamlarında negatif etkilere sebep olabilir (4).

Türk aile yapısında güçlü aile bağları öne çıkmakta, bu nedenle bir aile üyesinin sağlığı bozulduğunda diğer üyelerin sevdiklerinin yanında olma isteği doğal bir davranış olarak görülmektedir. Sevdiklerinin yaşam ile ölüm arasında hassas bir dengede olduğunu fark etmelerinin, yoğun olumsuz duyguların yaşanmasına zemin hazırlayabileceği unutulmamalıdır. Hastaların yakınları, hastanın kritik durumu, hastalığın belirsiz seyri, yeterli bilgiye ulaşamama, sağlık personelinin olumsuz tutumları, tedavi sürecine dair bilgi eksikliği, çevresel faktörler ve karmaşık tıbbi ekipmanlar gibi nedenlerle korku, endişe, fiziksel ve zihinsel yorgunluk, uykusuzluk, umutsuzluk ve hayal kırıklığı gibi stres ve anksiyete belirtilerini içeren bir kriz süreci yaşamaktadırlar.

Hasta yakınlarının yaşadığı olumsuz duyguları en aza indirmek için, düzenli bilgilendirme yapılması, uygulanan tedavi ve tetkikler sırasında yakınların süreçte dahil edilmesi ve işbirlikçi bir yaklaşım sergilenmesinin güven duygusunu artırabileceği belirlenmiştir.

Bu çalışmamızda; yoğun bakım ünitemizde ve palyatif serviste yatmakta olan hasta yakınlarının uyku kalitesinin, anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi ayrıca bu durumların yaş cinsiyet medeni durum eğitim durumu hastaya yakınlık durumu ile bağlantısının saptanması amacıyla yapılmıştır.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. YOĞUN BAKIM

#### 2.1.1. Yoğun Bakım Ünitesi Tanımı

Yoğun bakım, bir veya daha fazla organ veya organ sistemlerindeki fonksiyon bozuklukları veya yetmezliklerin takibi, tanısı ve tedavisi için çeşitli disiplinlerin bir araya geldiği bir tedavi yöntemler bütünüdür (5, 6).

Yoğun Bakım Üniteleri (YBÜ), ciddi durumdaki hastaların sürekli izlendiği, yaşamsal fonksiyonlarının profesyonel sağlık ekibi tarafından takip edildiği ve özel tedavi metotlarının uygulandığı, gelişmiş teknolojiye sahip cihazların bulunduğu, disiplinler arası bir ekip yaklaşımının önemsendiği, kesintisiz hizmet veren özel birimlerdir (6, 7).

Sağlık Bakanlığı'nın 2008 tarihli 11395 sayılı Genelgesi'ne göre yoğun bakım ünitesi; bir ya da daha fazla organ veya organ sistemlerinde ciddi işlev bozukluğu nedeniyle yoğun bakım gereksinimi olan hastaların iyileşmesini amaçlayan, yerleşim birimi ve hasta bakımı açısından ayrıcalık taşıyan, ileri teknolojiye sahip cihazlarla donatılmış, 24 saat yaşamsal göstergelerin gözlemi ve hasta tedavisinin yapıldığı klinikler olarak ifade edilmiştir (8).

#### 2.1.2. Yoğun Bakım Ünitesinin Hasta Yakınları Üzerine Etkileri

Yoğun bakım üniteleri, kritik ve risk altında olan hastaların tedavi ve bakım süreçlerinin yürütüldüğü, uzman sağlık ekipleri, özel tasarlanmış fiziki yapıları ve ileri teknolojiye sahip ekipmanlarıyla diğer birimlerden belirgin şekilde ayrılan alanlardır. Bu nedenle, yoğun bakım kavramı hem hasta hem de hasta yakınları açısından korkutucu ve kaygı verici bir izlenim yaratmaktadır. (1). Yoğun bakım ünitelerinin kısıtlı ziyaretçi kabul etmesi, karmaşık teknolojik cihazların kullanılması ve kapalı alan olmaları, hastalar ve yakınları için endişe ve stres kaynağı olabilir (2).

Yoğun bakım ünitesindeki hastaların genel durumları ve bilinç düzeylerindeki değişiklikler göz önünde bulundurulduğunda, hasta yakınları tedavinin yönlendirilmesi ve etkin kararların alınması sürecinde önemli bir rol oynamaktadır (9, 10).

Hasta yakınları, hasta bireyi kaybetme korkusu, maddi endişeler, artan rol ve sorumluluklar, diğer aile üyelerinden uzak kalma, tanı ve tedavi süreçlerine dair belirsizlik, hastalığın seyri hakkındaki öngörülemezlik gibi çeşitli nedenlerle anksiyete ve depresyon yaşayabilir. Bu durum, aile üyelerinin psikolojik destek alma gereksinimini artırabilmektedir.

Hasta yakınları, yoğun bakımda bulunan sevdiklerinin ihtiyaç duyduğu bakımın eksiksiz bir şekilde sağlandığını bilmek istemektedir. Hasta yakınlarının korku, endişe ve üzüntülerini azaltmak amacıyla, yoğun bakım ünitesinin işleyişi, kullanılan cihaz ve ekipmanlar, sağlık ekibinin rolü, uygulanan bakım süreçleri, hastalığın seyri, tedavi amaçları, hasta yakınları için sunulan bekleme salonu imkanları, bilgilendirmelerin kim tarafından, ne sıklıkla, ne zaman ve nerede yapılacağı gibi detaylar açıklanmalıdır. Ayrıca, hastanın durumunda değişiklik olması halinde evdeyken aranma süreci, enfeksiyon önleme tedbirleri, ziyaret gün ve saatleri ile sağlanan destek sistemleri gibi konular da hasta yakınlarıyla paylaşılmalıdır. Plansız yatışlarda hasta ve yakınlarının psikolojik açıdan hazırlık aşaması da yoktur. Hasta yakınlarının desteklenmeye ve bilgilendirilmeye ihtiyaçları vardır.

### **2.1.3. Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hasta Yakınlarının Gereksinimleri**

Yoğun bakım ünitesinde görevli doktor ve hemşireler, hasta yakınlarının hastalarının klinik durumu hakkında doğru bilgi almasını sağlamak, bu konuda iyi iletişim kurmak ve hasta yakınlarının öncelikli ihtiyaçlarını karşılamakla birinci derecede sorumludur (11-13). Yoğun bakım çalışanları, hasta ve hasta yakınlarına yardımcı olma niyetinde olsalar da bazen hasta yakınlarının sorunlarını tam olarak anlayamayabilir, gereksinimlerini göz ardı edebilir veya unutabilirler (14-16). Yoğun bakım çalışanları, hastanın kritik durumuna odaklanarak tanı, tedavi, hayati fonksiyonların takibi ve bakım hizmetleriyle ilgilenirken, hasta yakınlarının endişe, korku ve merak içinde olabileceğini gözden kaçırıp onları yalnızca resmi işlemleri yürüten kişiler olarak görebilirler (17).

Bireyin kritik bir hastalık nedeniyle yoğun bakım ünitesine kabul edilmesi, hasta kadar aile üyeleri için de büyük bir kriz yaratır. Aile içinde krize yol açan en önemli faktörlerden biri, aile üyelerinden birini kaybetme olasılığının getirdiği korku ve kaygıdır (18, 19).

## Krizi Etkileyen Faktörler;

1-Kültürel Bakış: Hasta ve ailesi, hastalığa ilişkin tutum ve yaklaşımlarda kültürel nedenlerle farklı görüşlere sahip olabilir. Kültürel unsurlar, örneğin değer yargıları, davranış normları, hastalığı önleme ve tedavi etme yöntemleri ile ölüme verilen tepkiler gibi alanlarda, kültürler arasında belirgin farklılıklar gösterebilir. Bazı kültürlerde hastalığın nedeni lanet, işlenen bir suçun cezası veya nazar olarak görülürken, diğer bazı kültürlerde evrendeki uyumsuzluklar veya tanrıya kavuşma olarak kabul edilebilir (14).

2-Yoğun Bakım Ortamı: Aile üyelerinden birinin yoğun bakım ünitesine yatışı, ortamın alışılmışın dışında olması nedeniyle aile bireyleri üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır. Yoğun bakım ünitesinde olumsuz etki yaratabilecek unsurlar; çevresel uyaranlar (EKG cihazı, monitörler), invaziv işlemler (cerrahi müdahaleler, intravenöz tedavi, diyaliz), bilgi eksikliği, yetersiz iletişim, fizyolojik faktörler (ağrı, hipoksi, dolaşım bozukluğu) ve ölüm korkusu olarak sıralanabilir (20).

3-İç Dengeyi Tehdit: Aile normal şartlarda sabit iç dengesini devam ettirir. Fakat yaşamsal süreçteki hastalık, ölüm gibi olaylarda bu denge bozulur. Dengenin bozulmasıyla meydana gelen kriz durumu tüm aileyi olumsuz etkiler. Her aile için değişikliklerin ya da gereksinimlerin sıklığı benzer olsa da bazı aileler diğerlerine kıyasla krizden daha çok etkilenir. Burada bilişsel unsurlar önemlidir. Bazı aileler yaşanan durumlara olumsuz anlamlar atfederken, bazıları bu şekilde bir yaklaşım sergilemeyebilir. Aileden birinin yoğun bakım ünitesine yatması durumunda, aile üyelerinin bu olaya yükledikleri anlam; kriz sırasında yaşanan duygular, stres düzeyi, krizle birlikte gelen anksiyete ve başa çıkma becerilerine bağlı olarak farklılık gösterir (20, 21).

4-Olayların Ortaya Çıkışı: Hastalığın ortaya çıkış biçimi, ailenin tepkilerini şekillendirerek kriz durumunun daha hızlı gelişmesine neden olabilir. Hastaneye planlı yatış, ameliyat sonrası yoğun bakım ünitesinde planlı takip durumlarında aile olaya hazırlıklıdır ayrıca beklenen bir durum olduğu için olayı kabullenir. Ancak kalp krizi, trafik kazası, zehirlenme gibi ani bir durumda aile üyeleri ne yapacaklarını bilemeyebilirler. Böyle bir durumla ilk kez karşılaşan aile üyeleri, hastaneye

geldiklerinde nasıl davranacaklarını, yoğun bakım ünitesindeki prosedürleri ve kritik durumdaki hastanın durumunu anlamakta zorlanabilirler (18-20, 22, 23).

5-Rol Çatışması: Hastanın hastaneye yatışı ile beraber sosyal rolde kayıplar olur. Eğer hasta birey anne ise, çocukları tarafından sevgi veren, koruyucu rolü, baba ise evin düzeni ile ilgili işleri yerine getiren, destek veren eş rolü kaybedilmiştir Anne veya babanın hastaneye yatmasıyla, diğer eş hem kendi rolünü hem de hasta eşin sorumluluklarını üstlenmek zorunda kalır. Hasta olan bireyin rolünü üstlenen aile üyesi, bu durumla başa çıkmakta güçlük yaşayabilir (18, 24).

6-Sorumlulukların Değişimi: Aile üyelerinden birinin yoğun bakım ünitesine kabul edilmesiyle, hasta bireyin aile içerisindeki desteği ortadan kalkar. Hasta bireyin sorumlulukları geride kalan aile bireylerinin üzerine yüklenir. Aile üyelerinde farklı düzeylerde rahatsızlık ve sıkıntıya yol açan bu sorumluluk artışı, hasta birey hastaneden taburcu olana kadar veya sorumluluklar başka birine devredilene kadar devam eder. Mali zorlukların yanı sıra, önemsiz görünen günlük işler de yönetilmesi güç bir hale gelebilir.

7-Hastanın Terminal Evrede Olması: Yoğun bakım ünitesinde en ağır kriz durumları hastanın terminal evreye girdiği dönemleri kapsamaktadır. Bu dönemde hasta yakınları uzun süre kaçındıkları ölüm gerçeğiyle yüzleşirler. Hasta yakınları bazen ölüm deneyimiyle ilk kez karşılaşabilirler. Bu durumda, olayın bireyler üzerindeki etkisi daha da derin olabilir (25).

Hastasının hastanede yatıyor olması nedeniyle, özellikle uzun tedavi süreçlerinde hasta yakınları, kendi ihtiyaçlarını göz ardı edebilir ve bu durum duygusal ve maddi zorluklarla karşılaşmalarına neden olabilir. Bu nedenle hasta yakınlarının yaşam düzeni aksamakta, diğer aile bireyelerine ve kendi günlük aktivitelerine olan ilgileri azalmaktadır ve sonuçta kişi tüm zamanını ve dikkatini hastayla ilgilenmek için harcayabilmektedir.

Hasta yakınlarının sürekli hastane ortamında bulunması, ölümcül bir hastalıkla baş etmenin zorluğu, yoğun üzüntü içinde olan diğer hasta yakınlarını görmek, ölüm haberlerine tanık olmak ve tedavi sürecinin uzamasıyla umutsuzluk duygularının artması, bireylerde anksiyete ve depresyon gelişimine katkıda bulunabilecek faktörler arasındadır (26-28).

Yoğun bakım ünitesinde yakını bulunan ailelerin gereksinimleri temelde üç grupta toplanmaktadır (22, 29, 30).

1- Bilgi Gereksinimi,

2- Duygusal/ Psikolojik Destek Gereksinimi,

3- Kişisel Gereksinimler.

1-Bilgi Gereksinimi: Literatürde, yoğun bakımda tedavi gören hastaların yakınlarının en öncelikli gereksiniminin bilgi ihtiyacı olduğu belirtilmiştir. Hasta yakınları, sevdiklerine en iyi bakımın sağlandığından emin olmayı arzu ederler. Hastanın prognozunu, uygulanan tedavinin sebebini, hastada meydana gelen değişiklikleri bilmek hasta yakınlarının endişelerinin giderilmesi için önemlidir. Bijttebier ve arkadaşlarının araştırmasında, hasta yakınlarına yapılan bilgilendirmelerin, evlerinden telefonla aranma isteklerini azalttığı ve hastane personelinin kendileriyle ilgilendiği duygusunu pekiştirdiği tespit edilmiştir. Araştırmalarda, ailelerin en önemli ihtiyacının bilgi olduğu sonucuna varılmıştır (11).

2-Duygusal/Psikolojik Destek Gereksinimi: Hasta yakınları hastaya yardım edebilme ve yakın olma gereksinimi duymaktadırlar. Hastaya yakın olma gereksiniminin temelinde hasta ailelerinin hastalarını görememe ya da istedikleri zaman ziyaret edememeleri sonucu oluşan kaygı bulunmaktadır. Hastanın durumu çok kritikse aileler daha sık ziyaret etmek, hastanın yanında olup ona yardımcı olmak isterler. Aile üyelerinin hastaya yardımcı olma isteklerinin temelinde, hastaya duygusal destek sağlamak, hissettikleri çaresizlik ve kontrol kaybını azaltmak yer alır (31).

3-Kişisel Gereksinimler: Yakınlarını kaybetme korkusu içinde olan aileler için günlük problemler önemini kaybetmekte, yalnızca hastaya odaklanılmaktadır. Sosyal güvencesi olan, maddi açıdan sıkıntısı olmayan hasta yakınları için kişisel gereksinimler önemli görülmeyebilmektedir. Bununla birlikte, hastaya yakınlarının yaşadığı stresi azaltmak için, aileye fiziksel rahatlık ve diğer kişisel gereksinimler (mali destek, konaklama, ulaşım vb.) konusunda yardımcı olunması onları rahatlatacaktır (32).

Yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların yakınlarının ihtiyaçları, 1979 yılında Molter'in hasta yakınlarının memnuniyetini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirdiği bir çalışmada ilk kez ele alınmıştır. Molter (17) tarafından yapılan araştırmada, hasta yakınları tarafından en önemli olarak belirlenen 10 gereksinim:

- Umut olduğunu hissetmek,
- Güvenilir ve aynı zamanda gerçek yanıtlar almak,
- Hastane çalışanlarının hastalarına nazik ve saygılı davranması,
- Hasta ihtiyaçlarının zamanında karşılanması,
- Hastanede kullanılan alet ve cihazların modern olması,
- Yemeklerin yeterli ve uygun sıcaklıkta olması,
- Fiziki ortamın (oda, banyo, tuvalet vb. ) temiz olması ve sürekli takip edilmesi, nevresim ve yastık kılıflarının temiz olması,
- Bekleme salonlarında yeterli oturma alanlarının olması,
- Hastane ortamının gürültüsüz olması,
- Hasta yakınları, hasta odalarının fazla kalabalık olmaması gibi beklentiler içerisindedir ve bu beklentilerin karşılanmasını umut ederler (33).

Hasta ve yakınlarının taleplerine saygı duyulmalı ve onların yaşam kalitesine önem verilmelidir; bu en önemli husustur (34).

Bazı kişiler bu zorlu durumu kabul ederken; bazıları ise uyum sorunu yaşayabilmektedir. Hasta yakınları yaşamış oldukları duruma karşılık çok çeşitli baş etme mekanizmaları kullanırlar. Kişiler öncelikle hastanın durumunun önemini anladığından hasta bireye karşı fazla sahiplenici bir tutum sergileyebilirler. Hastalığın önemsiz olduğuna inanmaya çalışarak kendilerini rahatlatırlar. Hastalığı kabullenmemek, başlangıçta yeterli bir savunma mekanizması gibi algılanabilir (24). Literatürde, psikolojik travma ve hastalığı inkar etme gibi tepkilerin hastalardan ziyade aile bireylerinde daha sık görüldüğü belirtilmektedir (22).

Yoğun bakım ünitesinde hastası olan aile üyelerinin gereksinimleri: bilgilenme, hastaya yardım etme, hastayla birlikte olma, duygularını ifade etme, destek alma ve kişisel gereksinimler olarak belirtilmektedir (29).

## **2.2. Palyatif Bakım**

### **2.2.1. Palyatif Bakım Tanımı ve Amacı**

Palyatif bakım tedavisi olmayan, ilerleyici ve ölümcül hastalıklarda yaşam kalitesini artırmaya çalışan bir bakım sistemidir (35). Hayat boyunca karşılaşılan akut ve kronik hastalıklar, kaliteli bir yaşam sürmeyi zorlaştırabilir ve bazen hasta ve yakınları için büyük bir sıkıntıya neden olabilir. Palyatif bakım hizmeti tedavisi mümkün olmayan hastalıkların varlığında gerek hasta gerekse de hasta yakınlarının ihtiyaç duyduğu bakım hizmetini karşılamak amacıyla tanımlanmıştır (36).

Palyatif bakım, küratif tedavi yaklaşımları gibi hastanın yaşam süresinin uzatılması veya hastalığın nedenini ortadan kaldırması için uğraşmaz, yaşamın doğal bir bitişi olarak ölümü kabul eder, ölümün ne çabuklaşması için ne de geciktirilmesi için çabalar (37). Palyatif bakım, hastalığın neden olduğu olumsuz etkileri hafifletmeyi amaçlar.

Palyatif bakımın temel amacı, hastaların, hastaya bakım verenlerin ve ailelerinin hayat kalitesini artırmak olup, yaşam sonu bakımın kalitesini artırmayı amaçlayan girişimlerin tamamı diye tanımlanabilir (38).

### **2.2.2. Palyatif Bakım Gerektiren Hastalıklar**

Palyatif bakım, yaşam kalitesini artırmaya ihtiyaç duyan kişilere hizmet verir. DSÖ'ye göre, tedavisi mümkün olmayan, hastalığı ilerleyen, spesifik tedaviye yanıt vermeyen, birden fazla semptomları ve sınırlı yaşam beklentisine sahip olan kişiler, palyatif bakımın hedef kitlesini oluşturur. Bu kişiler, hastalıkları boyunca tam zamanlı veya aralıklı olarak bakım ve desteklenmeye ihtiyaç duyarlar. Palyatif bakım; öncelikle primer hastalığın kontrolü, hastada görülen semptomlar, manevi, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlar, yaşam sonu dönemdeki ihtiyaçların saptanması ve yas süreciyle baş etme bileşenlerinden oluşmaktadır (38). Palyatif bakım gerektiren tıbbi durumlar; kanser, ciddi travmalar, organ yetmezlikleri, son evre demans, karaciğer sirozu vb. olabilir.

### 2.2.3. Palyatif Bakımda Hasta Yakınları

Son yüzyılda dünyada ve ülkemizde insanların beklenen yaşam süresi belirgin bir biçimde uzamaya başlamıştır. Yaşam süresinin uzaması, yaşlı nüfus, kronik hastalıklar, hastalıklardan sağ kalım süresi ve bakım ihtiyacı olan hastaların sayısındaki büyük bir artışı da beraberinde getirmiştir (39). Hastalar yaşamlarının sonuna yaklaştıkça, kendi ihtiyaçlarını karşılamakta zorlanabilir ve çocuklarına bakamaz hale gelebilirler. Ayrıca, şiddetli ağrı, idrar ve gaita kaçırma gibi sorunlarla karşılaşabilirler ve fiziksel görünümünde değişiklikler olabilir. Hastada oluşan bu değişiklikler hasta yakınlarını da etkilemektedir, çoğu zaman bakım vericilerin psikolojik yükü hastaninkinden daha fazla olmaktadır (40, 41). Hasta yakınlarının yaşamın son haftaları ve günlerinde tüm sorumluluğu üstlendiği, bu dönemin önemli ve zorlu olduğu bilinmektedir. Bu zor süreçte hastalar, yakınlarının bakımına muhtaç hale gelirler. Bakım verici rolü tüm aile için yıpratıcı ve zorlayıcı olan ağır bir sorumluluktur (39). Literatür taramalarında hasta yakınlarının bakım verici rolünü üstlendiklerinde, bakım yükleriyle birlikte fiziksel ve zihinsel morbidite açısından yüksek risk altında oldukları görülmüştür (42). Ayrıca terminal dönemdeki hastaların yakınları genellikle arka planda kalır ve dikkatler hastanın üzerinde yoğunlaşır. Sherif ve ark. terminal dönem kanser hastasına bakım veren hasta yakınlarıyla, kronik hastalığı olan hastalara bakım veren hasta yakınlarının anksiyete ve depresyon skorlarını incelemiş, terminal dönemdeki hastaların yakınlarında depresyon ve anksiyete puanları daha yüksek yaşama kaliteleriyle daha düşük çıkmıştır (43). Palyatif bakım sürecinde hasta yakınlarının bu durumu daha kolay geçirebilmesi için, bakım verenleri sürecin bir parçası olarak görmek, bakım vericinin durumunu ve ihtiyaçlarını değerlendirmek, uygun hizmetleri ve kaynakları kullanmak, bakımın pratik yönleri hakkında eğitim sağlamak ve yas sürecinde hasta yakınlarını desteklemek önemlidir (44).

Palyatif bakım hizmetlerinde, bakım vericilerin yaşadığı sıkıntılar, hastaların iyilik hallerini olumsuz etkileyebilir. Bu nedenle, hasta ve yakınları birlikte ele alınmalıdır (42).

## 2.3. ANKSİYETE

### 2.3.1. Anksiyete Tanımı ve Tarihçesi

Anksiyete, iç sıkıntısı, kaygı, bunaltı gibi duygularla ifade edilen ve zaman zaman her insanın yaşadığı doğal bir duygudur. Bu duygu, organizmanın biyolojik bir savunma mekanizmasıdır. Anksiyete, olası bir potansiyel tehlike hissedildiğinde ortaya çıkarak, kişinin kendini korumasını, gerekli önlemleri almasını, tehlikeye karşı direnmesini veya uyum sağlamasını ve bu şekilde sağlıklı bir yaşam sürdürmesine yardımcı olur (45). Anksiyete bozukluğu, bedensel tepkilerle birlikte kaygı ve korku durumlarının eşlik ettiği bir ruhsal durumdur. Anksiyete, herkesin zaman zaman yaşayabileceği normal bir tepki olmasına rağmen, anksiyete bozuklukları, bireyin yaşam kalitesinin yanı sıra toplum sağlığını da ciddi şekilde tehlikeye atar.

Eğer bu duygu, gerçek bir tehlike olmasa da kişinin günlük yaşamını etkileyen, endişe, korku veya felaket beklentisi gibi subjektif duygularla ortaya çıkıyorsa ve bu durum kişinin günlük yaşamını, sosyal işlevselliğini olumsuz yönde etkiliyorsa patolojik anksiyeteden bahsedilebilir (45).

Anksiyeteye sebep olabilecek durumlar; ilişki sona ermesi, şiddetli tartışmalar, yakın birinin kaybı, iş stresi, iş kaybı, maddi sıkıntılar, korkutucu veya üzücü olaylar, uykusuzluk gibi psikolojik nedenler veya fiziksel hastalıklar, aşırı alkol veya ilaç kullanımı gibi nedenler olabilir.

Anksiyete kavramı, 19. yüzyılda tıp alanında tanınmaya başlanmıştır (46). Anksiyete belirtileri, uzun bir geçmişe sahiptir ve birçok hekimin ve yazarın ilgisini çekmiştir. Hipokrat'a göre, mani, histeri ve paranoya gibi terimlerin psikiyatriye kazandırılmasıyla birlikte, her türlü psikiyatrik belirtinin kaynağının beyin olduğu kabul edilmiştir. Anksiyetenin ayrı bir ruhsal hastalık olduğu ve birçok hastalıkla birlikte gelişebileceği düşüncesi, 1890'ların sonrasında popüler hale gelmiştir (47). 1894 yılında Freud, anksiyete nervozu terimini kullanarak ve psikanalitik açıdan anksiyeteyi tanımlayarak önemli bir adım atmıştır. Freud'a göre anksiyete, içgüdülerden gelen tehlikenin algılanması sonucu ortaya çıkmaktadır (47). Anksiyetenin tanımı yıllar içinde gelişmiş 1980'de DSM 3'te bir hastalık olarak sınıflandırılmıştır. DSM 5'te ise anksiyete bozuklukları başlığı altında birçok kaygı bozukluğu tanımlanmıştır.

### 2.3.2. Anksiyetenin Epidemiyolojisi

Anksiyete, psikiyatrik hastalıklar içinde en yaygın olanıdır (48). Tablo 1'de (49) gösterildiği gibi, anksiyete genellikle kadınlarda erkeklere göre iki kat daha sık görülür. Ayrıca, kadınlarda anksiyetenin başlangıç yaşının daha erken olduğu ve nüksetme oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Düşük eğitim ve gelir seviyesine sahip olmak, özellikle kadınlar arasında, anksiyete bozukluğu görülme riskini artırır. Anksiyete bozuklukları adı altında geçen tüm hastalıkların prevalans ortalamaları DSM 5'te %6-7 oranında olduğu söylenmiştir (47).

**Tablo 1.** Anksiyete Epidemiyolojisi

	<b>Panik bozukluk</b>	<b>Fobi</b>	<b>Obsesif-Kompulsif Bozukluk</b>	<b>Yaygın Anksiyete Bozukluğu</b>	<b>Post Travmatik Stres Bozukluğu</b>
<b>Yaşam boyu Yaygınlık</b>	% 1,5-4	% 3-5	% 2-3	% 3-8	% 1-3
<b>Erkek /Kadın Oranı</b>	1/1 (agorafobisiz) 1/2 (agorafobili)	1/2	1/1	1/2	1/2
<b>Başlangıç Yaşı</b>	Geç 20'li yaşlar	Geç çocukluk	Ergenlik ve Erken Erişkinlik	Değişebilir	Çocukluk dahil herhangi bir yaş
<b>Aile öyküsü</b>	*Agorafobik hastaların birinci derece akrabalarının %20'si	Özellikle kan, yaralanma, enjeksiyon tipinde ailesel geçiş	Birinci derece akrabalarda %35	Birinci derece akrabalarda %25	-
<b>İkiz çalışmaları</b>	Tek yumurta ikizlerinde daha sık	-	Tek yumurta ikizlerinde daha sık	Tek yumurta ikizlerinde daha sık	-

\***Agorafobi**; Panik atağın meydana gelmesi veya panik atağı benzeri belirtilerin ortaya çıkması durumunda, yardım alınamayabileceği veya kaçmanın zor olabileceği yerlerde veya durumlarda bulunmaktan korkma durumudur.

### 2.3.3. Anksiyete Risk Faktörleri ve Etiyolojisi

Anksiyete bozuklukları için birçok değişkenin risk faktörü olduğu kabul edilmektedir. Anksiyete bozukluğunun ciddiyeti, risk faktörlerinin şiddeti, sıklığı veya süresi ile ilişkilidir (50). Anksiyete etiyolojisinde, prestij ve sosyal statü, akran ilişkilerindeki değişiklikler, başarı ve başarısızlık durumu, sosyal reddedilme,

ekonomik zorluklar, ahlaki çatışmalar, ilişki sorunları, kayıplar (geçici veya kalıcı ayrılık, ölüm), kültürel baskı, göç, fiziksel veya cinsel şiddet, hastalık, iş değişiklikleri (iş kaybı, emeklilik, terfi, yeni iş), güvenlik endişeleri, çevresel kirlilik, gebelik, ebeveynlik, sosyal yaşam, yaşlanma, duygusal ve fiziksel kayıplar, ve motor beceri kayıpları gibi pek çok faktör bulunmaktadır (51, 52).

Anksiyete oluşturan bir faktör de belirsizliktir. Hastalık sürecindeki belirsizlik, hastanın ve yakınlarının tehlike olarak algıladığı bir durum olabilir ve bu da anksiyeteye neden olabilir. Hasta ve yakınlarına ihtiyaçlarından veya öğrenmek istediklerinden daha fazla bilgi verilmesi, korku ve anksiyete yaşanmasına neden olabilirken, gerekli bilginin eksik verilmesi de hastaların anksiyetesini artırabilir ve paniğe sevk edebilir. Bireylerin anksiyete seviyelerini yükselten belirsizlik durumunda, hasta yakınının hazır olduğu değerlendirilmeli ve gereken bilgi verilmelidir (52).

#### **2.3.4. Anksiyete Belirtileri**

Anksiyete durumunda vücudumuzda bazı değişiklikler meydana gelir (47). Anksiyete belirtileri, bilişsel, duygusal, davranışsal ve fizyolojik olmak üzere dört temel kategoride sınıflandırılır.

- 1) Bilişsel belirtiler arasında aşırı uyanıklık, dikkat dağınıklığı, düşüncelerin bulanıklaşması, çevrenin farklı algılanması, düşünce kontrolünün zor olması, fiziksel zarar görme veya ölüm korkusu bulunmaktadır.
- 2) Duygusal belirtiler arasında endişe, huzursuzluk, tahammülsüzlük, çaresizlik, tükenmişlik, yorgunluk, korku, gerginlik ve panik yer alır.
- 3) Davranışsal belirtiler arasında donakalma, çabuk kızma, yerinde duramama, kaçma, konuşma akışında bozukluk, gergin duruş ve çabuk irkilme bulunmaktadır.
- 4) Fizyolojik belirtiler arasında sıcak basması, terleme, ciltte solukluk veya kızarıklık, kan basıncında artış, göğüs ağrısı, çarpıntı, baş ağrısı ve baş dönmesi, bayılma hissi, kaslarda kramp tarzı gerginlik, karın ağrısı, yutma güçlüğü, öğürme, ishal, bulantı ve kusma, mide şişkinliği, hazımsızlık gibi belirtiler bulunmaktadır.

## **2.4. DEPRESYON**

### **2.4.1 Depresyon Tanımı ve Tarihçesi**

Depresyon, üzüntü hissiyle tanımlanan bir duygusal değişikliktir. Kelime anlamı "çökme, alçalma" demektir. Depresyon, olağan aktivitelere karşı ilgi ve istek kaybı, değersizlik duyguları, yavaş konuşma, hareketsizlik, düşünce ve dürtülerde bozulma, kederli ve melankolik hissetme, geleceğe yönelik karamsar ve kötümser bir bakış açısına sahip olma, yaşamdan keyif alamama, yaşama isteğinin kaybolması, geçmişteki deneyimlerden pişmanlık ve suçluluk duyma gibi belirtiler içeren bir bozukluktur (53, 54). Ayrıca, iştahın artması veya azalması, uykusuzluk veya aşırı uyuma, cinsel isteğin azalması veya artması gibi durumlar da görülebilir.

Milattan sonra 170'li yıllarda Bergamalı hekim ve filozof Galen, melankoliyi depresyon ve korku, diğer insanlardan nefret etme, yaşamdan memnun olmama olarak tanımlamıştır (47). Galen'in yanı sıra, milattan sonra 1000'li yıllarda Türk-Arap dünyasından İbn-i Sina da melankoli tanımıyla ilgili görüşlerini paylaşmıştır. 1600'lü yıllarda, Robert Burton'un yazdığı Melankolinin Anatomisi adlı kitapta melankoli, önceki dönemlere göre daha fizyolojik ağırlıklı ve bugünkü semptomlarına yakın bir şekilde tanımlanmıştır. 21. yüzyıla gelindiğinde, teknolojik gelişmelerle birlikte McLennan, Brodie, Shor, Alec Coppen gibi bilim insanlarının çalışmaları sayesinde monoaminler hakkındaki bilgilerin artmasıyla depresyon, varsayımların ötesine geçerek fizyolojik temellere dayandırılmıştır. Ayrıca, psikoloji biliminde gelişen psikanalitik, davranışçı ve bilişsel yaklaşımlar da depresyon tanımına zenginlik katmıştır (55). Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından oluşturulan DSM V kriterleri, Mayıs 2013'te kullanılmaya başlanmıştır (56).

### **2.4.2 Depresyon Epidemiyolojisi**

Depresyon, bir duygudurum bozukluğudur ve psikolojik rahatsızlıklar arasında prevalansı en yüksek olarak görülenidir. Kadınların %13'ü ve erkeklerin %8'inin herhangi bir yılda depresyonda olduğunu gösteren epidemiyolojik veriler bulunmaktadır. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması, erkeklerde %2.3, kadınlarda %5.4 ve genel olarak ise %4 oranında depresif nöbet yaygınlığı olduğunu rapor etmiştir. Bu verilere göre, kadınlarda depresif nöbet yaygınlığının erkeklere kıyasla yaklaşık iki kat daha fazla olduğu görülmektedir (57).

2008'de Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir araştırmaya göre, 18 yaş ve üzerindeki bireylerin (%6,4) geçmiş yıllarında en az bir majör depresyon dönemi geçirdiği belirlenmiştir. Aynı araştırmaya göre, her 25 yetişkinden biri (%4,2) geçmiş yıllarda majör depresif dönem yaşamıştır (53).

### **2.4.3 Depresyon Risk Faktörleri ve Etyolojisi**

Depresyonla karşılaşma olasılığı, bireylerin yaşamlarına göre değişiklik gösterir. Bazı faktörler depresyonla karşılaşma olasılığını azaltırken, bazıları ise artırır. Tıbbi hastalıklar, düşük sosyoekonomik gelir, yalnız yaşama, boşanma, işsizlik, yakın aile bireylerinin kaybı, çocukluk travmaları, stresli çalışma veya aile ortamı ve madde-alkol kullanımı gibi etkenler depresyon riskini arttıran faktörler arasındadır. Depresyona sebep olabilecek etkenler şöyle özetlenebilir.

#### **a) Cinsiyet**

Kadınların psikiyatri polikliniklerine daha sık başvurmasının sebeplerinden biri, toplumun kadınlara yeterince değer vermemesi ve aile içindeki aşırı sorumluluklardır. Kadınlar ruhsal hastalıklar ve bunların belirtileri açısından özellikle risk altındadır. İş yükü, eşitsizlikler ve kişisel yaşamın zorlukları, kadınlarda depresyonun daha sık görülmesine neden olur.

#### **b) Yaş**

45 yaş altında depresyon daha yaygın görülür ve bu nedenle depresyona "orta yaş hastalığı" da denir (58).

#### **c) Genetik**

Yapılan araştırmalar, duygusal durum ve ruhsal bozuklukların gelişiminde genetik faktörlerin önemli bir rol oynadığını göstermektedir (54).

#### **d) Evlilik durumu**

Depresif duygu durumunun, evli olmayan bireylerde evli olanlara göre daha sık görüldüğü bilinen bir durumdur.

### e) Sosyoekonomik düzey

Almanya'da yapılan bir araştırmada depresyonun kentsel bölgelerde daha yaygın olduğu bulunmuşken, Avustralya ve Amerika'daki çalışmalar köy ve şehir alanlarında yaşayan bireyler arasında fark bulamamıştır (59). Antalya'da gerçekleştirilen bir araştırmada, yüksek gelir düzeyine sahip insanlarda depresyon riskinin, düşük gelir düzeyine sahip olanlara kıyasla daha düşük olduğu bulunmuştur (60).

### f) Eğitim düzeyi

Genellikle, ruhsal bozukluklarda eğitim seviyesinin yükselmesi depresyon riskini azaltırken, eğitim düzeyinin düşmesi bu riski artırır. Ancak, bazı araştırmalarda bu konuda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Clare ve Blaker, eğitim seviyesinin düşmesiyle depresyon riskinin arttığını , Almeida ve ekibi ise eğitim süresinin artmasıyla ruhsal sağlık sorunlarının azaldığını öne sürmüştür (61, 62).

Depresyonun patofizyolojisi henüz tam olarak anlaşılamamıştır (63). Birçok faktör depresyona sebep olabilir. Hastalığın net bir açıklamasını doğrulayan tek bir teori veya hipotez bulunmamaktadır (64). Hastalığın stres-diyatez modeli, aile üyesinin kaybı, duygusal veya mesleki hayal kırıklığı, sosyal ve çevresel etkiler ile genetik ve edinilmiş savunmasızlıkların etkisini vurgulamaktadır (63). Depresyona yatkınlıkta genetik, biyokimyasal ve psikososyal etkilerin kombinasyonunu inceleyen ve çoklu nedenleri destekleyen kanıtlar giderek artmaktadır.

alışmalar, depresyonun beyindeki serotonin, dopamin ve norepinefrin gibi önemli reseptör alanlarındaki nörotransmitter eksikliği ile ilişkili olabileceğini öne sürmektedir. Glutamat seviyesinin, merkezi sinir sistemi patofizyolojisi ve fizyolojisinde önemli bir rol oynayarak depresyonla etkileşimde bulunduğu ifade edilmektedir (65).

Stresli yaşam olaylarının depresyon riskini artırdığı öngörölmüştür. Stres durumları her birey için farklılık gösterir ve kişinin benliğine zarar veren durumların depresyona en çok sebep olduğu düşünölmektedir.

Kişilerin geleceğe dair umutsuz olmaları veya benlik saygısının düşük olması gibi nedenlerle yaşam olaylarının olumsuz yorumlanması, depresyon duygu durumunun ortaya çıkmasına yol açabilir.

Duygu durum bozukluklarının oluşumunda genetik faktörlerin etkili olduğu ve belirli ailelerde bu tür bozuklukların daha sık görüldüğü gözlemlenmektedir (54). Aile çalışmalarının çoğu, majör depresyonun, depresyon geçmişi olan bireylerin birinci derece akrabalarında normal nüfusa kıyasla 1.5-5 kat daha sık görüldüğünü ortaya koymuştur.

Yakın aile ilişkileri, pozitif duygular ve iyimserlik, olumlu rol modellere sahip olma, psikolojik dayanıklılık, zorluklarla başa çıkma becerisi, sosyal desteklerin varlığı, bilişsel esneklik, iyi fiziksel sağlık ve becerilerin geliştirilmesi gibi faktörlerin depresyondan koruyucu etkileri olduğu düşünülmektedir (66).

#### **2.4.4. Depresyon Belirtileri**

Depresyon, çökkün bir duygu durumu, iştah değişiklikleri, değersizlik hissi veya aşırı suçluluk, konsantrasyon güçlüğü ve odaklanma eksikliği gibi semptomlarla karakterize edilen karmaşık bir duygu durum bozukluğudur. Depresyonda libido kaybı, aşırı kilo kaybı veya kilo alımı, aşırı uyuma veya uykusuzluk, fiziksel hareketlerde yavaşlama, enerji eksikliği ve tekrarlayan ölüm düşünceleri gibi diğer semptomlar da ortaya çıkabilir. Bu semptomların yoğunluğu hastadan hastaya farklılık gösterebilmektedir (67).

Depresyon durumunda genellikle tüm hareket ve davranışlarda yavaşlama gözlemlenir. Ancak, bazı hastalarda ajitasyon ve huzursuzluk belirtileri de ortaya çıkabilir. Bu bireylerin genel görünümünde belirgin yüz hatları, derinleşmiş alın çizgileri, kişisel bakımda azalma ve üzgün bir ifade mevcut olabilir. Normal etkinliklerden zevk alamama ve aile, çevre ile ilişkilerin anlamsız görülmesi, kişiler arasında kopuklukların yaşanmasına neden olabilir. Hastalarda istekte azalma görülebilir ; daha önce zevk ve istekle yapılan aktivitelere karşı isteksizlik ortaya çıkabilir. Depresyon durumunda, değersizlik hissi, suçluluk duyguları, bitkinlik, kararsızlık, karamsarlık, mantıklı olmayan çarpık düşünceler ve odaklanmada güçlük yaşanabilir. Depresyonda olan bir birey, kendini yetersiz, değersiz ve aşırı suçlu

hissederek yaşamın anlamsız olduğunu düşünebilir. Bu durum intihar eğiliminde artışa ve intihar girişimlerine yatkınlığa neden olabilir (68).

Depresyondaki bireyler genellikle ruhsal bozukluklarına paralel olarak psikomotor yavaşlama yaşayabilirler. Konuşma yavaşlaması, yavaş yürüme ve iş yapmada zorluklar yaşanabilirken, yoğun anksiyetenin eşlik ettiği ruhsal durumlarda ajitasyon, ellerin ovuşturulması, yerinde duramama ve aşırı endişe gibi belirtiler görülebilir. Uyku sorunları, bazı hastalarda uyumakta zorlanma, uykuyu sürdürmede güçlük çekme ve erken uyanma şeklinde görülebilirken, diğer hastalarda aşırı uyuma şeklinde olabilir. İştah değişiklikleri, kilo kaybı veya kilo artışı, kabızlık, adet döngüsünde değişiklikler ve vücut ağrıları depresyon belirtileri arasında yer alabilir. Depresyon yaşayan bireyler, genellikle kendilerini çirkin, yetersiz, toplumda değersiz, ekonomik olarak başarısız ve işlevsiz hissedebilmektedirler (69).

## **2.5. UYKU**

### **2.5.1 Uyku ile İlgili Genel Bilgiler**

Uyku, çevreyle olan bağlantının kesildiği, çeşitli uyaranlarla sonlandırılabilen, periyodik olarak tekrarlayan geçici bilinç kaybı durumudur (70, 71). İnsanlar ömürlerinin yaklaşık üçte birini uyuyarak geçirirler. Uyku, enerjinin korunup, enerji depolarının da yenilendiği bir durumdur (72).

Uyku tekdüze bir süreç değildir. Çok hafif uykudan derin uykuya kadar çeşitli evreleri içerir. Buna ek olarak, uyku tamamen farklı özelliklere sahip iki ana evreye ayrılır. Bu evreler, hızlı göz hareketleriyle karakterize edilen REM (Rapid Eye Movement) uykusu ve hızlı göz hareketlerinin görülmediği NREM (Non-Rapid Eye Movement) uykusudur (70). REM ve NREM evreleri arasındaki döngü yaklaşık her 90 dakikada bir gerçekleşir ve gece boyunca dört ila altı kez tekrar etmektedir (72).

Yeterli uyku, fiziksel ve psikolojik sağlığın korunması için önemlidir. Sağlıklı bir uyku, yeterli süreye sahip olmalı, kaliteli ve düzenli olmalı, ayrıca uyku bozukluklarıyla kesintiye uğramamalıdır (73). Dengesiz bir uyku zihinsel yetenekleri, belleği, metabolizmayı ve inflamatuvar yanıtı etkileyebilir (71).

7 saatin altında kronik uyku durumu, kardiyovasküler hastalıklar, obezite, diyabet, depresyon ve hatta ölüm riski gibi ciddi sağlık sorunlarına ek olarak ağrı

algısında artış, performansın bozulması, hata riskinde artış ve bağışıklık sisteminin zayıflaması gibi durumlarla ilişkilendirilmiştir (73).

### **2.5.2 Uykunun Fizyolojisi**

Uyanıklık, beyin sapından gelen kolinerjik, noradrenerjik, serotonerjik uyarıcılar ile lateral hipotalamustan gelen oreksinerjik aktivasyonun artmasını ve arka hipotalamustan gelen histaminerjik aktiviteyi içermektedir. Bunların azalmasıyla da uyku başlamaktadır.

Uykunun başlatılması ve devamlılığında, kortikal ve subkortikal birçok beyin bölgesi etkilidir. Ancak, uykunun başlatılmasında ön hipotalamustaki döngüsel girdiler ve endojen kimyasal sinyaller ile birlikte hipotalamusta yer alan ventrolateral preoptik çekirdeğin (VLPO) rol oynadığı genel kabul görmektedir (74). VLPO bölgesi suprakiazmatik nükleus vasıtasıyla sirkadian ritmin kontrolündedir (75). REM uykusunda serotonin ve norepinefrin salınımı minimum seviyededir ve asetilkolin baskındır. NREM uykusunda ise tüm nöroregülatörler düşük düzeyde salınır (76).

### **2.5.3 Uykunun Evreleri**

Uyku, her 90 dakikada bir tekrarlayan döngüsel bir süreçtir. Uyku, REM ve NREM olmak üzere iki farklı evreye ayrılır. Toplam uyku süresinin yaklaşık %80'ini NREM evresi, %20'sini ise REM evresi oluşturmaktadır (77).

Uyku-uyanıklık evrelerini fizyolojik olarak değerlendirmek için en iyi yöntem polisomnografi (PSG) kullanmaktır. PSG sırasında beyin aktivitesi elektroensefalogram ile, kas aktivitesi elektromyografi ile ve ekstraoküler kas hareketleri elektrookülografi ile izlenir (78).

NREM uyku, uykunun ilk saatlerindeki derin ve dinlendirici tipteki uyku türü olup, gece uykusunun büyük kısmını oluşturur (79). Güncel bilgilere göre, NREM uyku üç evreye ayrılır: N1, N2 ve N3. N1 evresi toplam uyku süresinin %10'unu, N2 evresi %45'ini kapsar. N3 evresi ise derin uyku veya yavaş dalga uykusu olarak bilinir ve toplam uyku süresinin %25'ini oluşturur. N3 evresi, uykunun en dinlendirici kısmıdır; bu evrede kişi çevresel uyarılara karşı daha az tepki verir. Yaşlılarda bu evrenin süresi kısalmıştır (78). NREM fazı, oksijen tüketimi, karbondioksit üretimi,

kalp atış hızı, kan basıncı, vücut ısısı, solunum hızı ve bazal metabolizma hızında azalma ile ilişkilidir (80).

REM uykusu; hızlı göz hareketlerinin gerçekleştiği evredir. Uykunun başlamasından yaklaşık 90 dakika sonra, NREM evresinden REM evresine geçiş meydana gelir. Paradoksal uykusu olarak da bilinen REM uykusu, beyin aktivitesinin uyanıklığa benzer olduğu bir dönemdir. Bu evrede, kas tonusu oldukça azalmıştır, kalp atış hızı ve solunum düzensizleşir. Rüya tüm uykusu evrelerinde görülebilir, ancak genellikle rüyaların %80'i REM evresinde görülür (81, 82).

#### **2.5.4 Uykunun İşlevi**

Uykunun, enerjiyi koruyan ve kortikal nöronal aktivitenin yeniden düzenlenmesine olanak tanıyan dinamik bir dinlenme biçimi olduğuna inanılır (83). Yavaş dalga uykusu, beden ve zihin için bir tür homeostatik süreç gibi algılanır. Uykunun, büyüme hormonu seviyelerinin arttığı bir dönem olduğu düşünülür (84). Uykunun, immün yanıtın düzenlenmesi, enerjinin korunması, glimfatik fonksiyon (beyindeki toksik metabolitlerin temizlenmesi), uyanıklığın neden olduğu performans düşüşlerinin giderilmesi, hafıza, öğrenme ve nöronal plastisitede, sinaptik yeniden düzenlenmede önemli bir rol oynadığı düşünülür (85-87).

#### **2.5.5 Uykuyu Etkileyen Faktörler**

##### **a) Yaş**

Günlük uyku süresi önerileri yaşa göre değişmektedir. Yenidoğanlar için günlük uyku ihtiyacı 14 ile 17 saat arasında değişirken, süt çocuklarında bu süre 12 ile 16 saat arasındadır (88). Yetişkinlerde, 18 ila 60 yaş arasında, sağlıklı bir yaşam için her gece en az 7 saat düzenli uyku önemlidir. Uyku ihtiyacındaki farklılıklar genellikle genetik, davranışsal, tıbbi ve çevresel faktörlerden kaynaklanmaktadır (73).

##### **b) Cinsiyet**

Çalışmalar, kadınlarda insomni prevalansının daha yüksek olduğunu ve uyku kalitesinin daha düşük olduğunu göstermektedir (89, 90).

### **c) Hastalıklar**

Depresyon, anksiyete ve diğer psikiyatrik bozukluklar; baş ağrısı; uyku bozukluklarıyla ilişkili klinik durumlar (örneğin, obstrüktif uyku apnesi ve huzursuz bacak sendromu), beden kitle indeksi (BKİ)  $>35 \text{ kg/m}^2$  olan morbid obezite, fibromiyalji gibi hastalıklar, hamilelik veya emzirme ve çeşitli kas-iskelet sistemi hastalıklarının uykuyu etkilediği aşikârdır (91-95).

### **d) İlaçlar**

Kan beyin bariyerini geçen ilaçlar, uyku kalitesi üzerinde etkili olabilir (96). Sedatifler, hipnotikler, antidepresanlar ve amfetaminler REM uykusu üzerinde etkili olabilir. Hipnotik ilaçlar uyku evrelerini uzatabilir ve ilacın kesilmesinden sonra da uykusuzluğa yol açabilmektedirler.

### **e) Sigara**

Düşük nikotin seviyeleri sakinleşme ve kısa süreli hafif uyku eğilimine neden olabilirken, yüksek nikotin seviyeleri fizyolojik uyarılmışlık ve artan katekolamin seviyeleriyle kalp atış hızında ve kan basıncında artışa yol açabilir. Bu otonomik aktivasyonla bağlantılı olarak, uykuya dalma ve uyku sürecinin devam ettirilmesi zorlaşabilir. Bu nedenle, uyku saati yaklaşırken sigara içmenin uyku kalitesini olumsuz etkilediği ifade edilmektedir (97).

### **f) Diyet**

Diyet tercihlerinin uyku üzerindeki etkisi hakkında artan kanıtlar bulunmaktadır. Araştırmalar, yüksek karbonhidrat içeren yiyeceklerin uyku halini artırabileceğini ayrıca yüksek proteinli yiyeceklerin de uyanıklığı artırabileceğini göstermektedir (98).

### **g) Alkol**

Alkol, uyku başlangıcında uyanmaları azaltırken, uyku devamında bölünmeleri artırabilir (99). Kronik alkol kullanımı ve alkol yoksunluğu durumlarında, genellikle uyumada ve uyku sürdürmede sorunlar yaşanır (100, 101).

## **h) ay-kahve tüketiimi**

ay ve kahvenin uyku üzerindeki etkisi genellikle içerdikleri kafeinden kaynaklanır (97). Kafein, merkezi sinir sistemini uyararak uyanıklığı artırmak için kullanılan bir maddedir. Kafeine karşı hassasiyet kişiden kişiye değişebilir, ancak kafeinin uzun yarılanma süresi nedeniyle, uyumadan en az 4-6 saat önce kafeinli ürün tüketimine son vermek uyku kalitesini artırmak için önemlidir (102).

## **ı) Çevresel Faktörler**

Uyku kalitesi, yetersiz havalandırma, düşük veya yüksek oda sıcaklığı, gürültü ve ışıklandırma gibi faktörlerden etkilenebilir (103).

## **i) Emosyonel durum**

Araştırmalar, anksiyetenin uyku kalitesini olumsuz etkilediğini ve uykusuzluğun da anksiyeteyi artırarak bir kısır döngü yarattığını ortaya koymaktadır (104, 105).

## **j) Yaşam Biçimi**

Uyku bozukluklarının ortaya çıkmasında sosyo-kültürel unsurlar, teknolojik eğilimler ve yaşam tarzı önemli bir rol oynamaktadır.

Araştırmalara göre, uyumadan önce televizyon, bilgisayar, tablet, cep telefonu veya video oyunları ile vakit geçirenlerin, geçirmeyenlere kıyasla uyku kalitesi, uyku süresi ve uyku etkinlikleri daha düşük seviyede olmaktadır (106).

## **2.5.6. Uyku Bozuklukları**

İnsomni olarak da bilinen uykusuzluk, yaygın bir uyku problemidir ve uykuya dalmakta veya uykuyu sürdürmekte zorluk çekme ya da dinlendirici olmayan, kalitesiz uykuya tanımlanır (107).

Uyku, çevresel, sosyal, psikolojik ve patolojik etkenlerin etkisiyle bozulabilir. Uyku bozukluklarını genel olarak üç kategoriye ayırabiliriz: yetersiz uyku süresi, uygunsuz zamanlama ve düşük uyku kalitesi (71).

İhtiyaç duyulan uyku süresi çocukluktan yetişkinliğe doğru azalır ve yetişkinlikte nispeten sabitlenir. Yetişkinler için, günde 7 saat altında veya 9 saat üstünde uyumamaları önerilir (73).

Biyolojik saatlerimize uygun olmayan saatlerde çalışmak, vardiyalı çalışma düzeni veya zaman dilimleri arasında hızlı geçiş nedeniyle oluşan jet lag gibi durumlar, kişinin uyku düzenini bozabilir (71).

Uyku kalitesinin bozulması, dinlendirmeyen ve rahatsız bir uyku ile kendini gösterir. İlaçlar, psikolojik durumlar, medikal ve psikiyatrik hastalıklar ile uykuyu bozabilen madde kullanımı gibi durumlar uyku kalitesini etkileyebilmektedir (71).

### **2.5.7 Uyku Kalitesi**

Uyku kalitesi, kişinin gece boyunca ne kadar dinlendirici uyuduğu ve gün boyunca ne kadar taze hissettiğinin bir göstergesidir. Klasik uyku kalitesi ölçütleri arasında, uykuya dalma süresi (uyku latansı), uykudan uyanma sıklığı ve toplam uyku süresi yer almaktadır. Uyku mimarisi, uyku yapısını tanımlar ve REM ve NREM döngülerini içerir. Uyku-uyanıklık evrelerini değerlendirmenin en güvenilir yöntemi polisomnografidir (108).

Uyku kalitesi, çeşitli mobil uygulamalar, uyku günlükleri ve araştırma ölçekleri gibi subjektif yöntemlerle değerlendirilebilir. Bu yöntemler arasında en yaygın kullanılanlardan biri Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) dir (78).

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ), katılımcının son bir ay içindeki uyku alışkanlıklarını, uyku süresini, kalitesini, bozukluklarını, ilaç kullanımını ve gündüz işlevselliğini retrospektif olarak değerlendiren bir uyku ölçeğidir (109).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul onayı alındıktan sonra 04.09.22-04.09.23 tarihleri arasında anesteziyoloji ve reanimasyon yoğun bakım üniteleri ve Ömer Zilif Halaç palyatif bakım merkezi'nde tedavi gören 151 hasta yakınından yazılı ve sözlü onayları alınarak anket çalışması olarak yapıldı.

Yoğun bakım ünitesinde veya palyatif bakım merkezinde en az 7 gün yatan hastaların 18 yaş ve üzeri olan hasta yakınlarından uygun görülen bir kişiye çalışma hakkında bilgi verilerek yazılı ve sözlü onamları alınıp çalışmaya dahil edildi. (ek 1) Alkol, ilaç ve madde bağımlısı olan; kognitif bozukluğu olan; depresyon tedavisi görmekte olan psikiyatrik hastalığı olan ve hastası 7 günden daha az yatmış olan ayrıca araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hasta yakınları çalışma dışı bırakıldı.

Hastaların sorgulanan sosyodemografik özellikleri yaş, cinsiyet, medeni durum (evli, bekâr, diğer), eğitim durumu (okuryazar değil, ilkokul ve altı, ortaokul, lise, yüksekokul, lisans ve üstü), ve hastaya yakınlık durumu idi.

#### 3.1. PİTTSBURGH UYKU KALİTESİ İNDEKSİ (PUKİ)

PUKİ, 1989 yılında Buysse ve ekibi tarafından psikiyatri uygulamaları ve klinik araştırmalarda uyku kalitesini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (109). Bu anket, bireylerin son bir ay içindeki uyku kalitesi ve rahatsızlıklarını değerlendiren öz bildirim esaslı bir araçtır.

PUKİ, 19'u öz bildirim dayalı ve 5'i kişinin yatak arkadaşı tarafından değerlendirilen toplam 24 sorudan oluşur. Son 5 soru puanlamaya dahil edilmez. İlk 19 soru, öznel uyku kalitesi, uykuya dalma süresi, uyku süresi, alışlagelmiş uyku etkinliği, uyku bozuklukları, uyku ilacı kullanımı ve gün içindeki işlev bozukluğunu değerlendirir ve bu sayede yedi "bileşen" puanı elde edilir. Her bir bileşen 0-3 puan üzerinden değerlendirilir. Toplam puan, 0 ile 21 arasında bir değerde olabilir.

PUKİ skorunun 5'in üzerinde olması, uyku kalitesinin anlamlı derecede kötü olduğunu belirtir. Yani toplam puanın yüksek olması, uyku kalitesinin kötü olduğunu gösterir.

PUKİ 'nin 7 bileşeni, uykusuzluk veya aşırı uyuma şikayetleri olan hastalarla yapılan klinik görüşmelerde en çok vurgulanan konuların standardize edilmiş versiyonlarıdır. Bu bileşenler şunlardır: öznel uyku kalitesi (bileşen 1), uykuya dalma süresi (bileşen 2), uyku süresi (bileşen 3), alışılmış uyku etkinliği (bileşen 4), uyku bozuklukları (bileşen 5), uyku ilacı kullanımı (bileşen 6) ve gündüz işlev bozukluğu (bileşen 7). Bir madde ile belirtilen bileşenler;

Bileşen 1 (soru 6),

Bileşen 3 (soru 4),

Bileşen 6 (soru 7) dir.

Bileşen 2 puanı; soru 2 ve soru 5a,

Bileşen 4 puanı; soru 1, soru 3 ve soru 4,

Bileşen 5 puanı; soru 5b-j,

Bileşen 7 puanı; soru 8 ve soru 9 puanlarının toplamından elde edilmektedir.

Soru 4, hem bileşen 3 hem bileşen 4 için puanlama yapılırken kullanılır. PUKİ, "iyi uykunun" ve "kötü uykunun" tanımlanmasına yardımcı olarak uyku kalitesini nicel olarak ölçer.

PUKİ anketinin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Ağargün ve ekibinin yönetiminde gerçekleştirilmiştir (110).

### **3.2. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (BDÖ)**

Araştırmada, hastaların depresyon semptomlarını belirlemek için BDÖ kullanıldı. BDÖ, yetişkinlerde depresyon belirtilerinin seviyesini ve şiddetindeki değişimi ölçmek için geliştirilmiştir. Bu ölçek, depresyonun vejetatif, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtilerini ölçer.

Ölçeğin içeriği şu şekildedir:

1. Duygu durumu

2. Kötümserlik

3. Başarısızlık duygusu
4. Doyumsuzluk
5. Suçluluk duygusu
6. Cezalandırılma durumu
7. Kendinden nefret etme
8. Kendini suçlama
9. Kendini cezalandırma arzusu
10. Ağlama nöbetleri
11. Sinirlilik
12. Sosyal içedönüklük
13. Kararsızlık
14. Bedensel imge
15. Çalışabilirliğin ketlenmesi
16. Uyku bozuklukları
17. Yorgunluk-bitkinlik
18. İştahın azalması
19. Kilo kaybı
20. Somatik yakınmalar
21. Cinsel dürtü kaybı

Her bir kategori, 4 kendini-değerlendirme maddesinden oluşur.

Her bir öge, 0 ile 3 arasında değişen dört seçenek içeren 21 kendini değerlendirme ifadesini içerir. Ölçekten elde edilebilecek puanlar 0 ile 63 arasında

değişir. Değerlendirme açısından, 0-13 aralığı normal kabul edilirken, 14-19 arası hafif depresyon, 20-28 arası orta derecede depresyon ve 29 ve üzeri değerler ağır depresyonu işaret eder (111). Puanın yüksek olması, depresyonun şiddeti ve düzeyiyle doğru orantılıdır, yani daha yüksek bir puan, depresyonun daha belirgin olduğunu gösterebilir (112).

Ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, 1989 yılında Hisli tarafından gerçekleştirilmiştir (113).

### **3.3. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ**

Beck Anksiyete Ölçeği, anksiyete belirtilerini değerlendirmeyi hedefleyen ve anksiyetenin bilişsel yönlerini vurgulayan bir ölçektir. Katılımcıdan, geçen hafta boyunca her semptomun kendisini ne kadar rahatsız ettiğini değerlendirmesi istenir. Bu değerlendirme, 0'dan 3'e kadar olan 4 seviyeli bir Likert tipi ölçekte yapılır. Ölçekteki soruların 5 tanesi kavrama yönünü, 3 tanesi hem somatik hem kavrama semptomlarını ve 13 tanesi fizyolojik semptomları değerlendirir.

Puanların toplamı 0 ile 63 arasında değişir ve 0-9 arası normal, 10-18 arası hafif, 19-29 arası orta, ve 30-63 arası şiddetli anksiyeteyi yansıtır.

Ulusoy ve ekibinin yürüttüğü çalışma, ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirliğini değerlendirmiştir (114).

### **3.4. İSTATİKSEL ANALİZ**

Çalışmada verilerin tanımlayıcı istatistikleri (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, medyan, minimum ve maksimum) verilmiştir. Çalışmada kullanılan ölçeğin güvenilirlikleri test edilmiştir. İstatistiksel analizin ilk adımı olarak normallik varsayımı Shapiro Wilk testi ile kontrol edilmiştir. Normal dağılıma sahip olmayan bağımsız iki grubun karşılaştırılması için Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan bağımsız üç ve daha fazla grubun karşılaştırılması için Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Farkı yaratan grup ya da grupların belirlenebilmesi için Post Hoc Bonferroni testleri yapılmıştır. Normal dağılıma uygun olmayan sürekli değişkenlerin aralarındaki ilişkinin ölçülmesi için Spearman korelasyonundan yararlanılmıştır. Tüm testlerde istatistiksel önem düzeyi 0.05 olarak alındı. Analizler IBM SPSS 25 programında gerçekleştirilmiştir.

## 4. BULGULAR

Çalışmaya toplamda 151 hasta yakını katıldı. Bu hasta yakınlarının 51 tanesi palyatif bakım merkezimizde 100 tanesi yoğun bakım ünitemizde yatmakta olan hastaların yakınları idi.

**Tablo 2.** Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

	n	%			
Yaş	18-30 yaş	25	16,6		
	31-43 yaş	37	24,5		
	44-56 yaş	41	27,2		
	57-69 yaş	36	23,8		
	70 yaş ve üzeri	12	7,9		
Cinsiyet	Kadın	75	49,7		
	Erkek	76	50,3		
Medeni durum	Evli	132	87,4		
	Bekar	18	11,9		
	Diğer	1	0,7		
Eğitim durumu	Okuryazar değil	6	4,0		
	İlkokul ve altı	44	29,1		
	Ortaokul	33	21,9		
	Lise	24	15,9		
	Yüksekokul	28	18,5		
	Lisans ve üstü	16	10,6		
Yakınlık durumu	1.derece akraba	99	65,6		
	2.derece akraba	17	11,3		
	Uzaktan akraba	14	9,3		
	Eş	21	13,9		
	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma	Medyan
Yaş	18	82	47,48	14,93	48

Katılımcıların demografik özelliklerine göre tanımlayıcı istatistikler tabloda verilmiştir. Kişilerin yaş ortalaması 47,48 ve standart sapması 14,93 olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların %49,7'si kadın ve %50,3'ü erkektir. Kişilerin %87,4'ü evli ve %11,9'u bekarıdır. Eğitim durumları incelendiğinde kişilerin %4'ünün okuryazar olmadığı, %29,1'inin ilkokul ve altı olduğu, %21,9'unun ortaokul mezunu

olduğu, %15,9'unun lise mezunu olduğu ve %18,5'inin yüksekokul mezunu olduğu ve %10,6'sının lisans ve üstü mezunu olduğu bulunmuştur. Kişilerin yakınlık durumları incelendiğinde %65,6'sının 1.derece akraba, %11,3'ünün 2.derece akraba, %9,3'ünün uzaktan akraba ve %13,9'unun eş cevabını verdiği tespit edilmiştir.

**Tablo 3.** Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Toplam Puanlarının Dağılımı ve Güvenilirlik Analizi

	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	Cronbach Alfa
Pittsburg Uyku İndeksi	3,00	18,00	9,61	3,16	9,00	-
Beck Depresyon Ölçeği	0,00	51,00	16,61	11,18	14,00	0,927
Beck Anksiyete Ölçeği	0,00	52,00	17,66	14,14	13,00	0,954

Kişilerin Pittsburg Uyku İndeksi skorlarının ortalaması  $9,61 \pm 3,16$  olarak; Beck Depresyon ölçeği skorlarının ortalaması  $16,61 \pm 11,18$  ve Beck Anksiyete ölçeği skorlarının ortalaması  $17,66 \pm 14,14$  olarak elde edilmiştir.

Çalışmaya katılan kişilerin verdikleri cevaplara göre çalışmada uygulanan ölçeklerin tutarlılığının testi için güvenilirlik analizleri uygulanmıştır. Beck Depresyon ölçeği 0,927 Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı ile çok yüksek düzeyde güvenilir olduğu belirlenmiştir. Beck Anksiyete ölçeği 0,954 Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı ile çok yüksek düzeyde güvenilir olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 4.** Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Pittsburg Uyku İndeksi Skorlarının Dağılımları ve Karşılaştırmaları

		Ort.±S.S. (M.)	%25- %75 Çey.	Test İstatistiği	p
Yaş	18-30 yaş	9,56±3,47(9)	7-12	3,064	0,547
	31-43 yaş	9,78±3,44(9)	8-11		
	44-56 yaş	10,10±3,18(9)	8-12		
	57-69 yaş	8,92±2,91(8)	7-11		
	70 yaş ve üzeri	9,58±2,27(9,5)	7,5-11,5		
Cinsiyet	Kadın	10,00±3,26(9)	8-12	2443,5	0,128
	Erkek	9,22±3,04(9)	7-11		
Medeni durum	Evli	9,66±3,24(9)	7-12		
	Bekar	9,22±2,58(9)	8-11		
Eğitim durumu	Okuryazar değil	10,17±2,99(10,5)	9-13	2,982	0,703
	İlkokul ve altı	9,41±2,83(9)	7-11		
	Ortaokul	9,58±3,48(9)	7-11		
	Lise	10,46±3,5(10,5)	8-13		
	Yüksekokul	9,32±3,16(8)	7-10,5		
	Lisans ve üstü	9,25±3,13(9)	7,5-11		
Yakınlık durumu	1.derece akraba	10,08±3,36(9)	7-12	8,275	0,041*
	2.derece akraba	8,47±2,07(8)	7-9		
	Uzaktan akraba	8,07±2,59(7,5)	6-9		
	Eş	9,33±2,82(10)	8-11		

\*p<0,05

Ort.: Ortalama, S.S.: Standart Sapma, M.: Medyan, %25-%75 Çey.: %25 ve %75 Çeyreklik değerleri

Katılımcıların demografik özelliklerine göre Pittsburg uyku indeksi skorlarının dağılımları verilmiş ve karşılaştırılmalarında Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri yapılmıştır. Analizler sonucunda yakınlık durumlarına göre Pittsburg uyku indeksi skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur (p<0,05). Bonferroni testlerine göre uzaktan akraba ile 1.derece akraba grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir (p=0,017). 1.derece akraba cevabını veren kişilerin uyku indeksleri uzaktan akraba cevabını veren kişilerin indekslerinden yüksektir.

Yaş, cinsiyet ve eğitim durumlarına göre Pittsburg uyku indeksi skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar elde edilmemiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 5.** Katılımcıların Demografik Özelliklerine Beck Depresyon Skorlarının Dağılımları ve Karşılaştırmaları

		Ort.±S.S. (M.)	%25-%75 Çey.	Test İstatistiği	p
Yaş	18-30 yaş	14,72±9,75(14)	8-19	8,751	0,068
	31-43 yaş	14,76±10,55(13)	7-18		
	44-56 yaş	17,71±11,89(15)	10-23		
	57-69 yaş	15,25±9,63(13)	8-23		
	70 yaş ve üzeri	26,58±13,58(31)	14-35		
Cinsiyet	Kadın	18,79±11,41(17)	10-27	2175,5	0,012*
	Erkek	14,46±10,58(13)	7-18,5		
Medeni durum	Evli	16,89±11,59(14)	8-23		
	Bekar	14,56±7,36(15)	8-19		
Eğitim durumu	Okuryazar değil	20,17±11,07(23)	11-29	8,053	0,153
	İlkokul ve altı	19,07±12,22(16)	9,5-24		
	Ortaokul	17,36±11,15(14)	8-27		
	Lise	17,33±11,32(15,5)	9,5-25		
	Yüksekokul	12,64±10,44(12)	4-16		
	Lisans ve üstü	12,81±7,24(13)	7,5-18,5		
Yakınlık durumu	1.derece akraba	17,53±10,10(16)	10-23	17,725	0,001*
	2.derece akraba	9,24±6,83(8)	3-14		
	Uzaktan akraba	10,29±9,10(9)	3-14		
	Eş	22,48±15,21(22)	10-32		

\* $p<0,05$

Ort.: Ortalama, S.S.: Standart Sapma, M.: Medyan, %25-%75 Çey.: %25 ve %75 Çeyreklik değerleri

Katılımcıların demografik özelliklerine göre Beck Depresyon skorlarının dağılımları verilmiş ve karşılaştırılmalarında Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri yapılmıştır. Analizler sonucunda cinsiyet ve yakınlık durumlarına göre Beck Depresyon skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Kadınların depresyon skorları erkeklerin skorlarından yüksektir. Yakınlık durumları için yapılan Bonferroni testlerine göre 2.derece akraba ile 1.derece akraba ve eş grupları arasında ve uzaktan akraba ile eş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar tespit edilmiştir ( $p=0,011$ ,  $p=0,008$  ve  $p=0,028$ ). 1.derece akraba ve eş cevabını veren kişilerin depresyon skorları 2.derece akraba cevabı veren kişilerin skorlarından

yüksektir. Eş cevabını veren kişilerin depresyon skorları uzaktan akraba cevabı veren kişilerin skorlarından yüksektir.

Yaş ve eğitim durumlarına göre Beck Depresyon skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar elde edilmemiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 6.** Katılımcıların Demografik Özelliklerine Beck Anksiyete Skorlarının Dağılımları ve Karşılaştırmaları

		Ort.±S.S. (M.)	%25-%75 Çey.	Test İstatistiği	p
Yaş	18-30 yaş	15,08±14,67(12)	2-21	11,525	0,021*
	31-43 yaş	14,46±14,13(9)	5-19		
	44-56 yaş	20,24±15,36(18)	7-34		
	57-69 yaş	16,33±10,77(13)	10-24		
	70 yaş ve üzeri	28,00±13,33(31)	16-37		
Cinsiyet	Kadın	21,41±14,67(19)	9-34	1973,0	0,001*
	Erkek	13,95±12,62(11)	4,5-20		
Medeni durum	Evli	18,07±14,55(13)	6-28		
	Bekar	14,61±10,39(14,5)	6-21		
Eğitim durumu	Okuryazar değil	23,17±13,89(30)	7-34	7,403	0,192
	İlkokul ve altı	20,61±13,59(18)	10-29,5		
	Ortaokul	18,24±15,37(15)	6-29		
	Lise	15,08±14,08(12)	4-20,5		
	Yüksekokul	13,75±13,75(10)	4-20		
	Lisans ve üstü	16,94±13,35(19)	4-23		
Yakınlık durumu	1.derece akraba	18,42±13,98(14)	7-28	8,016	0,046*
	2.derece akraba	11,53±11,73(9)	3-19		
	Uzaktan akraba	12,57±12,67(9,5)	2-19		
	Eş	22,38±15,82(28)	9-34		

\* $p<0,05$

Ort.: Ortalama, S.S.: Standart Sapma, M.: Medyan, %25-%75 Çey.: %25 ve %75 Çeyreklik değerleri

Katılımcıların demografik özelliklerine göre Beck Anksiyete skorlarının dağılımları verilmiş ve karşılaştırılmalarında Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri yapılmıştır. Analizler sonucunda yaş, cinsiyet ve yakınlık durumlarına göre Beck Anksiyete skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar gözlenmiştir ( $p<0,05$ ). Yaş içi yapılan Bonferroni testlerine göre 31-43 yaş ile 70 yaş ve üzeri grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p=0,024$ ). 70 yaş ve üzeri grubunun anksiyete skorları 31-43 yaş grubundan yüksektir. Kadınların anksiyete skorları erkeklerin skorlarından yüksektir. Yakınlık durumları için yapılan

Bonferroni testlerine göre 2.derece akraba ile eş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar tespit edilmiştir ( $p=0,021$ ). Eş cevabını veren kişilerin anksiyete skorları 2.derece akraba cevabı veren kişilerin skorlarından yüksektir.

Eğitim durumlarına göre Beck Anksiyete skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar elde edilmemiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 7.** Katılımcıların Yaşları İle Ölçek Skorları Arasındaki İlişkiler

	Pittsburgh Uyku İndeksi	Beck Depresyon Ölçeği	Beck Anksiyete Ölçeği
Yaş	r	-0,0455	0,235
	p	0,590	0,004*

\* $p<0,05$

Kişilerin yaşları ile ölçek skorları arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Spearman korelasyonları kullanılmıştır. Analiz sonucunda yaş ile Beck Anksiyete ölçeği skorları arasında hesaplanan 0,235 korelasyon katsayısı ile istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).

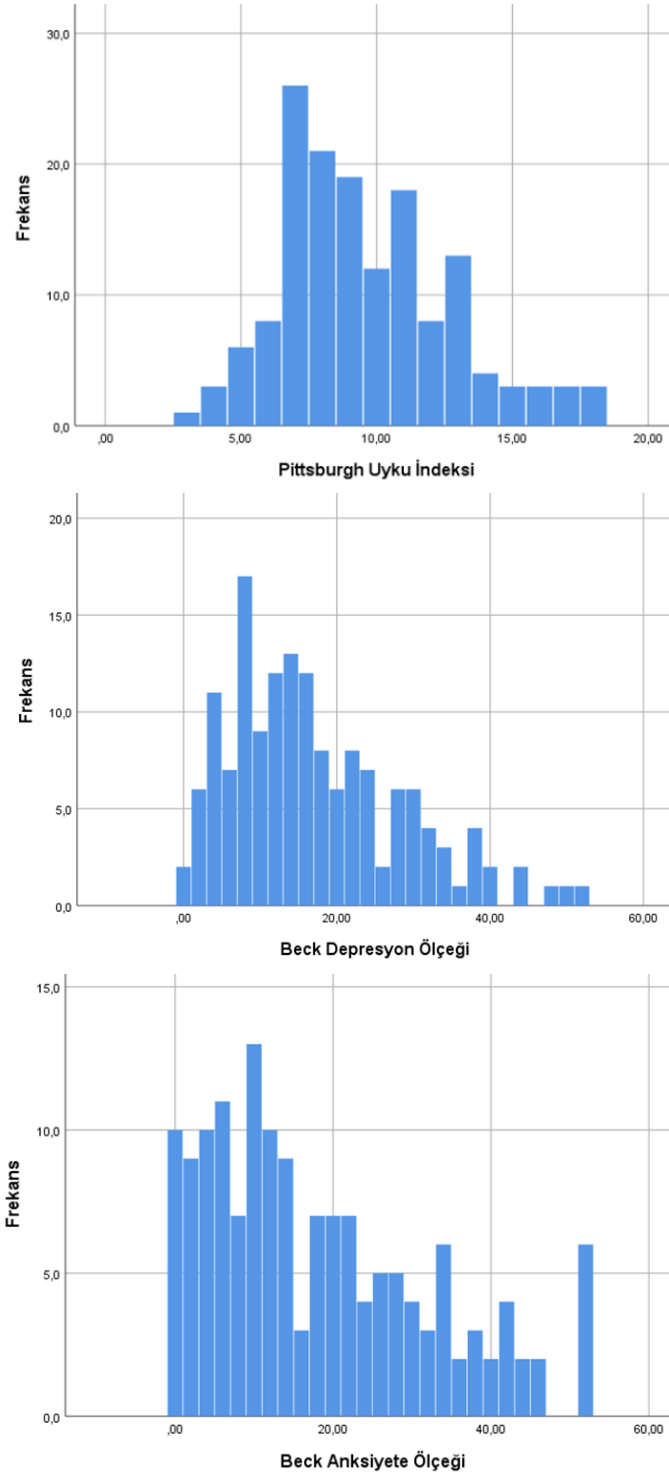
**Tablo 8.** Çalışmada Kullanılan Ölçek Skorları Arasındaki İlişkiler

		Beck Depresyon Ölçeği	Beck Anksiyete Ölçeği
Pittsburgh Uyku İndeksi	R	0,608	0,601
	P	<0,001*	<0,001*
Beck Depresyon Ölçeği	R		0,770
	P		<0,001*

\* $p<0,05$

Ölçek skorları arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Spearman korelasyonlarından yararlanılmıştır. Analiz sonucunda Pittsburgh Uyku İndeksi ile Beck Depresyon ölçeği skorları arasında hesaplanan 0,608 korelasyon katsayısı ile istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyli bir ilişki tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Pittsburgh Uyku İndeksi ile Beck Anksiyete ölçeği skorları arasında hesaplanan 0,601 korelasyon katsayısı ile istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyli bir ilişki gözlenmiştir ( $p<0,05$ ).

Beck Depresyon ölçeği ile Beck Anksiyete ölçeği skorları arasında hesaplanan 0,770 korelasyon katsayısı ile istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve yüksek düzeyli bir ilişki belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ).



Şekil 1. Çalışmada Kullanılan Ölçeklerin Skorlarına Ait Histogram Grafikleri

**Tablo 9.** Katılımcıların Hasta Gruplarına Göre Demografik Özelliklerinin Dağılımları Ve Karşılaştırılması

		Yoğun Bakım		Palyatif		Test İstatistiği	p
		N	%	n	%		
Yaş	18-30 yaş	22	22,0	3	5,9	16,496	0,002*
	31-43 yaş	26	26,0	11	21,6		
	44-56 yaş	30	30,0	11	21,6		
	57-69 yaş	18	18,0	18	35,3		
	70 yaş ve üzeri	4	4,0	8	15,7		
Cinsiyet	Kadın	50	50,0	25	49,0	0,013	0,909
	Erkek	50	50,0	26	51,0		
Medeni durum	Evli	85	85,0	48	94,1	2,674	0,102
	Bekar	15	15,0	3	5,9		
Eğitim durumu	Okuryazar değil	4	4,0	2	3,9	10,880	0,054
	İlkokul ve altı	21	21,0	23	45,1		
	Ortaokul	24	24,0	9	17,6		
	Lise	20	20,0	4	7,8		
	Yüksekokul	20	20,0	8	15,7		
	Lisans ve üstü	11	11,0	5	9,8		
Yakınlık durumu	1.derece akraba	69	69,0	30	58,8	2,819	0,420
	2.derece akraba	9	9,0	8	15,7		
	Uzaktan akraba	10	10,0	4	7,8		
	Eş	12	12,0	9	17,6		

Katılımcıların hasta gruplarına göre demografik özelliklerinin dağılımları verilmiş ve aralarındaki ilişkilerin incelenmesinde Pearson Ki Kare testleri uygulanmıştır. Analizler sonucunda yaş ile hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Yoğun bakım hasta grubunun çoğunlukla 44-56 yaş ve altında olduğu gözlenmiştir.

Hasta grupları ile cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve yakınlık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler elde edilmemiştir ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 10.** Hasta Gruplarına Göre Ölçeklerin Toplam Puanlarının Dağılımı Ve Karşılaştırılması

	Yoğun Bakım		Palyatif		Test İstatistiği	p
	Ort.±S.S. (M.)	%25- %75 Çey.	Ort.±S.S. (M.)	%25- %75 Çey.		
Pittsburg Uyku İndeksi	10,08±3,52(9)	7-13	8,69±2,03(9)	7-10	2011,0	0,033*
Beck Depresyon Ölçeği	16,07±11,45(13)	8-22	17,67±10,65(16)	8-23	2248,0	0,234
Beck Anksiyete Ölçeği	16,59±15,31(10,5)	4-25	19,75±11,34(18)	11-28	1964,0	0,021*

\*p<0,05

Hasta gruplarına göre ölçeklerin toplam puanlarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U testleri uygulanmıştır. Analizler sonucunda hasta gruplarına göre Pittsburg Uyku İndeksi ve Beck Anksiyete ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar belirlenmiştir (p<0,05). Yoğun bakım grubundaki kişilerin Pittsburg Uyku İndeksleri palyatif bakım grubunda bulunan kişilerden yüksektir. Palyatif bakım grubundaki kişilerin Beck Anksiyete puanları yoğun bakım grubunda bulunan kişilerden yüksektir.

**Tablo 11.** Ölçeklerin Toplam Puanlarının Dağılımı

		n	%
Pittsburg Uyku İndeksi	İyi uyku	4	2,6
	Kötü uyku	147	97,4
Beck Depresyon Ölçeği	Normal	70	46,4
	Hafif depresyon	31	20,5
	Orta depresyon	25	16,6
	Ağır depresyon	25	16,6
Beck Anksiyete Ölçeği	Normal	55	36,4
	Hafif anksiyete	34	22,5
	Orta anksiyete	30	19,9
	Şiddetli anksiyete	32	21,2

Ölçeklerin toplam puanlarının dağılımı tabloda verilmiştir.

**Tablo 12.** Katılımcıların Hasta Gruplarına Göre Ölçek Toplam Puanlarının Dağılımları ve Aralarındaki İlişkiler

		Yoğun Bakım		Palyatif		Test İstatistiği	P
		N	%	n	%		
Pittsburg Uyku İndeksi	İyi uyku	3	3,0	1	2,0	-***	1,000
	Kötü uyku	97	97,0	50	98,0		
	Normal	51	51,0	19	37,3		
Beck Depresyon Ölçeği	Hafif depresyon	19	19,0	12	23,5	2,938	0,401
	Orta depresyon	14	14,0	11	21,6		
	Ağır depresyon	16	16,0	9	17,6		
Beck Anksiyete Ölçeği	Normal	47	47,0	8	15,7	18,842	<0,001*
	Hafif anksiyete	15	15,0	19	37,3		
	Orta anksiyete	16	16,0	14	27,5		
	Şiddetli anksiyete	22	22,0	10	19,6		

\*p<0,05 ve \*\*: Fisher's Exact testi

Katılımcıların hasta gruplarına göre ölçek toplam puanlarının dağılımları verilmiş ve aralarındaki ilişkilerin incelenmesinde Pearson Ki Kare ve Fisher's Exact testleri uygulanmıştır. Analizler sonucunda hasta grupları ile Beck Anksiyete Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0,05). Yoğun bakım hasta grubunun çoğunlukla normal anksiyeteye sahip olduğu gözlenmiştir.

Hasta grupları ile Beck Depresyon Ölçeği ve Pittsburg Uyku İndeksi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler elde edilmemiştir (p>0,05).

## 5. TARTIŞMA

Yoğun bakımda ve palyatif serviste tedavi gören hastaların yakınlarında yaptığımız anket çalışmasında; hasta yakınlarında meydana gelen uyku bozuklukları, anksiyete, kaygı düzeyleri ve depresyon durumunu sosyodemografik verilerle birlikte çeşitli yönleriyle inceledik.

Yoğun bakımda ve palyatif serviste tedavi gören hastaların yakınları, hastalarının hayatının tehlikede olmasına tanık olduklarından büyük üzüntü yaşarlar. Hastane ortamında bulunmak, diğer hasta yakınlarının üzüntüsüne tanık olmak ve kötü haber alan hasta yakınlarının deneyimlerine şahit olmak, anksiyete ve depresyonun oluşmasına ve uyku düzenlerinin bozulmasına yol açmaktadır. Hastaları hakkında alacakları kararların, hastalarının yaşam süresi ve kalitesini etkileyeceğini bilmek, aile bireylerinde ciddi bir psikolojik baskı yaratmaktadır (115). Sevdikleri kişiyi kaybetme korkusu, mali endişeler ve rol değişiklikleri, hasta yakınlarında anksiyete, depresyon ve uyku bozukluklarına yol açabilir (116, 117). Yakın akrabalar genellikle hastalara birincil bakım veren kişilerdir, bu yüzden onların psikolojik sağlığı, tüm ailenin yaşam kalitesi açısından büyük önem taşır (118).

Yoğun bakımda hastası olan aile bireylerinin %80'inin sınırdan anksiyete, %70'inin ise sınırdan depresyon belirtileri gösterdiği, ayrıca %80'inden fazlasının yorgunluk, üzüntü ve korku gibi diğer fiziksel ve duygusal belirtiler yaşadığı tespit edilmiştir (119). Başka bir çalışmada ise, yoğun bakımda hastası olan aile bireylerinin anksiyete oranının %73,4 ve depresyon oranının %35,3 olduğu belirtilmektedir (115).

Literatürde, yoğun bakımda yatan hastaların ailelerinin ihtiyaçlarını belirlemeye yönelik pek çok araştırma bulunmaktadır. Ancak, bu ihtiyaçların anksiyete ve depresyon düzeyleriyle olan ilişkisini inceleyen çalışmalara hala gereksinim duyulmaktadır (120). Biz de çalışmamızda, yoğun bakım ve palyatif servislerimizdeki çalışma koşulları ve yoğunluk göz önünde bulundurularak, hasta yakınlarının günlük bilgilendirilmesine rağmen, hastaların yatış süreleri uzadıkça anket verimliliğinin artacağı düşüncesiyle, anketimizi hastaların yoğun bakıma ve palyatif servise kabulünden en az 7 gün sonra gerçekleştirdik.

Çalışmamızı 151 hasta yakını ile gerçekleştirdik. Çalışmaya katılan hasta yakınlarından 100 tanesinin yoğun bakımda hastası yatmakta 51 tanesinin ise palyatif serviste hastası yatmakta idi.

Hasta yakınlarının ruhsal durumlarını değerlendirmek için yaygın kabul gören ve Türkçe çevirileri geçerli hale getirilmiş üç ölçek (Beck depresyon, Beck anksiyete ve Pittsburgh uyku kalitesi indeksi) kullanıldı. Bu ölçeklere verilen yanıtların sonuçları değerlendirildiğinde hastaların Beck depresyon ölçeğine göre 31'inde (%20,5) hafif depresyon, 25'inde (%16,6) orta depresyon, 25'inde (%16,6) de ağır depresyon mevcut olduğu sonuçta toplam hasta yakınlarının %53,7'sinde depresyon bulguları olduğu saptandı.

Beck anksiyete ölçeğine göre 34'ünde (%22,5) hafif anksiyete,30'unda (%19,9) orta anksiyete, 32'sinde (%21,2) şiddetli anksiyete mevcut olduğu sonuçta toplam hasta yakınlarının %63,6'sında anksiyete belirtileri olduğu saptandı.

Pittsburgh uyku kalitesi indeksine göre ise 4'ünün (%2,6) iyi uykuya sahip olduğu diğer 147 hasta yakınının (%97,4) kötü uykuya sahip olduğu saptandı.

Paparrigopoulos ve arkadaşlarının, yoğun bakımda yatan 32 hastanın yakınlarının anksiyete, depresyon ve erken posttravmatik stres bozukluğu görülme sıklığını araştırdıkları çalışmada, ayrıca Maruti ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hasta yakınlarının yaşının anksiyete ve depresyon semptomları ile ilişkili olmadığını belirtmişlerdir (118, 121). Chui ve Chan, 133 hasta yakını üzerinde yaptıkları çalışmada, farklı yaş grupları ile Olayların Etkisi Ölçeğini (IES: Impact of Event Scale) skorları arasında anlamlı bir ilişki bulamamışlardır (122). Ancak Anderson ve arkadaşlarının çalışmasında genç yaşın anksiyete ve depresyon ile ilişkili olduğu bulunmuştur (123). Bizim çalışmamızda ise 70 yaş ve üzeri grubunun anksiyete skorları 31-43 yaş grubundan daha yüksek çıkmıştır. Bizim çalışmamızda yaşlı hasta yakınlarında anksiyetenin yüksek çıkması farklılığının sebebi olarak; çalışmamız hem yoğun bakım hem palyatif servisimizi dahil ettiğimiz için eş kaybı korkusu, ihtiyaçlarını tam karşılayamama, yalnız kalma ihtimalinin düşünülmesi olduğu kanaatindeyiz.

Kadın hasta yakınlarında depresyon, ve anksiyete düzeyleri erkeklerden daha yüksek bulundu. Toplum genelinde, kadınlarda depresyon ve anksiyete

bozukluklarının daha yaygın olduğu bilinmektedir (124). Benzer şekilde, hastalara bakım hizmeti veren kadınlarda da depresif bozuklukların erkeklerden daha sık görüldüğü rapor edilmiştir (125-127). McAdam ve arkadaşlarının çalışmasında da hasta yakınlarında yüksek anksiyete ve depresyon düzeylerinin, kadın olmalarıyla ilişkili olduğu belirtilmiştir (119). Çalışmamızın sonuçları, özellikle kadın hasta yakınlarında depresyon ve anksiyete düzeylerinin yüksek olduğunu, bu bulguların literatürle uyumlu olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların uyku düzeni, anksiyete, depresyon puanları ile medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Literatürde bireylerin medeni durumunun anksiyete ve depresyon düzeylerini gösteren çeşitli araştırma sonuçları bulunmaktadır. Özcan ve arkadaşlarının araştırmasında, evli bireylerin anksiyete düzeylerinin bekar bireylere kıyasla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (128). Başka bir çalışmada ise depresyon ve anksiyete düzeylerinin medeni durumla ilişkisinin olmadığı belirlenmiştir (129). Hunt'un çalışmasında ise evli olmayan bireylerin anksiyete düzeylerinin evli bireylere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (130).

Anderson ve arkadaşlarının çalışmasında, hasta hakkında verilen bilgilerin yeterince anlaşılmasının, hasta yakınlarında daha fazla strese ve hasta ile ilgili kararlara daha az katılmalarına yol açtığı gözlemlenmiştir. Ayrıca, düşük eğitim düzeyine sahip hasta yakınlarının, karar süreçlerine katılım konusunda daha çekingen davrandıkları ve bu durumun anksiyete yaşamalarına neden olduğu, ancak düşük eğitim düzeyinin depresyonla ilişkisiz olduğunu bildirilmişlerdir (123). Azoulay ve arkadaşları, yoğun bakım ünitesindeki hastalarının durumu hakkında iletilen bilgileri anlamakta güçlük çeken hasta yakınlarının, daha fazla post-travmatik stres deneyimlediklerini belirlemişlerdir (131). Chui ve Chan'ın çalışmasında, düşük eğitim seviyesine sahip hasta yakınlarının daha yüksek stres düzeyleri yaşadığı tespit edilmiştir (122). Maruti ve arkadaşlarının çalışmasına göre, hasta yakınlarının yükseköğretim eğitimi almış olmalarının, hasta ile ilgili bilgileri daha iyi anlamalarına katkı sağladığı gözlemlenmiştir (121). Paparrigopoulos ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, 32 yoğun bakım hasta yakını üzerinde post-travmatik stres düzeyini ölçmek için IES anketi kullanılmıştır. Bu araştırmada katılımcıların eğitim düzeylerine göre dağılımı şu şekildedir: %22'si üniversite mezunu, %62,5'i lise mezunu olarak

belirtilmiştir yani bu araştırma sonucunda, düşük eğitim düzeyine sahip hasta yakınlarında IES skorlarının daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur (118). Bizim çalışmamızda kişilerin %4'ünün okuryazar olmadığı, %29,1'inin ilkokul ve altı olduğu, %21,9'unun ortaokul mezunu olduğu, %15,9'unun lise mezunu olduğu ve %18,5'inin yüksekokul mezunu olduğu ve %10,6'sının lisans ve üstü mezunu olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda hasta yakınlarının eğitim düzeyi ile uyku düzeni, anksiyete ve depresyon durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yoğun bakımımızda hasta yakınlarına yönelik zamanında ve anlaşılır bir şekilde yapılan bilgilendirmelerin sayesinde uyku kalitesini bozmadığı ve anksiyete ve depresyon belirtilerinin gözlemlenmediği düşüncesindeyiz.

Hasta yakınlarının uyku düzeni, anksiyete ve depresyon belirtileri, hasta ile olan yakınlık durumuna bağlı olarak değişiklik gösterebilir. Eş, kardeş, oğul, kız ve anne-baba gibi farklı yakınlık dereceleri, farklı tepkilerin ortaya çıkmasına yol açabilir. Önceki çalışmalarda, hasta eşlerinin çocuklarından daha yüksek düzeyde anksiyete gösterdiği ve eşlerin hastalarıyla ilgili daha fazla karar alma sorumluluğu taşıdıkları için bu durumun stres gelişimi açısından bir risk faktörü olabileceğine vurgu yapılmıştır (115, 131). Pochard ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, hasta yakınlarının eşlerinde anksiyete ve depresyon semptomlarının diğer hasta yakınlarına göre daha sık görüldüğü rapor edilmiştir (115). Anderson ve arkadaşlarının çalışmasında ise bu çalışmaların aksine yakınlık derecesi ile anksiyete ve depresyon arasında bir ilişki bulunmamıştır (123). Bizim çalışmamızda ise hasta yakınlık durumuna göre Beck depresyon skorları, Beck anksiyete skorları, Pittsburgh uyku indeksi skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur. Birinci derece akraba cevabını veren kişilerin uyku indeksleri uzaktan akraba cevabını verenlerden yüksektir. Birinci derece akraba ve eş cevabını verenlerin depresyon skorları ikinci derece akraba cevabını veren kişilerin skorlarından yüksektir. Eş cevabını verenlerin depresyon skorları uzaktan akraba cevabını verenlerden yüksektir. Eş cevabını veren kişilerin anksiyete skorları ikinci derece akraba cevabını veren kişilerden yüksektir. Özellikle eşlerin uyku düzeninin bozulduğunu depresyon ve anksiyete semptomları gösterdiklerini gözlemledik.

Yoğun bakımda ve palyatif serviste yatan hastaların yakınlarının uyku bozukluklarıyla ilgili çalışmalar oldukça sınırlıdır. Lee SY ve arkadaşlarının bulguları,

yoğun bakım hastalarının aile üyelerinin düşük uyku kalitesi ve miktarına sahip olduklarını belirten önceki çalışmaları desteklemektedir (132). Van Horn ve Tesh'in çalışmasında, YBÜ hastalarının 50 yetişkin aile üyesinin %70'inin YBÜ'ye yatış öncesine kıyasla daha kötü bir uyku kalitesi bildirdiği ve %80'inin normalden daha az uyuduğu tespit edilmiştir (133). Halm ve arkadaşlarının çalışmasında, YBÜ hastalarının 52 aile üyesinin %36'sı kötü uyku kalitesinden şikayet etmiş, %44,8'i ise YBÜ'ye yatış öncesine göre uyku miktarında azalma bildirmiştir (134).

Quesada ve diğerlerinin araştırmasında, 55 yaşın üzerindeki bakım verenlerin yaşam kalitesi puanlarının belirgin bir şekilde düştüğü sonucuna ulaşılmıştır (135). Aslan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, kanser hastalarına bakım verenlerin %72,2'sinin uyku kalitesinin düşük olduğu tespit edilmiştir (136). Benzer şekilde, Sarı ve arkadaşları tarafından yapılan kanser hastalarının uyku ve depresyon düzeylerini inceledikleri araştırmalarında, hasta yakınlarının %82'sinin uyku kalitesinin kötü olduğunu belirtmişlerdir (137).

Bizimde çalışmamızda literatürle uyumlu olarak hem yoğun bakım hasta yakınlarımızda (%97'sinde) hem de palyatif hasta yakınlarımızda (%98'inde) Pittsburgh uyku kalitesi indeksleri kötü uyku olarak çıkmıştır. Hasta yakınlarının uyku kalitesinin kötü olduğunu belirtmek isteriz.

Biz çalışmamızda diğer çalışmalardan farklı olarak; yoğun bakım ve palyatif serviste hastası yatmakta olan hasta yakınlarını depresyon anksiyete ve Pittsburgh uyku indeksleri açısından karşılaştırdık.

Yoğun bakımda hastası olan hasta yakınlarının palyatif serviste hastası olan hasta yakınlarından Pittsburgh uyku indeksleri istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulundu. Yoğun bakımda hastası olan hasta yakınlarının Pittsburgh uyku indeksi ortalama 10,08 iken palyatif serviste hastası olan hasta yakınlarının ortalama 8,69 çıktı. Ama genel değerlendirme olarak baktığımızda palyatif hasta yakınlarının %98'inin kötü uyku olarak değerlendirmesi ve yoğun bakım hasta yakınlarının %97'sinin kötü uyku olarak değerlendirmesi bize çok değerli olan her iki hasta yakınlarının da uyku kalitesinin oldukça kötü olduğunu göstermektedir.

Palyatif serviste hastası yatmakta olan hasta yakınlarının (ortalama 19,75) da yoğun bakım hasta yakınlarına (ortalama 16,59) göre beck anksiyete puanları istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulundu. Veriler bize gösteriyor ki palyatif hasta yakınlarının % 84,3'ü anksiyete bulguları gösterirken yoğun bakım hasta yakınlarının %53 'ünde anksiyete bulgularına rastlanılmıştır. Literatürde bununla alakalı verilerimizi karşılaştırabileceğimiz yayın bulamadık. Belki de bakım vermenin hasta yakınlarındaki anksiyeteyi daha da arttırdığı kanısındayız. Biz hasta yakınları arasında farkın araştırılması hususunda daha çok çalışmaya ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

Sonuçta hem yoğun bakımda yatan hasta yakınlarının hem de palyatif serviste yatan hasta yakınlarının PUKİ skorları,anksiyete ve depresyon skorları yüksek bulunmuştur. Palyatif ve yoğun bakım hasta yakınları arasında çıkan bu anlamlı farklılık için daha çok araştırmaya ihtiyaç duyulduğu kanaatindeyiz.

## 6. SONUÇ

Sonuç olarak; yoğun bakım ünitesinde ve palyatif serviste tedavi gören hastaların yakınlarında görülen uyku kalitesi ,anksiyete ve depresyon semptomlarını değerlendirdiğimiz anket çalışmamızda, hasta yakınlarının yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon semptomları gösterdiği ve kötü uyku kalitesine sahip olduğu tespit edildi.

Çalışmamızın sonuçlarına göre;

- Hasta yakınlarının %63,6'sının anksiyete ve %53,6'sının depresyon semptomlarına sahip olduğu görüldü.
- Hasta yakınlarından % 97,4'ü kötü uyku ile ilişkilendirilmiştir.
- Hasta yakınlarının ortalama Pittsburgh uyku indeksi 9,61, ortalama anksiyete skoru 17,66, ortalama depresyon skoru 16,61 çıkmıştır.
- Özellikle kadınların erkeklerden daha çok etkilendikleri ve daha fazla anksiyete ve depresyon semptomları gösterdikleri tespit edildi.
- 70 yaş ve üzeri hasta yakınlarında anksiyete oranı daha yüksek bulundu. Yaş arttıkça bakım yükü de artacağı için bakım veren hasta yakınlarının desteğe ihtiyaç duyduğu aşikardır.
- Hastaya yakınlık durumuna göre öncelikle eş ve birinci derece akrabada; uyku kalitesinin bozulduğu, anksiyete, depresyon semptomlarının arttığı görüldü.
- Literatürde genç yaşta anksiyete oranları daha yüksek bulunmasına rağmen çalışmamızda yaş ile anksiyete skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki belirlenmiştir. Bunun sebebi olarak palyatif servis ve yoğun bakım hastası birlikte alındığı için sınırlı katılımcı ve kültürel farklılıklar olabilir.
- Yoğun bakım hasta yakınlarının Pittsburgh uyku skorları palyatif hasta yakınlarından yüksek bulundu. Palyatif hasta yakınlarının da anksiyete skorları yoğun bakım hasta yakınlarından daha yüksek bulundu. Bu iki grup arasında

ıkan bu sonuçlar için örneklem kısıtlılığı kültürel farklılıklar olduğunu düşünmekteyiz. Bu konuda yapılacak daha çok çalışmaya ihtiyaç olduğunu söyleyebiliriz.

- Pittsburgh uyku indeksi ile Beck depresyon leği ve Beck anksiyete leği skorları arasında pozitif yönlü ve orta düzeyli ilişki tespit edilmiştir.
- Beck depresyon leği ile beck anksiyete leği skorları arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyli ilişki tespit edilmiştir.
- Hasta yakınlarının uyku kalitesini, anksiyete ve depresyon düzeylerini etkileyebilecek farklı değişkenlerin araştırılması ve araştırmaların daha geniş örneklemlerde yapılması önerilmektedir.

Sonuç olarak, yoğun bakım ve palyatif servis tedavisi görmek hem hastalar hem de hasta yakınları için zorlu bir süreçtir. Yoğun bakım ve palyatif servislere bakan biz hekimler olarak, yalnızca hastaların tedavisine odaklanmakla kalmamalı, aynı zamanda sürekli iletişim halinde olduğumuz hasta yakınlarının yaşadıkları zorluklara da duyarlılık göstermeliyiz. Hasta yakınlarının psikolojik durumlarındaki değişiklikleri fark etmemiz, semptomların erken teşhis edilmesi ve bu semptomların kronikleşerek daha ciddi psikolojik sorunlara yol amasınn önüne geçilmesi açısından kritik önem taşır. Bu tür durumlar ortaya çıktığında, hasta yakınlarının psikiyatri polikliniğine yönlendirilmesinin gerekli olduğu sonucuna vardık. Ayrıca bu konu ile ilgili daha fazla çalışma yapılması gerektiği kanaatindeyiz.

## 7. KAYNAKÇA

1. Koukouli S, Lambraki M, Sigala E, Alevizaki A, Stavropoulou A. The experience of Greek families of critically ill patients: Exploring their needs and coping strategies. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2018;45:44-51.
2. Gürkan A. Bütüncül yaklaşım: yoğun bakımda hastası olan aile üyeleri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2009;13(1):1-5.
3. Özgürsoy BN, Akyol AD. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların ailelerinin gereksinimleri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2008;12(1):33-8.
4. Hussin R, Hashim F. Communication needs of family members with a relative in intensive care unit. *Journal of Asian Behavioural Studies*. 2017;2(4):19-28.
5. Terzi B, Kaya N. Yoğun bakım hastasında hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Dergisi*. 2011;1:21-5.
6. Bayrak B, Bostanoğlu H. İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Hasta İletişiminde Yaşadıkları Güçlüklerin Saptanması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012;15(4):236-43.
7. Hintistan S, Nural N, Öztürk H. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların deneyimleri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2009;13(1):40-6.
8. Sağlık EKHAH, Genelgesi B. TC Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara; 2005.
9. Sundararajan K, Martin M, Rajagopala S, Chapman MJ. Posttraumatic stress disorder in close Relatives of Intensive Care unit patients' Evaluation (PRICE) study. *Australian Critical Care*. 2014;27(4):183-7.
10. Schmidt M, Azoulay E. Having a loved one in the ICU: the forgotten family. *Current opinion in critical care*. 2012;18(5):540-7.
11. Bijttebier P, Vanoost S, Delva D, Ferdinande P, Frans E. Needs of relatives of critical care patients: perceptions of relatives, physicians and nurses. *Intensive care medicine*. 2001;27:160-5.
12. Teno JM, Mor V, Ward N, Roy J, Clarridge B, Wennberg JE, et al. Bereaved family member perceptions of quality of end-of-life care in US regions with high and low

- usage of intensive care unit care. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2005;53(11):1905-11.
13. Hickey M, Lewandowski L. Critical care nurses' role with families: a descriptive study. *Heart & lung: the journal of critical care*. 1988;17(6 Pt 1):670-6.
  14. Leung K-k, Chien W-T, Mackenzie AE. Needs of Chinese families of critically ill patients. *Western Journal of Nursing Research*. 2000;22(7):826-40.
  15. Norris L, Grove SK. Investigation of selected psychosocial needs of family members of critically ill adult patients. *Heart & lung: the journal of critical care*. 1986;15(2):194-9.
  16. Freichels TA. Needs of family members of patients in the intensive care unit over time. *Critical Care Nursing Quarterly*. 1991;14(3):16-29.
  17. Molter NC. Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart lung*. 1979;8(2):332-9.
  18. Aslan F, Olgun N, Candan S. Efektif cerrahi işlem geçirmekte olan hastaların aile bireylerinin anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. *Hemşire Dergisi*. 1997;47:18-21.
  19. Engli M, Kirsivali-Farmer K. Needs of Family Members of Critically Ill Patients With and Without Acute Brain Injury. *Journal of Neuroscience Nursing*. 1993;25(2):78-85.
  20. Mollaoğlu M. Kritik bakım ünitelerinin duygusal girdilere etkileri ve hemşirelik girişimleri. *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi*. 1997;1(2):86-90.
  21. Kutlu Y. Yoğun bakım ünitesindeki hastaların aile bireylerinin sorunları. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2000;4(2):86-8.
  22. Lange MP. Family stress in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*. 2001;29(10):2025-6.
  23. Sekmen K, Hatipoğlu S. Yoğun bakım ünitesi teknolojik ortamının hasta ve ailesi üzerine etkileri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 1999;3(1):22-6.
  24. Yılmaz RG. Yoğun bakım hemşirelerinin deliryum hakkındaki farkındalıkları ve deliryum yönetimlerinin incelenmesi: Bursa Uludağ University (Turkey); 2020.
  25. Warren NA. Critical care family members' satisfaction with bereavement experiences. *Critical Care Nursing Quarterly*. 2002;25(2):54-60.

26. Bayraktar K, Aydemir Ö. Genel tıpta anksiyete (II). *Psychomed*. 1996;2(4):134-41.
27. Zung WW, Magruder-Habib K, Velez R, Alling W. The comorbidity of anxiety and depression in general medical patients: a longitudinal study. *The Journal of clinical psychiatry*. 1990;51:77-80; discussion 1.
28. Thapar AK, Thapar A. Psychological sequelae of miscarriage: a controlled study using the general health questionnaire and the hospital anxiety and depression scale. *British journal of general practice*. 1992;42(356):94-6.
29. Ünver V. Yoğun bakım ünitesinde hastası olan ailelerin gereksinimlerinin saptanması. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2003;7(1):75-81.
30. Uzun Ö, Özer N, Akyıl RÇ. Bazı Cerrahi Kliniklerde Ve Cerrahi Yoğun Bakım Ünitelerinde Yatan hastaların Ailelerinin Gereksinimleri. *AÜTD* 2002 34; 39-45
31. Bond AE, Draeger CRL, Mandleco B, Donnelly M. Needs of family members of patients with severe traumatic brain injury: Implications for evidence-based practice. *Critical care nurse*. 2003;23(4):63-72.
32. Leske JS. Comparison of family stresses, strengths, and outcomes after trauma and surgery. *AACN Advanced Critical Care*. 2003;14(1):33-41.
33. Avcı-Aydın İ. Aile Temelli Sağlık Yaklaşımı. İçinde: S Kuşuoğlu, BC Demirbağ (ed), *Akademisyen Tıp Kitapevi*, Ankara. 2015.
34. İskit AT. Yoğun bakım hastası. *Yoğun Bakım Dergisi*. 2007:1.
35. Kabalak AA. Türkiye’de Palyatif Bakım; 2014, Güncel Gelişmeler, Gereksinimler. *Anestezi Dergisi*. 2014;22(3):121-3.
36. Koç A. Türk Tıp Tarihinde Palyatif Bakım. *Journal of Anesthesia/Anestezi Dergisi (JARSS)*. 2021;29(3).
37. Elçigil A. Palyatif bakım hemşireliği. *Gulhane Medical Journal*. 2012;54(4).
38. Radbruch L. White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *European journal of palliative care*. 2009;16(6):278.
39. Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat AY. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011;3(3):513-52.
40. Kahveci K, & Gökçınar, D. *Palyatif Bakım*. Nobel Tıp Kitapevleri; 2014.

41. Williams A. Caregivers of persons with stroke: their physical and emotional wellbeing. *Quality of Life Research*. 1993;2:213-20.
42. Williams A-L, McCorkle R. Cancer family caregivers during the palliative, hospice, and bereavement phases: a review of the descriptive psychosocial literature. *Palliative & supportive care*. 2011;9(3):315-25.
43. Sherif T, Jehani T, Saadani M, Andejani A. Adult oncology and chronically ill patients: comparison of depression, anxiety and caregiver's quality of life. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal*, 7 (3), 502-509, 2001. 2001.
44. Alam S, Hannon B, Zimmermann C. Palliative care for family caregivers. *Journal of Clinical Oncology*. 2020;38(9):926-36.
45. Işık E, Uzbay T. Güncel Temel ve Klinik Psikofarmakoloji. Baskı Ankara: Golden Medya. 2008.
46. Crocq M-A. A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2015;17(3):319-25.
47. Kafes AY. Depresyon ve anksiyete bozuklukları üzerine bir bakış. *Humanistic Perspective*. 2021;3(1):186-94.
48. Bal U, Çakmak S, Uğuz Ş. Anksiyete bozukluklarında cinsiyete göre semptom farklılıkları. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 2013;22(4):441-59.
49. Kocabaşoğlu N. Anksiyete bozukluklarına genel bir bakış. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi. 2008;62:175-84.
50. Beesdo K, Knappe S, Pine DS. Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics*. 2009;32(3):483-524.
51. Kozancıoğlu G. Yüksek Eğitim Düzeyindeki Erkeklerin Rorschach Testi Ve Spielberger Anksiyete Ölçekleri İle Kişilik Yapılarının Karşılaştırılması. *Psikoloji Çalışmaları*. 2012;20:85-94.
52. Öz F. Sağlık alanında temel kavramlar: İmaj; 2004.
53. Townsend MC. *Essentials of psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice*: FA Davis; 2013.
54. Öztürk MO, Uluşahin A. *Ruh sağlığı ve bozuklukları: Nobel Tıp Kitabevleri*; 2018.

55. Yetkin S, Özgen F. Tarihsel bakış içinde depresyon. *Turkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*. 2007;3(47):1-5.
56. Köknel Ö. Duygudurum bozukluklarının tarihçesi. *Duygudurum Dizisi*. 2000;1:5-11.
57. Kaya B, Kaya M. 1960'lardan Günümüze Depresyonun Epidemiyolojisi, Tarihsel Bir Bakış. 2007.
58. Küey L, Epidemiyolojisi GCD. Depresyon Monografaları Serisi. Hekimler Yayın Birliği, Ankara. 1993;2:53-68.
59. Baumeister H, Härter M. Prevalence of mental disorders based on general population surveys. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2007;42:537-46.
60. Belek İ. Genel sağlık anketi ile ölçülen ruhsal sorunlar ve sosyodemografik eşitsizlikler: Antalya'da bir alan araştırması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1999;10(3):163-72.
61. Blacker C, Clare A. Depressive disorder in primary care. *The British Journal of Psychiatry*. 1987;150(6):737-51.
62. Almeida OP, Forlenza OV, Lima NKC, Bıglıanı V, Arcurı SM, Gentile M, et al. Psychiatric morbidity among the elderly in a primary care setting—report from a survey in São Paulo, Brazil. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 1997;12(7):728-36.
63. Rakel DP, Minichiello V. Integrative Medicine, eBook: Integrative Medicine, eBook: Elsevier health sciences; 2022.
64. Türkçapar MH. Klinik uygulamada bilişsel-davranışçı terapi: depresyon: HYB Basım Yayın; 2009.
65. Çelik FH, Hocaoğlu Ç. Major depresif bozukluk'tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi*. 2016;6(1):51-66.
66. Southwick SM, Charney DS. The science of resilience: implications for the prevention and treatment of depression. *Science*. 2012;338(6103):79-82.
67. Selvi Y, Beşiroğlu L, Aydın A. Kronobiyoloji ve duygudurum bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011;3(3):368-86.

68. Özer SK, Demir B, Tuğal Ö, Kabakçı E. Montgomery-Asberg depresyon değerlendirme ölçeği: Değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001;12(3):185-94.
69. Gülseren L, Hekimsoy Z, Gülseren Ş, Bodur Z, Kültür S. Diabetes mellituslu hastalarda depresyon anksiyete, yaşam kalitesi ve yetiyitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001;12(2):89-98.
70. Hall J. Brain Acitivities-Sleep, Brain Waves, Epilepsy, Psycosis. *Textbook of Medical Physiology United Kingdom Elsevier*. 2011;12:721-5.
71. Hillman DR. Postoperative sleep disturbances: understanding and emerging therapies. *Advances in Anesthesia*. 2017;35(1):1-24.
72. Reutrakul S, Van Cauter E. Interactions between sleep, circadian function, and glucose metabolism: implications for risk and severity of diabetes. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2014;1311(1):151-73.
73. Panel CC, Watson NF, Badr MS, Belenky G, Bliwise DL, Buxton OM, et al. Recommended amount of sleep for a healthy adult: a joint consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2015;11(6):591-2.
74. McCormick DA. Neurotransmitter actions in the thalamus and cerebral cortex and their role in neuromodulation of thalamocortical activity. *Progress in neurobiology*. 1992;39(4):337-88.
75. Saper CB, Cano G, Scammell TE. Homeostatic, circadian, and emotional regulation of sleep. *Journal of Comparative Neurology*. 2005;493(1):92-8.
76. Siegel JM. Do all animals sleep? *Trends in neurosciences*. 2008;31(4):208-13.
77. Su X, Wang D-X. Improve postoperative sleep: what can we do? *Current opinion in anesthesiology*. 2018;31(1):83-8.
78. Carley DW, Farabi SS. Physiology of sleep. *Diabetes spectrum: a publication of the American Diabetes Association*. 2016;29(1):5.
79. Guyton AC HJ. Beynin Etkinlik Durumları-Uyku:Beynin Dalgaları, Epilepsi,Psikozlar. In: BÇ Y, editor. *Tıbbi Fizyoloji. İstanbul Nobel Tıp Kitabevleri*; 2013. p. 721-8.

80. Rosenberg-Adamsen S, Kehlet H, Dodds C, Rosenberg J. Postoperative sleep disturbances: mechanisms and clinical implications. *British journal of anaesthesia*. 1996;76(4):552-9.
81. Harris CD. Neurophysiology of sleep and wakefulness. *Respiratory care clinics of North America*. 2005;11(4):567-86.
82. Stanley N. The physiology of sleep and the impact of ageing. *European Urology Supplements*. 2005;3(6):17-23.
83. Adam K, Oswald I. Sleep is for tissue restoration. *Journal of the Royal College of Physicians of London*. 1977;11(4):376.
84. Wood AM. A review of literature relating to sleep in hospital with emphasis on the sleep of the ICU patient. *Intensive and Critical Care Nursing*. 1993;9(2):129-36.
85. Krueger JM, Frank MG, Wisor JP, Roy S. Sleep function: Toward elucidating an enigma. *Sleep medicine reviews*. 2016;28:46-54.
86. Öztürk L, All A. Yanıtını Arayan Eski Bir Soru: Niçin Uyuruz? *Journal of Istanbul Faculty of Medicine*. 2011;70(4):114-21.
87. Mignot E. Why we sleep: the temporal organization of recovery. *PLoS biology*. 2008;6(4):e106.
88. Paruthi S, Brooks LJ, D'Ambrosio C, Hall WA, Kotagal S, Lloyd RM, et al. Recommended amount of sleep for pediatric populations: a consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine. *Journal of clinical sleep medicine*. 2016;12(6):785-6.
89. Lindberg E, Janson C, Gislason T, Björnsson E, Hetta J, Boman G. Sleep disturbances in a young adult population: can gender differences be explained by differences in psychological status? *Sleep*. 1997;20(6):381-7.
90. Madrid-Valero JJ, Martínez-Selva JM, Couto BRd, Sánchez-Romera JF, Ordoñana JR. Age and gender effects on the prevalence of poor sleep quality in the adult population. *Gaceta sanitaria*. 2017;31:18-22.
91. Valenza MC, Rodenstein DO, Fernández-de-las-Peñas C. Consideration of sleep dysfunction in rehabilitation. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*. 2011;15(3):262-7.

92. Duman T, Dede ÖH, Uluduz D, Seydaoğlu G, Okuyucu E, Melek I. Sleep changes during prophylactic treatment of migraine. *Annals of Indian Academy of Neurology*. 2015;18(3):298-302.
93. Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, Atzeni F, Häuser W, Fluß E, et al. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Annals of the rheumatic diseases*. 2017;76(2):318-28.
94. Sut HK, Asci O, Topac N. Sleep quality and health-related quality of life in pregnancy. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*. 2016;30(4):302-9.
95. Akinnusi ME, Saliba R, Porhomayon J, El-Solh AA. Sleep disorders in morbid obesity. *European Journal of Internal Medicine*. 2012;23(3):219-26.
96. Roehrs T, Roth T. The effects of medications on sleep quality and sleep architecture. *UpToDate*; 2023.
97. Yılmaz H, Tuncel D, Aksu M, Akyıldız UO, Alp R, Arslan K, ve ark. *Uyku Bozukluklarında Tedavi Rehberi*. 2014.
98. Peuhkuri K, Sihvola N, Korpela R. Diet promotes sleep duration and quality. *Nutrition research*. 2012;32(5):309-19.
99. Ebrahim IO, Shapiro CM, Williams AJ, Fenwick PB. Alcohol and sleep I: effects on normal sleep. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2013;37(4):539-49.
100. Brower KJ, Aldrich MS, Robinson EA, Zucker RA, Greden JF. Insomnia, self-medication, and relapse to alcoholism. *American Journal of Psychiatry*. 2001;158(3):399-404.
101. Zhabenko N, Wojnar M, Brower KJ. Prevalence and correlates of insomnia in a Polish sample of alcohol-dependent patients. *Alcoholism: clinical and experimental research*. 2012;36(9):1600-7.
102. Drake C, Roehrs T, Shambroom J, Roth T. Caffeine effects on sleep taken 0, 3, or 6 hours before going to bed. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2013;9(11):1195-200.
103. Potter PA, Perry AG. *Basic nursing: Essentials for practice*. 2007.

104. Jansson-Fröjmark M, Lindblom K. A bidirectional relationship between anxiety and depression, and insomnia? A prospective study in the general population. *Journal of psychosomatic research*. 2008;64(4):443-9.
105. Choueiry N, Salamoun T, Jabbour H, El Osta N, Hajj A, Rabbaa Khabbaz L. Insomnia and relationship with anxiety in university students: a cross-sectional designed study. *PloS one*. 2016;11(2):e0149643.
106. Dube N, Khan K, Loehr S, Chu Y, Veugelers P. The use of entertainment and communication technologies before sleep could affect sleep and weight status: a population-based study among children. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2017;14:1-15.
107. Schutte-Rodin S, Broch L, Buysse D, Dorsey C, Sateia M. Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. *Journal of clinical sleep medicine*. 2008;4(5):487-504.
108. Rechtschaffen A. A manual of standardized terminology, techniques and scoring system for sleep stages of human subjects. 1968:1-55.
109. Buysse DJ, Reynolds III CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*. 1989;28(2):193-213.
110. MY A. Pittsburgh uyku kalitesi indeksinin gecerligi ve guvenirligi. *Turk Psikiyatri Dergisi*. 1996;7:107-15.
111. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck depression inventory. 1996.
112. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin gecerliliği uzerine bit calisma (A study on the validity of Beck Depression Inventory.). *Psikoloji Dergisi*. 1988;6:118-22.
113. Hisli N. Beck depresyon envanterinin universite ogrencileri icin gecerliliği, guvenilirligi.(A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample). *J Psychol*. 1989;7:3-13.
114. Ulusoy M, Sahin NH, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *Journal of cognitive psychotherapy*. 1998;12(2):163.
115. 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. A prospective multicenter study. *Journal of critical care*. 2005;20(1):90-6.
116. Foss KR, Tenholder MF. Expectations and needs of persons with family members in an intensive care unit as opposed to a general ward. *Southern medical journal*. 1993;86(4):380-4.
117. Lindeman CA, McAthie M. *Fundamentals of contemporary nursing practice*. 1999.
118. 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. *Journal of psychosomatic research*. 2006;61(5):719-22.
119. 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. *Critical care medicine*. 2010;38(4):1078-85.
120. Ölçüm Hİ, Özşen K, Diken Aİ, Yazla Asaf E, Karadere ME. Kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım birimlerinde hasta yakınının gereksinimleri: Anksiyete ve depresyon ile ilişkisi. 2018.
121. Maruiti MR, Galdeano LE, Farah OGD. Anxiety and depressions in relatives of patients admitted in intensive care units. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2008;21:636-42.
122. Chui WYY, Chan SWC. Stress and coping of Hong Kong Chinese family members during a critical illness. *Journal of clinical nursing*. 2007;16(2):372-81.
123. 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. *Journal of critical care*. 2009;24(2):249-54.
124. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American journal of psychiatry*. 2001;158(7):1091-8.
125. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu H-G, et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *Jama*. 1996;276(4):293-9.

126. Hildebrandt M, Stage KB, Kragh-Soerensen P. Gender and depression: a study of severity and symptomatology of depressive disorders (ICD-10) in general practice. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2003;107(3):197-202.
127. Williams JB, Spitzer RL, Linzer M, Kroenke K, Hahn SR, deGruy FV, et al. Gender differences in depression in primary care. *American journal of obstetrics and gynecology*. 1995;173(2):654-9.
128. Ozcan M, Uguz F, Cilli AS. The prevalence of generalized anxiety disorder and comorbidity among psychiatric outpatients. *Turk Psikiyatri Dergisi*. 2006;17(4):276.
129. Soskolne V, Bonne O, Denour AK, Shalev AY. Depressive symptoms in hospitalized patients: a cross-sectional survey. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 1996;26(3):271-85.
130. Hunt C. The diagnosis and nature of generalized anxiety disorder. *Current Opinion in Psychiatry*. 2000;13(2):157-61.
131. Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, Chevret S, Aboab J, Adrie C, et al. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *American journal of respiratory and critical care medicine*. 2005;171(9):987-94.
132. Lee S-Y, Lee KA, Rankin SH, Weiss SJ, Alkon A. Sleep disturbance, fatigue, and stress among Chinese-American parents with ICU hospitalized infants. *Issues in Mental Health Nursing*. 2007;28(6):593-605.
133. Van Horn E, Tesh A. The effect of critical care hospitalization on family members: stress and responses. *Dimensions of critical care nursing*. 2000;19(4):40-9.
134. Halm MA, Titler MG, Kleiber C, Johnson SK, Montgomery LA, Craft MJ, et al. Behavioral responses of family members during critical illness. *Clinical nursing research*. 1993;2(4):414-37.
135. Quesada M, Madrigal M, Luna A, Perez-Carceles MD. Caring for the caregiver: factors associated with the quality of life of family caregivers to palliative care patients. *European Journal For Person Centered Healthcare*. 2015;3(3):352-61.

136. Aslan Ö, Sanisoglu Y, Akyol M, Yetkin S. Quality of sleep in Turkish family caregivers of cancer patients. *Cancer Nursing*. 2009;32(5):370-7.
137. Sarı D, Eşer İ, Khorshid L. Kanser hastalarına bakım veren yakınlarının uyku kalitesi ve depresyon düzeyleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2010;26(1):1-10.

