

T.C.
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı

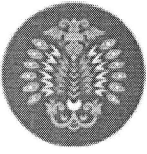
**REANİMASYON YOĞUN BAKIM
ÜNİTESİNDE YATAN HASTALARDA,
HASTA YAKINLARININ ANKSİYETE
DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Hazal ALKAN

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Özgür ÖZMEN

ERZURUM-2024



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİ ve TEZİ İLE İLGİLİ BİLGİLER	
Adı, Soyadı : Hazal ALKAN	Sınav tarihi: 27 / 05 / 2024
Anabilim Dalı : Anesteziyoloji ve Reanimasyon	
Tez Danışmanı : Doç.Dr. Özgür ÖZMEN	
Tezin Konusu : Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastalarda, Hasta Yakınlarının Anksiyete Düzeylerinin Değerlendirilmesi	
Tezin Niteliği : <input checked="" type="checkbox"/> Tıpta Uzmanlık Tezi	
Tez Sınavının Nasıl Yapıldığı: <input checked="" type="checkbox"/> Yüz yüze katılım sağlanarak <input type="checkbox"/> Online (Jürinin teşkil edilmesinde kurum dışından belirlenecek olan jüri üyesi, aynı il sınırları içerisinde bulunmadığından, tez sınavı dijital ortamda yapılmıştır.)	

II. KARAR	
Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinin 19. maddesi gereğince yapılan tez savunma sınavının tamamlanması sonucunda adı geçen tezinin, jüri üyelerince "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak; <input checked="" type="checkbox"/> Kabulüne	
1. Tez Sınavı <input type="checkbox"/> Reddine (Eksikliklerin tamamlanması ve gerekli düzeltmelerin yapılması için uzmanlık öğrencisine, TUEY'nin 19. Maddesinin 5. fıkrası gereğince altı aylık ek bir süre verilmesine)	
2. Tez Sınavı <input type="checkbox"/> Reddine (TUEY'nin 19. Maddesinin 6. fıkrası gereğince, uzmanlık öğrencisinin uzmanlık öğrenciliği ile ilişkisinin kesilmesine)	
<input checked="" type="checkbox"/> Oy birliği <input type="checkbox"/> Oy çokluğu ile karar verilmiştir.	

III. AÇIKLAMALAR	
Hazır.	

IV. JÜRİ ÜYELERİ				
	Unvanı Adı Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurum Bilgisi	İmza
Jüri Başkanı	Prof.Dr. Nazim DOĞAN	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi	
Jüri Üyesi	Prof.Dr. Canan ATALAY	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi	
Jüri Üyesi	Doç.Dr. Özgür ÖZMEN	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi	

ONAY

Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı araştırma görevlilerinden Dr.Hazal ALKAN'a ait “ **Reanimasyon yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda, hasta yakınlarının anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi**” isimli bilimsel tez çalışması, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölüm Kurulu'nun 14.06.2022 tarihinde 7 nolu toplantı ve 40 nolu kararı ile kabulüne ve tez yöneticiliğini, Doç.Dr. Özgür ÖZMEN'in; yapma kararı onaylanmıştır.

Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı araştırma görevlilerinden Dr.Hazal ALKAN'a ait **Reanimasyon yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda, hasta yakınlarının anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi**” adlı bilimsel tez çalışması, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'nun 30.06.2022 tarihi, 6 nolu toplantı ve 40 nolu kararı ile onaylanmıştır.

İÇİNDEKİLER

ONAY	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLolar DİZİNİ	iv
KISALTMALAR DİZİNİ	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET.....	vii
ABSTRACT.....	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Yoğun Bakım Servisleri ile ilgili Genel Bilgiler.....	3
2.1.1. Yoğun Bakım Ünitelerinin Yapılanması.....	4
2.1.2. Yoğun Bakım Ünitesine Hasta Yatış Kriterleri ve Hasta Özellikleri.....	4
2.1.3. Yoğun Bakım Servislerinde Hasta Yakınlarının Gereksinimleri ve Yaşadığı Sorunlar	5
2.1.4. Yoğun Bakımda Skorlama Sistemleri	6
2.1.4.1. Prognostik Skorlama Sistemleri	7
2.1.4.2. Organ Yetersizliği Skorlama Sistemleri	10
2.2. Anksiyete.....	10
2.2.1. Anksiyete Kavramı ve Tarihçesi	10
2.2.2. Anksiyeteyi Açıklayan Kuramlar	12
2.2.2.1. Psikanilitik Kuram.....	12
2.2.2.2. Davranışsal ve Bilişsel Kuram	14
2.2.2.3. Spilberger' in Anksiyete Kuramı	14
2.2.3.2. Genetik Çalışmalar	16
2.2.3.3. Nöroanatomik Görüşler	16
2.2.4. Anksiyete Epidemiyolojisi	17
2.2.5. Anksiyetenin Değerlendirilmesi.....	17
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	20
3.1. Araştırmanın Modeli	20
3.2. Araştırma Evreni ve Örneklemi	20
3.3. Veri Toplama Araçları	21

3.4. İstatiksel İşlemler	21
4. BULGULAR	22
5. TARTIŞMA	38
6. SONUÇ.....	44
KAYNAKLAR	45



TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.1. Spielberger Durumluk Kaygı Skalası: STAI FORM TX-1.....	19
Tablo 4.1. Hasta ve hasta yakını demografik özellikleri	22
Tablo 4.2. Hasta yakını yaşına göre anksiyete skorları	23
Tablo 4.3. Hasta Yakını Cinsiyetine Göre Anksiyete Skorları	24
Tablo 4.4. Hasta Yakını Yakınlık Derecesine Göre Anksiyete Skorları.....	25
Tablo 4.5. Hasta İle Görüşme Sıklığına Göre Anksiyete Skorları	26
Tablo 4.6. Hasta Yakını Gelir Düzeyine Göre Anksiyete Skorları	27
Tablo 4.7. Hasta Yakını Eğitim Düzeyine Göre Anksiyete Skorları	28
Tablo 4.8. Geçmiş Yoğun Bakım Deneyimine Göre Anksiyete Düzeyleri	29
Tablo 4.9. Hasta Yaşına Göre Hasta Yakınlarının Anksiyete Düzeyleri	30
Tablo 4.10. Hasta Cinsiyetine Göre Hasta Yakınlarının Anksiyete Düzeyleri ...	31
Tablo 4.11. Hasta Yatış Saatine Göre Hasta Yakınlarının Anksiyete Düzeyleri	32
Tablo 4.12. Hasta Eğitim Düzeyine Göre Hasta Yakını Anksiyete Skorları	33
Tablo 4.13. Hastanın Yatış GKS'sine Göre Hasta Yakını Anksiyete Düzeyleri	34
Tablo 4.14. Hastanın Apache'sine Göre Hasta Yakını Anksiyete Düzeyleri.....	35
Tablo 4.15. Hastanın Sofa Skoruna Göre Hasta Yakını Anksiyete Düzeyleri....	36
Tablo 4.16. Hastanın Saps-2 Skoruna Göre Hasta Yakını Anksiyete Düzeyleri	37

KISALTMALAR DİZİNİ

5HT	: 5-hidroksitriptofan
APACHE-2	: Akut Fizyoloji Ve Kronik Sağlık Değerlendirmesi
GABA	: Gama-AminoBütirik Asit
GKS	: Glaskow Koma Skoru
NE	: Norepinefrin
SAPS-2	: Basitleştirilmiş Akut Fizyoloji Skoru
SOFA	: Sıralı Organ Yetmezliği Değerlendirmesi
STAI	: Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği
TSSB	: Posttravmatik Stres Bozukluğu

TEŞEKKÜR

Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanlığı eğitimim süresince katkılarını esirgemeyen Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Nazim DOĞAN'a, asistanlık eğitim sürecindeki emekleri ve uzmanlık tezimin hazırlanmasında verdiği destek için hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Özgür ÖZMEN'e, eğitimim süresince değerli bilgilerinden faydalandığım Anabilim Dalı değerli öğretim üyelerimiz; Prof. Dr. Hüsnü KÜRŞAD, Prof. Dr. Canan ATALAY, Prof. Dr. Ayşenur DOSTBİL, Prof. Dr. Mehmet AKSOY, Prof. Dr. Ali AHİSKALIOĞLU, Prof. Dr. Elif ORAL AHİSKALIOĞLU, Doç. Dr. Erkan Cem ÇELİK, Doç. Dr. Muhammed Enes AYDIN, Doç. Dr. İrem ATEŞ, Doç. Dr. Murat YAYIK'a ve istatistiksel çalışmalarımızda verdiği destek için Dr. Öğretim Üyesi Kamber KAŞALI'ye teşekkürlerimi borç bilirim.

Yoğun akademik dönemlerine rağmen çalışmama katkıda bulunan, Dr. Merve AKBULUT DEMİRAL, Dr. Berivan BOZAN, Dr. Emir ŞAHAN, Dr. Üsâme KESMEZ, Dr. Kevser AKGÜN ve tüm araştırma görevlisi doktor arkadaşlarıma; yoğun bakım ünitesinde ve ameliyathanede görevli hemşire, teknisyen ve personel arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Tüm öğrenim hayatım boyunca sevgi ve fedakarlıkla yanımda olan babam Mahmut TOSUN'a ve annem H. Tuba TOSUN'a, kardeşim Onur TOSUN'a sevgili eşim Fatih ALKAN'a ve biricik kızım Mercan ALKAN'a sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Hazal ALKAN

ÖZET

Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastalarda, Hasta Yakınlarının Anksiyete Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Amaç: Biz bu çalışmada STAI anksiyete skalası kullanarak anesteziyoloji ve reanimasyon anabilim dalı yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların yakınlarının; yaşları, cinsiyetleri, hasta ile olan yakınlık düzeyleri, eğitim durumları, meslekleri, daha önceki kendi yoğun bakım deneyimleri, hastalarının yaşı, eğitim durumu ve yatış saatinin anksiyete düzeylerine etkilerini değerlendirmeyi amaçladık.

Materyal ve Metod : Yerel etik kurul onayı alındıktan sonra Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesini Anesteziyoloji ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesinde yatan hastaların yakınları çalışmaya dahil edildi. Hasta yakınlarının 18 yaş ve üstü olanları çalışmaya dahil edildi. Hasta yakınının demografik verileri, eğitim durumu, yakınlık derecesi kaydedildi. Bilgilendirilen hasta yakınlarına yatışta , 1,2,3,4,5,7,10. günlerde birebir görüşme yöntemi kullanılarak durumsal kaygıyı ölçmede kullanılan “STAI FORM TX-1” anket formu doldurtuldu. Hasta yakınlarının; yaşları, cinsiyetleri, hasta ile olan yakınlık düzeyleri, eğitim durumları, meslekleri, daha önceki kendi veya yakınlarının yoğun bakım deneyimleri ile belirtilen günlerde ki anksiyete düzeyleri karşılaştırıldı.

Bulgular: Hasta yaşı, hasta cinsiyeti, yoğun bakım skorları, hasta gks'si, hasta yakını yaşı, hasta yakını cinsiyeti, geçmiş yoğun bakım deneyimi, yakınlık derecesi, hasta ile görüşme sıklığı, eğitim durumu ve gelir düzeyine göre oluşturulan her bir grup yatışta 1,2,3,4,5,7,10. günlerde karşılaştırıldığında kendi yoğun bakım deneyimi olan grupta istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,05$). Hasta yatış saati 20.00-08.00 olan grupta istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu($p < 0,05$). Hasta yakını yaşı, yakınlık derecesi, görüşme sıklığı ve gelir düzeyi açısından istatistiksel olarak gruplar içinde herhangi bir fark yoktu ($p > 0,05$).

Sonuç: Yoğun bakım ihtiyacı olan hastaların yakınlarında anksiyete oluşmasına sebep olabilecek birden fazla faktörün olduğu görülmüştür. Bu çalışmada

kendi yoğun bakım yatış deneyimi olan hasta yakınlarının hasta yatışı esnasında daha yüksek anksiyeteye sahip olduğu görülmüştür. Anksiyete durumunun yoğun bakım hekimi ile görüşerek, yeterli ve gerekli bilgileri edinerek gerilediği düşüncesi taşımamıza rağmen yine de bu konu üzerinde daha detaylı ve daha uzun araştırmalar yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, State-Trait Anxiety Inventory (STAI) skalası, Hasta yakını



ABSTRACT

Evaluation of Anxiety Levels of Relatives of Patients in the Reanimation Intensive Care Unit

Purpose: In this study, we used the STAI anxiety scale for the relatives of patients hospitalized in the intensive care unit of the department of anesthesiology and reanimation; We aimed to evaluate the effects of their age, gender, level of closeness with the patient, educational status, profession, previous intensive care experience, patients' age, educational status and bed time on anxiety levels.

Material and Method: After local ethics committee approval was obtained, relatives of patients hospitalized in the Anesthesiology and Reanimation Intensive Care Unit of Erzurum Atatürk University Faculty of Medicine Research Hospital were included in the study. Patients' relatives aged 18 and over were included in the study. Demographic data, educational status, and degree of closeness of the patient relative were recorded. Informed patient relatives were asked to fill out the "STAI FORM TX-1" survey form, which is used to measure situational anxiety, using the one-to-one interview method on the first, second, third, fourth, fifth, seventh and tenth days of hospitalization. Relatives of the patient; Their age, gender, level of closeness with the patient, educational status, profession, previous intensive care experience of themselves or their relatives, and their anxiety levels on the specified days were compared.

Results: Each group was formed according to patient age, patient gender, intensive care scores, patient GKS, patient relative age, patient relative gender, past intensive care experience, degree of closeness, frequency of meeting with the patient, education level and income level. When compared on the second, third, fourth, fifth, seventh and tenth days, there was a statistically significant difference in the group with their own intensive care experience ($p < 0.05$). There was a statistically significant difference in the group whose hospitalization time was 20.00-08.00 ($p < 0.05$). There was no statistical difference between the groups in terms of the patient's relative's age, degree of closeness, frequency of meetings and income level ($p > 0.05$).

Conclusion: It has been observed that there are multiple factors that may cause anxiety in the relatives of patients in need of intensive care. In this study, it was observed that relatives of patients who had their own intensive care hospitalization experience had higher anxiety during hospitalization. Although we think that the anxiety situation regressed by meeting with the intensive care physician and obtaining sufficient and necessary information, we still think that more detailed and longer research should be conducted on this issue.

Keywords: Anxiety, State-Trait Anxiety Inventory (STAI) scale, Patient relatives



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yoğun bakım ünitesi, hastaların hayatta kalmasını sağlamak ve vücudun yerine getiremediği fonksiyonları desteklemek için çeşitli teknolojileri kullanan doktor ve hemşirelerin yer aldığı kritik bir tıbbi birimdir.

Bu birim, solunum cihazları gibi yaşamsal öneme sahip ekipmanları kullanarak hastaların solunum ve diğer vital fonksiyonlarını destekler. Bu sayede hastaların durumu stabil tutulur ve tedavileri etkili bir şekilde uygulanır.

Yoğun bakım ünitesine yatış nedenleri arasında solunum yetmezliği, ciddi enfeksiyonlar (örneğin, pnömoni veya menenjit), kalp krizi, ani kalp ritmi bozuklukları, bilinç kaybı, şok, travma, zehirlenme ve ameliyat sonrası izlem gerektiren durumlar bulunmaktadır.

Yoğun bakım ünitesinde bulunmanın getirdiği kapalı alan hissi, aile ile sınırlı görüş imkanı, hareketlerin kısıtlanması, tıbbi cihazlara ve ekipmanlara bağımlılık, karmaşık cihazların kullanılması, genellikle ağırlı işlemlerin yapılması, farklı seslerin duyulması ve yetersiz bilgilendirilme gibi faktörler, hastaların stres yaşamasına ve anksiyete geliştirmesine neden olabilir .(1)

Yoğun bakımda yatmak hastalar açısından olduğu kadar yoğun bakım ünitesinde hastası olan bireyler açısından da anksiyeteye neden olabilen bir süreçtir.

Yoğun bakım ünitesinde yatmanın bireyler ve aileleri için kaygı verici olabileceği bir gerçektir. Bu ortamda hastaların sağlık sorunları ciddi olup ve durumları hızla değişebilir, bu da belirsizlik duygusuyla birlikte anksiyeteyi artırabilir. Yoğun bakımdan taburcu olmak veya bir servise geçmek de benzer bir kaygıya neden olabilir. Hasta ve aileler, yoğun bakımdan ayrılmayı olumlu bir gelişme olarak görmeyebilirler, çünkü bakımın ve izlemenin azalacağı, yeterince güvenli bir ortam olmayacağı endişesini taşıyabilirler .(2)

Yoğun bakım ünitesinde hastası olan bireylerin, üniteye girişine izin verilmemesi veya sınırlı sürelerle izin verilmesi, yeterince bilgi verilmemesi, güvenlik tehdidi hissetmesi ve belirsizlik yaşaması anksiyete deneyimlemelerine neden olmaktadır .(3)

Aileleleri olumsuz olarak etkileyebilecek faktörlere çevresel uyaranlar (ekg , ventilatörler),invaziv işlemler , bilgi eksikliği ,iletişimde yetersizlik , ölüm korkusu örnek verilebilir.

Literatürde yakınlarının yoğun bakım yatışı olan bireylerin anksiyetesini ele alan çalışmalar oldukça sınırlıdır. Cerrahi girişim uygulanan adolesanların ebeveynlerinin , operasyon geçirecek hastaların yakınlarının ve kanser hastalarının yakınlarının anksiyete düzeylerine bakılmıştır. (4)

Literatürde, ailenin ya da hasta yakınlarının ihtiyaçlarının bilinmesinin ve bu ihtiyaçların giderilmesinin , hastanın iyileşme sürecinde pozitif yönde etki yaptığı belirtilmektedir. (3)

Yaptığımız bu çalışma ile reanimasyon yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların hasta yakınlarının anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yoğun Bakım Servisleri ile ilgili Genel Bilgiler

Yoğun bakım ihtiyacı olan hastaların sağlığına kavuşturulmasını amaçlayan, farklı yerleşim biçimlerine ve hasta takibi sistemlerine sahip olan kliniklerdir. Bu klinikler, bir veya birkaç organ veya organ sisteminde ciddi fonksiyon bozukluğu olan hastalar için geliştirilmiş olup, ileri teknolojiye sahip cihazlarla donatılmıştır. Burada, hastaların yaşamsal bulguları 24 saat boyunca gözlemlenir ve takip edilir, tedavi süreçleri yönetilir.

Yoğun bakım üniteleri, yaşamı tehlikede olan bireylere en üst düzeyde fayda sağlamak için kullanılan, hayati öneme sahip teknolojik araç ve gereçlerin bulunduğu birimlerdir. Bu birimlerde, disiplinler arası bir ekip yaklaşımı gereklidir.

Yoğun bakım ünitelerinin kuruluş amaç ve hedeflediklerine bakıldığında; bakım ve tedavi yetkilerine göre yoğun bakım üniteleri 3 düzeye ayrılmaktadırlar (TC Resmi Gazete, 2011):

Düzey 1: Solunum desteğine ihtiyaç duymayan ancak organ yetmezliği başlamış olan ve rutin yöntemlerle tedavi edilemeyen hastaların yakın takip ve tedavisinin yapıldığı birimlerdir. Bu birimlerin en az iki yataklı olması gerekmektedir.

Düzey 2: Yüksek kaliteli bakım ve tedavi sunan, yaşamsal destek gerektiren hastaların detaylı ve nitelikli takip ve müdahalelerinin yapıldığı, 24 saat boyunca doktor denetimi ve gözetimi olan birimlerdir. Bu birimlerin en az dört yataklı olması gerekmektedir.

Düzey 3: Tıbbi bakım ve tedavi gerektiren tüm karmaşık hastalıkların, spesifik hastalıkların veya birden fazla uzmanlık alanını ilgilendiren çoklu organ işlev bozukluklarının kabul edildiği ve en üst düzeyde bakımın sağlandığı birimlerdir. Bu birimlerin en az altı yataklı olması gerekmektedir.

2.1.1. Yoğun Bakım Ünitelerinin Yapılanması

Yoğun bakım üniteleri, hastalık gruplarına göre ayrı ayrı (örneğin; iç hastalıkları, nöroloji, cerrahi, anestezi, göğüs hastalıkları, vb.) veya tüm kritik hastaların takip edildiği genel bir ünite şeklinde yapılandırılabilir.

Yoğun bakım ünitelerinin yatak sayısı, genellikle hastane yataklarının %5-10'u arasında olmalıdır. İdeal olarak, yoğun bakım birimlerinde 8-12 yatak bulunmalıdır. Her yatak için 40 m²'lik bir alan ayrılmalıdır; bu alanın yarısı hasta için, diğer yarısı ise diğer birimler için kullanılmalıdır. Yoğun bakım birimleri, açık koğuş sistemi, ayrı izole odalar veya modüler tarzda olabilir; modüler sistemde her iki sistemin bir arada uygulandığı bir yapı söz konusu olabilir. Açık koğuş sistemi kullanıldığında, yataklar arasında en az 2,5 m mesafe olmalıdır. Personel, malzeme girişleri ve ziyaretçi girişleri ayrı olmalıdır. Açık sistemde, her iki yatak için bir lavabo bulunmalıdır; izole odalarda ise her odada bir lavabo olmalıdır. Her yatak başında en az ikişer adet oksijen ve hava kaynağı, vakum sistemi, aydınlatma sistemi ve 16'şer adet priz bulunmalıdır. Hasta başında diyaliz yapılabilmesi için su sistemine olanak sağlanmalıdır ve hasta yatakları farklı pozisyonlara ayarlanabilmelidir. Ayrıca, hastanın durumunu izlemek için en az 10 monitör bulunmalı ve invaziv monitörasyon olanakları sağlanmalıdır. Merkezi monitörizasyonu sağlayacak bir planlama yapılmalıdır .(5)

2.1.2. Yoğun Bakım Ünitesine Hasta Yatış Kriterleri ve Hasta Özellikleri

Çelik (2007) tarafından belirtilene göre, Amerika Yoğun Bakım Tıp Derneği'nin Etik Komitesi, yoğun bakım ünitesine kabul kriterlerini belirlemek için dört gruba ayırmıştır .(6)

1. Derece öncelikli; Kritik durumda olan, yoğun bakım ortamı dışında yarar sağlamayan, yoğun izlem ve tedaviye ihtiyaç duyan, kardiyopulmoner ve nörolojik dengesi bozulmuş, stabil olmayan hastalar
2. Derece öncelikli; uygulanan girişim sonrasında yüksek olasılıkla yoğun izleme ve acil müdahalelere gereksinim duyan hastalar

3. Derece öncelikli; durumu anstabil olan , fakat altta yatan hastalıkları ve bu akut hastalıkların doğasından dolayı iyileşme olasılığı düşük olan hastalar
4. Derece öncelikli; yoğun bakım ünitesine kabulü uygun görülmeyen hastalar olarak tanımlanmıştır.

2.1.3. Yoğun Bakım Servislerinde Hasta Yakınlarının Gereksinimleri ve Yaşadığı Sorunlar

Aile üyeleri için, sevdikleri birinin kaybıyla ilgili korku, belirsizlik, mali endişeler, alınan kararlara katılamama, rollerde değişiklikler, hastanın ihtiyaçlarını karşılayamama, yetersiz bilgi sahibi olma, hastanın bakımını gerçekleştirememe ve yoğun bakım ortamında hastayı görememe gibi durumlar stres kaynağı olabilir. Bu durumlar genellikle bireylerde kızgınlık, duyarsızlık ve endişe gibi duygulara neden olabilir .(7)

Hastaneye yatan kişinin yakınları;

- Umut olduğunu hissetmek,
- Güvenilir ve hasta durumu ile ilgili doğru cevaplar almak,
- Hastane çalışanlarının yakınlarına kibar ve saygılı davranması,
- Hastalarının ihtiyaçlarının geciktirilmeden karşılanması,
- Hastanede kullanılan alet ve cihazların gelişen teknolojiler ile uyumlu olması,
- Hastane yemeklerinin doyurucu ve uygun sıcaklıkta olması,
- Fiziki ortamın (oda, banyo, tuvalet vb.) temiz olması ve takibinin devamlı olarak yapılması , çarşaf, nevresim ve yastık kılıflarının temiz olması,
- Bekleme salonlarında oturacak alanların yeterli olması,
- Hastane ortamının gürültüden uzak olması,
- Hastalarına ait odaların kalabalık olmaması gibi istekleri vardır ve hasta yakınları bu beklentilerin karşılanmasını isterler.

Kritik bir hastalık nedeniyle bireyin yoğun bakım ünitesine alınması, sadece hasta için değil, aynı zamanda aile üyeleri içinde krize neden olabilecek bir durumdur.

Aile içinde yaşanan krize sebep olan en önemli faktörlerden biri, bir aile üyesini kaybetme olasılığıyla ilgili duyulan korku ve anksiyetedir .(8)

2.1.4. Yoğun Bakımda Skorum Sistemleri

Yoğun bakım ünitelerinde kullanılan skorum sistemleri, yoğun bakım tedavisi gerektiren hastaların tanımlanmasını kolaylaştırmak, standartları sağlamak, klinik çalışmalara katılacak hasta gruplarını belirlemek, mevcut tedavilerin etkinliğini değerlendirmek, birimlerin performansını önceki yıllarla ve farklı merkezlerle karşılaştırmak, zaman içinde aynı yoğun bakımın performansını izlemek, prognoz yapmak ve hastalığın ciddiyetini değerlendirmek amacıyla kullanılır .(9)

Yararlı bilgiler sağlayabilmek için bu sistemlerin farklı hasta gruplarında ve gelecekteki hasta gruplarında geniş kapsamlı doğruluğu gösterilmiş olmalıdır. Skorum doğru olmalıdır, yani iyi kalibre edilmiş olmalı ve farklı hasta gruplarını ayırt edebilmelidir. Ayrıca, genelleştirilebilir olmalıdır, yani farklı coğrafi bölgelerde, farklı zaman dilimlerinde ve farklı metodolojik sınırlamalarda kullanılabilir olmalıdır.

Son 20 yıl içinde hemen hemen her yıl yeni bir skorum sistemi geliştirilmiştir ve bunlar arasında bazen çok belirgin bazen ise çok ufak farklılıklar bulunmaktadır. Skorum sistemleri, hastanın durumunu ele alan "statik sistemler" veya zamanla meydana gelen değişiklikleri de değerlendiren, tekrarlayan ölçümlerde oluşan "dinamik sistemler" olarak kullanılır.

Akut bir nedenle yoğun bakıma alınan bir hastanın sonucu, genellikle hastalığın tipi, ciddiyeti, hastanın yaşı, fizyolojik rezervi ve organ fonksiyonlarının yeterliliği gibi faktörlere bağlı olarak belirlenir .(10)

Hastalık veya yaralanmanın ciddiyeti farklı yöntemlerle tanımlanabilir. Örneğin, travmalı hastalarda kullanılan Injury Severity Scoring (ISS) sistemi, hasarın anatomik olarak yaygınlığını değerlendirir. Vücudun en ciddi şekilde yaralanmış anatomik bölgelerine 1 ile 5 arasında puan verilir ve bu puanların kareleri toplanarak ISS skoru elde edilir. ISS'deki artış, ciddi hasarın arttığını gösterir.

Başka bir tanımlama yöntemi, hastalığın veya yaralanmanın fonksiyonlar üzerindeki etkisini değerlendirmektir. Özellikle kafa travmalı hastalarda ve nörolojik sorunları olan hastalarda Glasgow Koma Skoru (GKS) sıkça kullanılır. GKS, hastanın göz açma, sözel cevap verme ve motor cevap verme yeteneklerini değerlendirir. Toplam skor 3 ile 8 arasında ise anlamlı nörolojik hasar, 9 ile 12 arasında ise orta derecede nörolojik hasar, ve 13 ile 15 arasında ise hafif nörolojik hasar olduğu kabul edilir. GKS ayrıca resüsitasyon sonrası serebral fonksiyonun düzelme olasılığı hakkında da fikir verebilir. Örneğin, GKS'nin düşük olması, hastanın yaralanmadan sonraki 2 hafta içinde yüksek bir mortalite riski taşıdığını işaret edebilir .(11)

Skorlama sistemleri iki ana başlık altında incelenebilir :

- 1-Prognostik skorlama sistemleri
- 2-Organ yetersizliği skorlama sistemlerini

2.1.4.1. Prognostik Skorlama Sistemleri

Therapeutic Intervention Scoring System (TISS), 1974'te Cullen ve ekibi tarafından geliştirilen ve 1983'te yeniden yapılandırılan ilk öncü skorlama sistemidir. Bu sistem, tanı, tedavi ve monitörizasyon için kullanılan 76 işlemi, işlemlerin önem derecesine göre 1 ile 4 arasında derecelendirir .(12)

Hastaya uygulanan işlemlerin yoğunluğu her zaman hastalığın ciddiyetiyle paralellik göstermeyebilir ve farklı yoğun bakım birimlerinde farklı uygulamalar olduğundan standardize edilemeyebilir. Bu nedenle, TISS'in en yoğun tedavi uygulanan hastaları seçmek ve aynı yoğun bakım birimindeki vakaların sonuçlarını karşılaştırmak için kullanılması uygun olabilir .(13)

Acute Physiological and Chronic Health Evaluation (APACHE), hastalığın ciddiyetini değerlendiren ilk skorlama sistemidir ve Knaus ve ekibi tarafından 1981'de geliştirilmiştir. Bu sistemde, yedi organ sistemine ait 34 fizyolojik ölçüm, her birine belirlenmiş bir skala yardımı ile 0 ile 4 arasında puanlanır. Bu puanların toplamı, akut fizyolojik skoru oluşturur. Fizyolojik ölçümlerin puanlandırılması, yoğun bakımda

geçirilen ilk 24 saat içindeki normalden en fazla sapma gösteren değerler üzerinden yapılır. Toplam akut fizyolojik skor, hastalığın ciddiyetini gösterir.

Orijinal APACHE sisteminin ikinci bölümünü oluşturan kronik sağlık durumu ise harflerle belirlenir (A, B, C, D). 'A', akut hastalıktan önceki son 6 aylık dönemde sağlıklı bir bireyi gösterirken; 'D', ciddi, kronik organ sistem yetmezliğini ifade eder. Her hastanın akut fizyolojik skoru rakamla, kronik sağlık durumu harfle ifade edilerek, durumu APACHE skoruna göre belirlenir.

Oluşturulan ilk APACHE sistemi, 1979 yılında Nisan-Kasım ayları arasında George Washington Üniversitesi Yoğun Bakım Ünitesi'ne yatan 1800 hasta üzerinde uygulanmış ve risk tahmininde güvenilir bir yöntem olarak önerilmiştir .(14)

APACHE, yoğun bakım ünitelerinin sonuçlarının değerlendirilmesi ve farklı tedavi yöntemlerinin başarısının karşılaştırılması için faydalı bulunmuştur. 1985 yılında, Knaus ve ekibi tarafından düzenlenen APACHE II sistemi, bu amaca yönelik olarak geliştirilmiştir. Bu sistemde, fizyolojik ölçümlerin sayısı 34'ten 12'ye indirgenmiştir, ancak azalmış fizyolojik rezervi yansıtan yaş faktörü ve akut hastalık durumunda mortalite riskini belirleyen 17 ek parametre APACHE II sistemiyle entegre edilmiştir. APACHE II, klinik olarak daha kullanışlı olduğu için günümüze kadar en yaygın şekilde kullanılan skora sistemidir. Bu sistem, oniki fizyolojik parametre, yaş ve önceki sağlık durumu bilgisine dayalı bir skordur ve olası en yüksek APACHE II skoru 71'dir. APACHE II skora sisteminin, mortalite ile iyi bir korelasyon gösterdiği bilinmektedir.

Ulus ve ekibi, APACHE II sistemine göre beklenen mortalite hızının, benzer nitelikte yoğun bakım mortalitesiyle uyumlu olduğunu gözlemlemişlerdir .(15)

APACHE II skora sistemi hastalık spesifik değildir.

APACHE II, yoğun bakım ünitelerinde en yaygın kullanılan skarlardan biri olsa da, daha sonraki yıllarda 1991'de APACHE III ve 2006'da APACHE IV geliştirilmiştir. Bu skora sistemleri, hastanın durumunun şiddetini belirlemenin

yanı sıra, hastanın ne zaman yoğun bakım ünitesinden transfer edileceğini belirlemede de doktorlara ve ileri hemşirelik uygulamalarına yardımcı olur.

Simplified Acute Physiology Score (SAPS), 1984 yılında Le Gall ve ekibi tarafından geliştirilmiştir. Bu sistemde, 13 fizyolojik ölçümle birlikte yaş kullanılır ve fizyolojik ölçümlerdeki değişiklikler ile yaş 0 ile 4 arasında puanlanır. Mekanik ventilasyon veya CPAP kullanımı için 3 puan ilave edilir. İlk 24 saatteki normalden en fazla sapma gösteren değerler alınır. SAPS'ın uygulanması ve hesaplanması kısa sürer ancak kronik sağlık durumunu değerlendirmemesi ve sağkalım olasılığını hesaplayamaması gibi dezavantajları vardır.

Le Gall ve ekibi, 1993 yılında SAPS'ı yeniden değerlendirerek SAPS II'yi yayınlamışlardır. Bu sistemde, fizyolojik ölçüm, yaş, yoğun bakıma kabul sebebi ve kronik sağlık durumuyla hastalar değerlendirilir. SAPS II'nin tahmin edilen mortaliteyi sayı olarak verme yeterliliğine sahip olmadığını, bireysel sonucu tahminde yetersiz olduğunu; ancak hasta gruplarında mortaliteyi doğru tahmin edebildiğini açıkça belirtmişlerdir .(16)

İspanyol araştırmacılar tarafından Uluslararası çok merkezli olarak planlanan SAPS III, 2006 yılında tamamlanmıştır. Bu sistemde, yoğun bakım ünitesine giriş nedeni ve kronik sağlık durumu daha ayrıntılı bir şekilde ele alınmıştır. Ayrıca, önceki lokalizasyonu, süresi, cerrahi geçmişi, enfeksiyon varlığı gibi yeni parametreler de eklenmiştir. Fizyolojik ölçümlerde idrar debisi ve üre yerine kreatinin, HCO₃ yerine pH kullanılmıştır; sodyum ve potasyum değerlendirmeden çıkarılmıştır.

Mortality Prediction Model (MPM), hastaların mortalite olasılıklarını hesaplamak amacıyla 1982 yılında geliştirilmiş ve 1988 yılında yeniden gözden geçirilmiştir. Bu sistem, üç modele dayanır: birinci model hastanın yoğun bakıma kabul edildiği anda hesaplanırken, ikinci model 24. saatteki durumuna göre, üçüncü model ise 48. saatteki durumuna göre yapılan değerlendirmeye göre hesaplanır. 1993 yılında bu sistem modifiye edilerek 72. saat değerlendirmesi eklenmiş ve MPM II olarak sunulmuştur.

2.1.4.2. Organ Yetersizliği Skorlama Sistemleri

Multipl Organ Dysfunction Score (MODS), 1995 yılında Marshall ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Bu sistemde, nörolojik, kardiyovasküler, solunum, renal, hepatik ve hematolojik olmak üzere altı organ sistemi, 0 ile 4 arasında puanlanır. Her gün aynı saatte sabah alınan ilk ölçümler skorlanır. MODS, organ yetmezlikli hastalarda iyi korelasyon gösterse de, aslında mortalite tahmin edici bir indeksten ziyade organ disfonksiyonunda iyileşmeyi ölçmek için planlanmıştır.

Logistic Organ Dysfunction System (LODS), 1996 yılında oluşturulmuştur. MODS'daki gibi altı organ sisteminde 12 farklı değışiklik, 0, 1, 3 ve 5 puan üzerinden skorlanır. İlk 24 saatteki en kötü değeri alınır ve toplam skor en fazla 22 olur. LODS, organ disfonksiyonunu nitelik ve nicelik olarak tanımlamayı ve iyileşme-kötüleşme takibi yapmayı amaçlar .(17)

Sequential Organ Failure Assessment (SOFA), 1994 yılında Avrupa Yoğun Bakım Derneği tarafından septik hastalarda organ yetersizliğinin derecesini objektif olarak tanımlamak amacıyla geliştirilmiş bir sistemdir. Solunum, kardiyovasküler, santral sinir sistemi, hepatik, renal ve koagülasyon sistemlerini içeren altı organ sistemi değerlendirilir. Her gün için en kötü değeri alınarak puanlanır ve normal fonksiyon için 0, en kötü fonksiyon durumu için 4 olacak şekilde puanlama yapılır. SOFA'nın sensitivitesi düşük ancak spesifitesi iyidir.

Brüksel Skoru ise 1997 yılında geliştirilmiştir. Bu sistemde, altı organ sistemi normal, ılımlı, orta, ciddi ve çok ciddi olmak üzere beş ciddiyet derecesinde değerlendirilir .(18)

2.2. Anksiyete

2.2.1. Anksiyete Kavramı ve Tarihçesi

"Anksiyete" kelimesinin Hint-Avrupa dilleri ailesinden olan eski Yunanca kökeni "agkho"dur. Sözcük, Latince'ye "ango" ve "anxio" olarak iki yönden türemiştir.

Somut anlamı sıkıştırmak olan "ango", bunaltı sırasında göğüs veya boğazda hissedilen sıkışma duygusunu ifade eder .(19)

Hipokrat'ın ruhsal bozukluklarla ilgili metinlerinde, korku ve "amaçsız anksiyete" olarak adlandırdığı bir durumdan bahsettiği bilinmektedir. 17. yüzyılda, dilbilimciler şiddetli huzursuzluk, yerinde duramama ve endişe durumları için farklı terimler kullanmışlardır. Benzer durumlar için, Fransızlar "angoisse", Almanlar "angst" ve İspanyollar ise "angustia" terimlerini kullanmışlardır .(20)

İnsanlar antik çağlardan beri anksiyeteyi açıklamaya ve başa çıkmaya çalışmışlardır. Genellikle anksiyetenin tanrılardan, kötü ruhlardan veya büyüden kaynaklandığı düşünülmüştür. Eski Yunanlılar anksiyeteyi kontrol etmek için dinginliğe ulaşmaya çalışmışlardır. Dinginlik, ruhun huzurlu ve güçlü olduğu, korku, doğaüstü güçler veya diğer duygular tarafından rahatsız edilmediği bir durum olarak tanımlanmıştır .(21)

Anksiyete, korku benzeri bir duygu olup, iç sıkıntısı, kötü bir şey olacakmış hissi gibi hastalar tarafından tarif edilir ve bir uyarıcı sinyaldir. Kişinin tehdit ile başa çıkması için gerekli önlemleri almasına yardımcı olur. Korku da benzer bir uyarıcı sinyaldir; ancak anksiyeteden ayırt edilmesi gerekir. Korku, dış odaklı ve belirli bir tehlide karşı bir yanıtken, anksiyete bilinmeyen, iç odaklı ve çatışmalı tehlide karşı bir yanıttır. Birey dışardan gelen bir tehlike karşısında korku duyarken, içten gelen çatışma ve tehlikeler ise bunaltı yaratır.

Formun Üstü Organizma kaygı hissi yaşadığında anksiyete yaratan durumdan kaçmaya hazırlanır ve midriyazis, ağız kuruluğu, çarpıntı, bulantı, baş dönmesi gibi sempatik aktivasyon bulguları gözlenir .(22)

2.2.2. Anksiyeteyi Açıklayan Kuramlar

2.2.2.1. Psikanalitik Kuram

Psikanalitik kuramın gelişiminde anksiyetenin temel bir öneme sahip olduğu bilinmektedir. Freud, başlangıçta 1894 ve 1895 yıllarındaki yazılarında anksiyeteyi temelde fizyolojik bir tablo olarak ele almıştır. Anksiyete, bastırılmış düşünce ve dürtülerden kaynaklanan yaygın endişe ve dehşet hissi olarak tanımlanmıştır. Ayrıca, kişiyi altüst eden paniğe benzer, bedensel belirtilerle kendini gösteren bir durum olarak da tanımlanmıştır. Bedensel belirtilerle ortaya çıkan anksiyetenin birikmiş ve boşalamamış, ketlenmiş libidodan kaynaklandığı öne sürülmüş ve bu tür anksiyete “güncel nevroz” olarak adlandırılmıştır. Freud, fizyolojik niteliğini vurgulamak için bu dönemde patolojik anksiyeteyi güncel nevroz olarak tanımlamış ve psikonevrozlardan ayırmıştır. “Ketlenmeler, Belirtiler ve Anksiyete” başlıklı makalesinde anksiyete, “sinyal anksiyete” terimiyle psikolojik bir temele oturmuştur. Bu durumda, anksiyete bir benlik (ego) duygulanımıdır; yani üstbenliğin (süper ego) ahlaki ve etik kurallarına aykırı olan cinsel ve saldırganca dürtülere benliğin bir yanıtıdır.

Freud, anksiyetenin altbenlikten (id) kaynaklanan bilinçdışı cinsel ve saldırganca dürtüler ile üstbenliğin cezalandırma tehdidi arasındaki ruhsal çatışma sonucunda ortaya çıktığını öne sürmüştür. Çocuğun gelişim sürecinde her dönemin, o evreye özgü korkuyu açığa çıkardığını savunmuştur. Bu bağlamda, anksiyete gelişimsel dizin içinde; üstbenlik anksiyetesi, içdişlik anksiyetesi, sevgiyi kaybetme anksiyetesi, ayrılık anksiyetesi, kötülük görme anksiyetesi ve dağılma anksiyetesi olarak altı evreye ayrılır. Freud'a göre, anksiyete fiziksel veya toplumsal çevreden gelen tehlikelere karşı bireyi uyarma, gerekli uyumu sağlama ve yaşamı sürdürebilme işlevlerine katkıda bulunur. Ancak, anksiyete gerçek dışı ve mantığa aykırı bir nitelik kazanırsa, uyum sağlamaya yardımcı olan işlevini yitirir ve normal dışı davranışların kaynağı olabilir. Günlük yaşamda yaşanan anksiyete genellikle "gerçekçi" anksiyetedir, yani mantıklı ve anlaşılır bir niteliktedir ve bu şekilde nevrotik anksiyeteden ayrılır. Gerçekçi anksiyete, beklenen veya yaklaşan bir dış tehlikenin algılanması sonucu geliştirilen bir tepki olarak tanımlanır ve çoğu kez kaçma

refleksiyle birlikte oluşur, bu da yaşamı sürdürme ve korunma içgüdülerinin bir belirtisi olarak kabul edilebilir .(23)

Erich Fromm'a göre, normal kişilik gelişimi ve nevrozların özünde, özgürlük ve bağımsızlık için bir mücadele yatmaktadır. İnsan, toplumdan ayrıldığında kendisini yalnız hisseder. Bu özgürlük yükünden kurtulmanın iki yolu vardır: ya diğer insanlarla sevgi ve işbölümü temelinde yeniden birleşecek ya da otoriteye ve topluma itaatten emniyet arayacaktır. Fromm'a göre, toplum tarafından "normal insanlar" olarak kabul edilen bireyler, ideal olanı gerçekleştirmemişlerdir. Onlar, özgürlük ve bağımsızlık mücadelesinden vazgeçmiş ve kendi spontan kişiliklerini geliştirmek yerine otoriteye itaat etmişlerdir; bu nedenle, bu kişiler genellikle normal ve topluma uyumlu olarak kabul edilirler.

Nevrotik olarak adlandırılan insanlar, tamamen boyun eğmeye razı olmayan, özgürlük ve bağımsızlık mücadelesinden vazgeçmeyen ancak özgürlüğün getirdiği yalnızlık ve güvensizlik arasında sıkışıp kalmış kişilerdir. Bu kişiler, bağımsızlık arayışıyla toplumun beklentileri arasında bir çatışma içindedirler ve bu çatışmayı çözememişlerdir .(24)

Sullivan'a göre, anksiyete anneden çocuğa geçer. Annenin bakışları, ses tonu ve genel tavırları bu geçişin olmasını sağlar. Anneden geçen anksiyete sonucunda çocuk, parataksik düşünce bağlantıları kurar ve çevresinde iletişim halinde oldukları insanlara karşı da anksiyete duygusu geliştirir. Ayrıca, kendisinde anksiyeteye neden olan durumlardan kaçınmayı öğrenir.

Bebeklik döneminde yaşanan anksiyete, genellikle içinde bulunulan durumun değişmesiyle son bulabilir. Buna karşılık, yetişkinler anksiyeteyi engellemek, azaltmak veya ondan kaçınmak için çeşitli davranışlar geliştirirler. Anksiyetenin yoğunluğunu azaltmaya yönelik bu çabalar, genellikle "güvenlik tepkileri" olarak adlandırılır. Ancak anksiyete sona erdirilmezse, yoğunluğu giderek artabilir ve dehşet duygusuna dönüşebilir .(25)

2.2.2.2. Davranışsal ve Bilişsel Kuram

Bu kuram öğrenme kuramları üzerine kurulmuş bir kuramdır . Davranışsal ve bilişsel kurama göre, fobiler ve obsesif-kompulsif bozukluklar bir koşullanma sonucu oluşmaktadır. Fobilerde, hastalığın devam etmesinde en önemli etkenin korkulan uyarandan kaçma ve kaçınma davranışları olduğu düşünülür. Bu nedenle, kaçınma davranışlarının azaltılması ve alışma sürecinin başlatılması amacıyla "alıştırma tedavileri (exposure)" adı verilen bir yaklaşım geliştirilmiştir. Bandura ve Rosenthal ise "korkunun, korkulu insanların gözlemlenerek öğrenilebileceğini" ifade etmişlerdir. "Ebeveynin uçağa binmek veya fırtınadan korkmak gibi bir korkusu varsa, çocuk da bu korkuyu benimseyebilir ve bu korku nesilden nesile aktarılabilir." şeklinde görüş bildirmişlerdir .(26)

2.2.2.3. Spilberger' in Anksiyete Kuramı

Anksiyetenin , insanın temel duygularından biri olduğu düşünülür. Tehlikeli durumlarda hepimiz kaygı duyabiliriz. Tehlikeli koşulların oluşturduğu bu kaygı türü genellikle geçici ve duruma bağlıdır. Buna "Durumluk Kaygı" denir. Durumluk Kaygı (State), bireyin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği subjektif korkudur. Otonom sinir sisteminin uyarılması sonucunda terleme, yüzde sararma veya kızarma, titreme gibi fiziksel değişiklikler, bireyin gerilim ve huzursuzluk duygularının belirtileridir. Stresin yoğun olduğu zamanlarda durumluk kaygı seviyesi yükselirken, stres azaldığında düşer .(27)

2.2.2.4. Anksiyeteyi Açıklayan Biyolojik Kuramlar

Anksiyeteyi açıklayacak biyolojik kuramlar, hayvan modellerindeki prelinik çalışmaları, biyolojik faktörlerin araştırıldığı hasta çalışmaları, temel nörolojik bilimlerdeki artan bilgi birikimi ve psikotrop ilaçların etkileri ile gelişmiştir. Düşüncenin bir kutbu, anksiyete bozukluğu olan hastaların ölçülebilir biyolojik değişikliklerin, psikolojik çatışmalarının bir yansıması olduğunu kabul eder. Diğer kutup ise biyolojik olayların psikolojik çatışmalara öncülük ettiğini kabul eder. Her iki

durum da, özgün bireylerde anksiyete belirtileri olan kişiler arasında bir dizi biyolojik esaslı hassasiyetlerin bulunabileceğini öne sürer .(28)

2.2.3. Anksiyete ve Biyolojik Bağlantılar

2.2.3.1. Otonom Sinir Sistemi

Hayvan çalışmaları ve ilaç tedavisine yanıt esas alındığında anksiyete ile ilişkilendirilen üç ana nörotransmitterin; norepinefrin (NE), serotonin (5HT: 5-Hidroksi Triptamin) ve γ -aminobutirik asit (GABA) olduğu görülmüştür.

NÖROTRANSMİTTERLER

Norepinefrin (NE):

Anksiyeteye ilgili norepinefrin (NE) rolünü ele alan genel kurama göre etkilenen hastalar, zaman zaman aktivite patlamalarıyla seyreden, noradrenerjik sistem regülasyon sorunları yaşayabilirler. Noradrenerjik sistemin hücre gövdeleri genellikle rostral pontsta, özellikle de locus coeruleus'ta bulunur ve aksonları beyin korteksine, limbik sistemine, beyin sapına ve omurilik boyunca projekte olur. Maymunlar üzerinde yapılan araştırmalar, locus coeruleus'un uyarılmasının hayvanlarda korku tepkisine neden olduğunu ve bu alanın tahrip edilmesinin hayvanların korku tepkisini inhibe ettiğini veya tamamen ortadan kaldırdığını göstermektedir .(29)

Serotonin (5HT):

Çeşitli serotonin reseptör tiplerinin keşfi, anksiyete patogenezinde serotoninin rolü hakkındaki araştırmaları hızlandırmıştır. Bu ilişki özellikle, serotonerjik antidepresan ilaçların bazı anksiyete bozukluklarında terapötik etkilerinin gözlenmesinden sonra fark edilmiştir.

Buspiron gibi bir serotonin tip-1A reseptör agonisti olan ilacın anksiyete bozukluklarındaki etkinliği, anksiyete ile serotonin arasındaki ilişkiyi

desteklemektedir. Serotonerjik nöronların çoğu, beyin sapında raphe çekirdeklerinden köken alır ve serebral kortekse, limbik sistem ve hipotalamusa projekte olur. Hayvanlara serotonerjik ajanlar uygulandığında anksiyete benzeri davranışlar sergilenirken, insanlarda benzer etki hakkında daha az bilgi mevcuttur .(25)

GABA:

Anksiyete bozukluklarında GABA'nın rolü, özellikle GABA-A reseptörleri üzerinden GABA etkisini arttıran benzodiazepinlerin bazı anksiyete bozukluklarının tedavisinde tartışmasız etkinliği ile güçlü şekilde desteklenmektedir .(30)

2.2.3.2. Genetik Çalışmalar

Genetik çalışmalar, anksiyete oluşumunda en azından bazı genetik bileşenlerin rol oynadığı yönünde sağlam kanıtlar sunmuştur. Panik bozukluğu olan hastaların hemen hemen yarısında, en az bir akrabada da benzer semptomlar bulunmaktadır. Anksiyete bozukluklarıyla ilgili evlat edinme çalışmaları rapor edilmemiş olmasına rağmen, ikiz çalışmalarından elde edilen veriler, anksiyete bozukluklarının en azından kısmen genetik olarak belirlendiği varsayımını desteklemektedir .(30)

2.2.3.3. Nöroanatomik Görüşler

Lokus seruleus ve raphe çekirdekleri, temel olarak limbik sistem ve serebral kortekse projeksiyon yaparlar. Beyin görüntüleme çalışmalarından elde edilen bilgiyle birlikte, bu bölgeler anksiyetenin nöroanatomik gelişimi ile ilgili birçok varsayımın odak noktası haline gelmiştir.

Limbik Sistem

Noradrenerjik ve serotonerjik innervasyon alanının yanı sıra, limbik sistem yüksek oranda GABA-A reseptörü ihtiva etmektedir. Primatlar üzerinde yapılan ablasyon ve uyarılma deneyleri , limbik sistemin anksiyete ve korku yanıtının oluşumunda rol oynadığını bulmuşlardır. Özellikle sempato-hipokampal yolaktaki artmış aktivitenin anksiyete oluşumunda daha önemli olduğu düşünülmektedir .(30)

Serebral Korteks

Frontal serebral korteks, parahipokampal bölge, singulat girus ve hipotalamus gibi bölgelerle bağlantılıdır, bu nedenle anksiyete oluşumunda rol oynayabilir. Temporal korteksinde anksiyetenin patofizyolojik alanı olduğu düşünülmektedir .(30)

2.2.4. Anksiyete Epidemiyolojisi

Anksiyetenin prevalansı % 2.8 ile % 8.5 arasında değişmektedir. Kadınlarda, erkeklere kıyasla başlangıç yaşı daha erken ve nüks etme oranı daha yüksektir. Düşük sosyoekonomik düzeyde olmanın, anksiyete bozukluğu riskini artırdığı belirlenmiştir .(31)

2.2.5. Anksiyetenin Değerlendirilmesi

State-Trait Anxiety Inventory (STAI), anksiyeteyi durumluk ve sürekli kaygı olmak üzere iki kategoriye ayıran bir ölçektir. Durumluk kaygı, akut ve durumsal odaklı anksiyete atağı olarak tanımlanır ve genellikle tetikleyici durumun ötesinde geçici olma özelliğine sahiptir. Sürekli kaygı ise kişilik özelliği olarak kabul edilen bir anksiyete kalıbıdır. Yüksek durumluk kaygı düzeyi, değerlendirme sırasındaki anlık kaygıyı ifade ederken, yüksek sürekli kaygı düzeyi endişeli bir kişilik özelliğini yansıtabilir. Durumluk kaygı, mevcut an ile ilgili kaygıyı temsil ederken, sürekli kaygı, kişiliğin değişmez bir yönünü gösterir .(32)

Spielberger'in Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri, anksiyete düzeyini ölçmek için sıkça kullanılan öznel benlik-ölçüm testlerinden biridir. Başlangıçta ortalama sağlıklı bireylerde kaygı düzeyini ölçmek amacıyla geliştirilmiş olsa da, daha sonra hastalık gruplarında da anksiyetenin ölçülmesinde kullanılmıştır. Bu envanter, hem durumluk kaygıyı (anlık durumsal kaygı) hem de sürekli kaygıyı (kişilik özelliği olarak kabul edilen kaygı) değerlendirme imkanı sağlar. Bu test, bireylerin kendi algılarına dayanarak kaygı düzeylerini belirlemelerini sağlar ve klinik ortamlarda yaygın bir şekilde kullanılmaktadır .(33)

STAI, durumluk (S-anksiyete) ve sürekli(T-anksiyete) kaygı düzeylerini ölçmek için kullanılan bir ölçektir. Her biri 20 maddeden oluşan iki ayrı ölçeği bulunmaktadır. Bu envanter, bireyin kendi kendine yanıtlayabileceği ve uygulanması kolay olan bir ölçektir. Her iki ölçeğin de aynı anda uygulanabilir olması da önemli bir avantajdır. STAI, okuma yazma bilmeyen bireylere bireysel olarak uygulandığında, maddeler uygulayıcı tarafından okunur ve bireylerin verdiği yanıtlar, uygulayıcı tarafından form üzerinde işaretlenir. Bu şekilde, herkesin ölçeği doğru bir şekilde tamamlaması sağlanır.

On dört yaş ve üstünde bilinçli olan hastalara uygulanabilir. Testin kullanımı için özel eğitim gerekli değildir.(34)

Ölçek içerisinde bahsedildiği gibi iki bölüm vardır. Durumluk kaygı ölçeğinin ile hastaların şuan içerisinde duygu durumu incelenirken, Sürekli kaygı ölçeği ile genel sakinlik, güven durumlarını da içeren anksiyete yatkınlığının olup olmadığını değerlendirir.

Durumluk kaygı ölçeğinin yanıtlanmasında, maddelerin ifade ettiği duygu, düşünce veya davranışların şiddet derecesine göre "Hiç", "Biraz", "Çok", "Tamamıyla" gibi şıklardan birinin seçilmesi gerekmektedir. Sürekli kaygı ölçeğinin yanıtlanmasında ise, maddelerin ifade ettiği duygu, düşünce veya davranışların sıklık derecesine göre "Hemen Hiçbir Zaman", "Bazen", "Çok Zaman", "Hemen Her Zaman" gibi şıklardan birinin seçilip işaretlenmesi istenir. Bu şekilde, katılımcıların kaygı düzeylerini doğru bir şekilde ifade etmeleri sağlanır .(35)

Her bir test için puanlama en düşük 20 en yüksek 80 puan verilmektedir. Puanlamanın artması ile anksiyete riskinin veya yatkınlığının arttığı ifade edilmiştir. S-anksiyete için düşük anksiyete <35 puan, orta düzeyde anksiyete 36-46 puan arasında ve yüksek anksiyete >47 puan olarak gösterilmiştir. T-anksiyete için ise düşük anksiyete <32 puan, orta düzeyde anksiyete 33-41 puan arasında ve yüksek anksiyete >42 puan olarak gösterilmiştir.(36)

Durumsal kaygıyı ölçmede kullanılan bu ölçeğin Türkiye'deki geçerliliği ve güvenilirliği 1977 yıllarında N.Öner tarafından kanıtlanmıştır(37).

Tablo 2.1. Spielberger Durumluk Kaygı Skalası: STAI FORM TX-1

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

1977 yılında N. Öner tarafından Türkiye'ye uyarlanmış hali

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu bölümde araştırmanın modeli, evren ve örnekleme, veri toplama araçları, verilerin toplanması ve verilerin analizi yer almaktadır.

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu çalışmada Atatürk Üniversitesi Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Anabilim Dalı Yoğun Bakım Ünitesinde yatan hastaların hasta yakınlarının yatış, 1., 2., 3., 4., 5., 7., 10. gün anksiyete düzeylerinin ölçülüp karşılaştırılması amaçlanmıştır.

3.2. Araştırma Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın çalışma evrenini Mart 2023-Mayıs 2024 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Yoğun Bakım Ünitesinde yatan her yaşta hastanın 18 yaş ve üstündeki yakınları alınmıştır. Anketi dolduran hasta yakınının aynı olması hedeflenmiştir. Aynı hastanın farklı yakınları tarafından dolduralacak olan anket çalışma dışı bırakılacağı kararlaştırılmıştır. Okuma yazma bilmeyen ve 18 yaşından küçük olan hasta yakınları çalışmaya dahil edilmemiştir.

Bu çalışmanın örnekleme yoğun bakım hastalarının akut fizyolojik durum değişiklikleri ile hasta yakınlarında görülen anksiyete ve uyku bozukluğu ilişkisi referans alınarak hasta yakınlarının STAI ölçeği ile hastanın yoğun bakım skorları arasında ki $r=0,62$ 'lik bir korelasyonun bulunabilmesi için %80 güçte , %95 güven düzeyinde toplamda 175 hastanın çalışmaya alınması gerektiği NCSS / PASS programı ile hesaplanmıştır.

Çalışma boyunca 185 hasta toplanıldı. Çalışmaya katılan 5 hasta yakınının okuma-yazma bilmemesi ve başka 5 hasta yakınının yaşının 18 yaşından küçük olması nedeniyle çalışma dışı bırakıldı. Toplamda 175 hastanın verileri değerlendirildi.

3.3. Veri Toplama Araçları

Hasta yakınlarından yatış ,1.,2.,3.,4.,5.,7.,10. günlerde anket formları doldurmaları istenmiştir.

Formlar 3 bölümden oluşturuldu. Birinci bölümde hasta yakının demografik bilgileri, formu doldurdukları tarih,telefon numaraları,hasta ile yakınlık dereceleri,hasta ile görüşme sıklıkları ,meslekleri,gelir ve eğitim düzeyleri,geçmiş yoğun bakım deneyimleri yer almaktaydı. İkinci bölümde hastanın demografik bilgileri,eğitim durumu , dosya numarası,yaşı,yoğun bakım yatış saati ,gks ,apache,sofa,saps skorları yer almaktaydı.Son bölümde hasta yakınlarının staj formları yer almaktaydı.

Hasta yakınlarından yatış esnasında kendisinin, hastanın demografik bilgilerini içeren birinci ve ikinci bölüm ile yatış STAI formunu doldurmaları istendi.1, 2, 3, 4, 5, 7, 10. günlerde STAI formunu doldurmaları istendi.

3.4. İstatiksel İşlemler

Analizler IBM SPSS 20 istatistik analiz programı ile yapıldı.

Veriler ortalama, standart sapma, medyan, minimum, maksimum, yüzde ve sayı olarak sunuldu. Sürekli değişkenlerin normal dağılımına Shapiro Wilk testi, Kolmogorov Simirnov testi, Q-Q plot, skewness ve kurtosis ile bakıldı.

İki bağımsız grup arasındaki kıyaslamalarda normal dağılım şartı sağlandığı durumda Independent Samples t testi, sağlanmadığı durumda Mann Whitney u testi kullanıldı.

İkiden fazla bağımsız grup ile sürekli değişkenlerin kıyaslanmasında normal dağılım şartı sağlandığı durumda ANOVA testi, sağlanmadığı durumda Kruskal Wallis testi kullanıldı.

İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alındı.

4. BULGULAR

Bu çalışma boyunca 185 hasta toplandı. Çalışmaya katılan 5 hasta yakınının okuma-yazma bilmemesi ve başka 5 hasta yakınının yaşının 18 yaşından küçük olması nedeniyle çalışma dışı bırakıldı. Toplamda 175 hastanın verileri değerlendirildi.

175 hasta ve hasta yakınlarının demografik bilgileri ve yatış,1,2,3,4,5,7,10. Günlerde doldurulan STAI form cevapları kayıt altına alınarak istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

Tablo 0.1. Hasta ve hasta yakını demografik özellikleri

		N (SAYI)	% (Yüzde)
Hasta yakını cinsiyet	Erkek	116	(66)
	Kadın	59	(34)
Hasta yakını yaş	18-30	28	(16)
	30-50	109	(62)
	>50	38	(22)
Hasta yakını yakınlık derecesi	Eş	25	(14)
	Anne-Baba-Kardeş	26	(14)
	Kız Çocuk	38	(22)
	Erkek Çocuk	86	(50)
Hasta İle Görüşme Sıklığı	Gün	137	(78)
	Hafta	28	(16)
	Ay-Yıl	10	(6)
Hasta yakını gelir düzeyi	0-5000	27	(15)
	5000-10000	32	(18)
	10.000-20.000	68	(39)
	>20000	48	(28)
Hasta Yakını eğitim düzeyi	Yok	8	(5)
	İlkokul	44	(25)
	Ortaokul	25	(14)
	Lise	43	(25)
	Üniversite	55	(31)
Hasta Yakını geçmiş yoğunbakım deneyimi	Kendisi	8	(5)
	Yakını	60	(34)
	Yok	107	(61)
Hasta cinsiyet	Erkek	111	(63)
	Kadın	64	(37)
Hasta yaş	18-50	25	(15)
	>50	150	(85)
Hasta eğitim düzeyi	Yok	41	(23)
	İlkokul	76	(43)
	Ortaokul	25	(14)
	Lise	23	(14)
	Üniversite	10	(6)
	08.00-20.00	81	(46)
	20.00-08.00	94	(54)

Tüm değerler n (sayı) ve % (yüzde) olarak verilmiştir.

Tablo 0.2. Hasta yakını yaşına göre anksiyete skorları

	18-30 Yaş (n:28)	30-50 Yaş (n:109)	>50 yaş (n:38)	p *
Yatış STAI	39,29±5,21	38,71±6,70	39,72±6,23	0,666
1.gün STAI	41,12±4,99	38,53±7,07	39,84±7,06	0,060
2.gün STAI	39,55±5,11	39,38±7,01	39,46±7,67	0,881
3.gün STAI	36,95±4,47	39,27±6,57	41,12±7,92	0,083
4.gün STAI	37,67±5,47	38,94±6,98	40,64±7,44	0,312
5.gün STAI	39,46±7,02	39,81±7,83	41,94±7,06	0,425
7.gün STAI	39,00±6,74	38,48±6,77	42,08±5,42	0,143
10.gün STAI	38,91±6,74	38,62±7,30	41,92±5,79	0,176

Tüm değerler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir.

STAI: State-Trait Anxiety Inventory skoru

* Kruskal-Wallis H Testi

Hasta yakını yaşına göre anksiyete skorları Tablo 4.2’de sunuldu.Gruplar arasında hasta yakını yaşı açısından anksiyete skorları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı.(p>0,05)

Tablo 4.3. Hasta Yakını Cinsiyetine Göre Anksiyete Skorları

	Kadın (n:59)	Erkek (n:116)	p *
Yatış STAI	39,03±6,15	39,02±6,81	0,997
1.gün STAI	39,23±6,65	39,23±7,17	0,923
2.gün STAI	39,71±6,83	38,80±6,87	0,612
3.gün STAI	39,34±6,61	39,17±6,92	0,859
4.gün STAI	39,50±6,95	38,55±6,80	0,402
5.gün STAI	40,09±8,05	40,65±6,29	0,597
7.gün STAI	39,55±7,05	39,27±5,13	0,929
10.gün STAI	39,15±6,02	40,91±8,92	0,664

Tüm değerler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir.

STAI: State-Trait Anxiety Inventory skoru

* Mann-Whitney U Testi

Hasta yakını cinsiyetlerine göre anksiyete skorları tablo 3’de sunuldu.Hasta yakını cinsiyetleri karşılaştırıldığında anksiyete skorları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı.(p>0,05)

Tablo 4.4. Hasta Yakını Yakınlık Derecesine Göre Anksiyete Skorları

	Eş(n:25)	Anne-baba- kardeş(n:26)	Erkek Çocuk(n:86)	Kız çocuk(n:38)	p *
Yatış STAI	38,80±5,47	41,17±6,66	38,87±7,45	38,61±6,01	0,450
1.gün STAI	36,74±7,12	39,15±6,89	40,08±7,04	39,46±6,59	0,305
2.gün STAI	39,00±8,13	40,53±8,68	38,97±6,37	39,40±6,30	0,973
3.gün STAI	41,09±7,88	42,47±8,67	39,46±6,91	38,00±5,43	0,184
4.gün STAI	40,82±7,73	38,55±4,89	38,29±6,48	39,35±7,39	0,793
5.gün STAI	41,00±8,06	41,43±3,10	40,53±6,12	39,81±8,61	0,701
7.gün STAI	41,17±6,97	42,14±2,91	39,09±4,97	38,62±7,51	0,265
10.günSTAI	40,40±6,77	42,71±3,82	41,75±9,90	37,79±6,04	0,144

Tüm değerler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir.

STAI: State-Trait Anxiety Inventory skoru

* Kruskal-Wallis H Testi

Hasta yakını yakınlık derecesine göre anksiyete skorları tablo 4'de sunuldu.Hasta yakını yakınlık derecesi karşılaştırıldığında anksiyete skorları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı.(p>0,05)

Tablo 4.5. Hasta İle Görüşme Sıklığına Göre Anksiyete Skorları

	Gün(n:137)	Hafta(n:28)	Ay-Yıl(n:10)	p *
Yatış STAI	38,96±6,42	39,69±6,76	38,42±5,02	0,830
1.gün STAI	39,71±6,88	37,42±6,34	37,80±6,70	0,149
2.gün STAI	39,29±6,93	39,57±7,24	41,17±2,93	0,495
3.gün STAI	39,19±6,71	39,20±7,43	41,75±2,06	0,441
4.gün STAI	38,66±6,40	40,93±8,92	41,67±6,66	0,592
5.gün STAI	40,16±7,35	41,08±7,77	39,00±10,54	0,787
7.gün STAI	39,46±6,29	40,36±7,79	36,33±5,51	0,661
10.gün STAI	40,39±7,20	37,10±5,13	38,00±9,90	0,521

Tüm değerler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir.

STAI: State-Trait Anxiety Inventory skoru

* Kruskal-Wallis H Testi

Hasta ile görüşme sıklığı açısından anksiyete skorları tablo 5’de sunuldu. Hasta ile görüşme sıklığı açısından gruplar karşılaştırıldığında anksiyete skorları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı.(p>0,05)

Tablo 4.6. Hasta Yakını Gelir Düzeyine Göre Anksiyete Skorları

	0-5000(n:27)	5000-10.000(n:32)	10.000-20.000(n:68)	>20.000(n:48)	p *
Yatış STAI	40,74±7,03	38,94±7,08	39,10±6,37	38,02±5,39	0,487
1.gün STAI	41,50±7,98	40,10±8,51	39,00±6,55	37,71±4,58	0,279
2.gün STAI	39,00±7,85	41,24±6,72	39,80±6,82	37,89±6,20	0,240
3.gün STAI	41,67±7,30	37,80±5,65	39,13±6,58	39,29±7,04	0,455
4.gün STAI	39,85±8,38	40,06±6,84	38,21±6,25	39,41±7,09	0,603
5.gün STAI	40,20±7,84	40,14±6,00	42,80±8,39	38,22±7,00	0,300
7.gün STAI	38,50±4,14	40,30±5,21	40,21±8,01	39,00±7,26	0,849
10.gün STAI	38,63±3,89	39,14±5,70	42,36±7,10	38,50±7,90	0,377

Tüm değerler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir.

STAI: State-Trait Anxiety Inventory skoru

* Kruskal-Wallis H Testi

Hasta yakını gelir düzeyine göre anksiyete skorları tablo 6'da sunuldu. Hasta yakını gelir düzeyi açısından gruplar karşılaştırıldığında anksiyete skorları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. (p>0,05)

Tablo 4.7. Hasta Yakını Eğitim Düzeyine Göre Anksiyete Skorları

	Okuryazar değil(n:8)	İlkokul (n:44)	Ortaokul (n:25)	Lise(n:43)	Üniversite (n:55)	p *
Yatış STAI	41,25±10,17	40,18±7,24	38,38±5,91	38,36±5,02	38,60±6,13	0,481
1.gün STAI	36,71±8,40	39,85±7,86	40,38±8,94	37,92±5,51	39,63±5,44	0,596
2.gün STAI	36,14±8,23	40,16±8,23	41,00±6,96	39,27±6,64	38,98±5,51	0,589
3.gün STAI	41,29±9,21	38,88±6,35	41,45±5,96	39,89±7,86	38,11±5,65	0,519
4.gün STAI	43,00±10,43 ^α	37,50±5,96	44,44±6,11 ^α	38,41±5,60	38,53±7,15	0,047
5.gün STAI	43,80±7,79	39,00±10,42	42,00±6,65	41,06±6,01	38,91±7,05	0,399
7.gün STAI	42,67±4,93	36,43±4,61	38,67±3,27	40,31±7,22	39,62±7,37	0,613
10.gün STAI	45,50±4,95	35,33±5,13	39,60±2,61	40,15±6,69	39,29±7,77	0,371

Tüm değerler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir.

STAI: State-Trait Anxiety Inventory skoru

* Kruskal-Wallis H Testi

^α p<0.05 Kruskal-Wallis H testi, Okuryazar değil ve ortaokul grupları lehine

Hasta yakını eğitim düzeyine göre anksiyete skorları tablo 7’de sunuldu.Hasta yakını eğitim düzeyi açısından anksiyete skorları arasında gruplar karşılaştırıldığında okuma yazması olmayan ve ortaokul eğitim düzeyi olan gruplarla ilkokul ,lise ve üniversite eğitim düzeyi olan gruplar arasında okuma yazması olmayan ve ortaokul eğitim düzeyi olan gruplar lehine istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu.(p<0,05)

Tablo 4.8. Geçmiş Yoğun Bakım Deneyimine Göre Anksiyete Düzeyleri

	Kendisi(n:8)	Yakını(n:60)	Yok(n:107)	p *
Yatış STAI	40,04±5,97 ^a	37,38±5,85	39,25±11,83	0,009
1.gün STAI	38,87±6,22	39,46±7,46	42,00±8,83	0,626
2.gün STAI	39,35±6,13	39,10±7,70	43,00±7,48	0,430
3.gün STAI	38,52±6,10	40,05±7,45	41,83±6,65	0,246
4.gün STAI	39,30±7,53	38,86±6,24	39,75±4,03	0,886
5.gün STAI	40,53±8,07	39,88±7,05	40,67±1,53	0,861
7.gün STAI	39,87±6,67	38,90±6,73	39,50±0,71	0,890
10.gün STAI	39,09±5,55	40,16±8,46	40,00±1,41	0,961

Tüm değerler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir.

STAI: State-Trait Anxiety Inventory skoru

* Kruskal-Wallis H Testi

^a p<0.05 Kruskal-Wallis H testi, Kendisi grubu lehine

Hasta yakını geçmiş yoğun bakım deneyimine göre anksiyete skorları tablo 8’de sunuldu. Hasta yakınının kendisinin yoğun bakım deneyimi olan grupla , deneyimi olmayan ve yakını yoğun bakım deneyimi olan gruplar arasında kendi yoğun bakım deneyimi olan grup lehine yatış anksiyete skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu.(p<0,05)

Tablo 4.9. Hasta Yaşına Göre Hasta Yakınlarının Anksiyete Düzeyleri

	18-50(n:25)	>50(n:150)	p *
Yatış STAI	39,32±5,76	38,99±6,46	0,754
1.gün STAI	36,42±6,36	39,63±6,80	0,070
2.gün STAI	39,00±7,06	39,48±6,83	0,784
3.gün STAI	38,00±5,85	39,42±6,77	0,698
4.gün STAI	36,57±3,55	39,37±7,05	0,272
5.gün STAI	40,33±2,31	40,28±7,61	0,727
7.gün STAI	41,67±3,79	39,34±6,65	0,417
10.gün STAI	42,67±3,51	39,37±6,94	0,191

Tüm değerler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir.

STAI: State-Trait Anxiety Inventory skoru

* Mann-Whitney U Testi

Hasta yaşına göre hasta yakını anksiyete skorları tablo 9’da sunuldu.Hasta yaşına göre hasta yakını anksiyete skorları açısından gruplar karşılaştırıldığında anksiyete skorları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı.(p>0,05)

Tablo 4.10. Hasta Cinsiyetine Göre Hasta Yakınlarının Anksiyete Düzeyleri

	Erkek (n:111)	Kadın(n:64)	p *
Yatış STAI	38,56±6,47	39,86±6,13	0,261
1.gün STAI	38,81±6,85	40,04±6,72	0,279
2.gün STAI	39,46±6,92	39,37±6,74	0,874
3.gün STAI	39,50±6,79	38,89±6,53	0,794
4.gün STAI	39,40±7,25	38,74±6,29	0,783
5.gün STAI	40,88±7,87	39,35±6,78	0,495
7.gün STAI	39,69±6,69	39,06±6,35	0,713
10.gün STAI	40,20±7,12	38,29±6,04	0,434

Tüm değerler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir.

STAI: State-Trait Anxiety Inventory skoru

* Mann-Whitney U Testi

Hasta cinsiyetine göre hasta yakını anksiyete skorları tablo 10'da sunuldu. Hasta cinsiyetine göre hasta yakını anksiyete skorları açısından gruplar karşılaştırıldığında anksiyete skorları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı.(p>0,05)

Tablo 4.11. Hasta Yatış Saatine Göre Hasta Yakınlarının Anksiyete Düzeyleri

	08:00-20:00(n:81)	20:00-08:00(n:94)	p *
Yatış STAI	38,28±6,37	39,67±6,32	0,129
1.gün STAI	38,42±6,12	39,95±7,33	0,281
2.gün STAI	38,15±6,80	40,48±6,72 ^α	0,049
3.gün STAI	38,08±5,86	40,25±7,17	0,053
4.gün STAI	37,54±6,25	40,52±7,14 ^β	0,026
5.gün STAI	38,76±7,33	41,45±7,42 ^γ	0,031
7.gün STAI	38,05±5,36	40,41±7,10	0,157
10.gün STAI	39,11±8,07	39,92±5,89	0,332

Tüm değerler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir.

STAI: State-Trait Anxiety Inventory skoru

* Mann-Whitney U Testi

^α p<0.05 Mann-Whitney U testi, 20:00-08:00 grubu lehine

^β p<0.05 Mann-Whitney U testi, 20:00-08:00 grubu lehine

^γ p<0.05 Mann-Whitney U testi, 20:00-08:00 grubu lehine

Hasta yatış saatine göre hasta yakını anksiyete skorları tablo 11’de sunuldu.20.00-08.00 saatleri arasında yatan hasta grubu ile 08.00-20.00 saatleri arasında yatan hasta grubu yakınlarının 2.gün ,4.gün ve 5.gün anksiyete skorları açısından 20.00-08.00 saatlerinde yatan grup lehine istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu.(p<0,05)

Tablo 4.12. Hasta Eğitim Düzeyine Göre Hasta Yakını Anksiyete Skorları

	Okuryazar değil (n:41)	İlkokul (n:76)	Ortaokul (n:25)	Lise(n:23)	Üniversite (n:10)	p *
Yatış STAI	40,31±6,83	38,46±6,62	37,83±5,64	37,87±4,62	43,50±5,68	0,067
1.gün STAI	40,50±6,96	39,43±6,31	37,55±8,47	37,22±5,94	40,78±6,69	0,107
2.gün STAI	39,61±7,61	39,89±7,21	37,39±5,48	39,07±5,15	40,50±6,46	0,508
3.gün STAI	38,97±7,56	40,00±6,70	37,62±5,64	37,17±4,67	42,57±7,02	0,281
4.gün STAI	38,56±7,16	39,92±7,54	39,73±6,74	37,60±5,56	38,33±4,03	0,895
5.gün STAI	41,22±7,46	40,00±8,66	38,71±5,28	41,50±6,24	40,00±3,58	0,830
7.gün STAI	38,36±6,36	40,21±7,40	37,80±7,53	39,50±4,51	40,50±4,18	0,797
10.gün STAI	36,78±6,14	40,48±8,18	40,25±5,97	38,50±3,42	41,00±4,29	0,529

Tüm değerler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir.

STAI: State-Trait Anxiety Inventory skoru

* Kruskal-Wallis H Testi

Hastanın eğitim durumuna göre hasta yakını anksiyete skorları tablo 12’de sunuldu.Hastanın eğitim durumuna göre hasta yakını anksiyete skorları açısından gruplar karşılaştırıldığında anksiyete skorları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı.(p>0,05)

Tablo 4.13. Hastanın Yatış GKS'sine Göre Hasta Yakını Anksiyete Düzeyleri

	Kötü(3-8)	Orta(9-12)	İyi(12-15)	p *
Yatış GKS	38,45±6,05	39,52±7,08	39,60±6,53	0,421
1.gün GKS	38,53±5,79	39,65±7,24	39,97±7,80	0,536
2.gün GKS	39,02±6,58	41,86±8,49	39,25±6,64	0,611
3.gün GKS	38,60±5,34	41,22±8,21	39,63±7,60	0,514
4.gün GKS	38,48±5,23	39,50±7,17	39,81±8,39	0,852
5.gün GKS	38,44±6,34	37,56±5,22	44,41±8,38 ^α	0,009
7.gün GKS	38,24±6,62	39,00±4,93	43,17±6,18	0,052
10.gün GKS	39,32±7,28	36,25±5,42	42,64±5,55 ^β	0,035

Tüm değerler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir.

GKS: Glaskow Koma Skalası

* Kruskal-Wallis H Testi

^α p<0.05 Kruskal-Wallis H testi, İyi grubu lehine

^β p<0.05 Kruskal-Wallis H testi, İyi grubu lehine

Hastanın GKS'na göre hasta yakını anksiyete skorları tablo 13'de sunuldu.5.gün GKS'na göre hasta yakını anksiyete skorları açısından GKS'si daha iyi olan grup ile orta ve kötü olan grup arasında GKS'si iyi olan grup lehine istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu.(p<0,05)

10. gün GKS'na göre hasta yakını anksiyete skorları açısından GKS'si daha iyi olan grup ile orta ve kötü olan grup arasında GKS'si iyi olan grup lehine istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu.(p<0,05)

Tablo 4.14. Hastanın Apache'sine Göre Hasta Yakını Anksiyete Düzeyleri

	İyi(0-25)	Orta(26-35)	Kötü(>35)	p *
Yatış APACHE	39,28±5,96	38,87±6,99	38,46±6,61	0,810
1.gün APACHE	39,03±6,19	39,80±8,43	38,95±6,09	0,819
2.gün APACHE	39,60±6,14	37,94±7,37	41,35±8,59	0,232
3.gün APACHE	39,57±7,08	38,09±5,53	39,81±6,57	0,623
4.gün APACHE	39,13±7,49	39,16±5,26	39,20±6,70	0,930
5.gün APACHE	41,78±8,13	37,60±4,63	41,15±7,53	0,215
7.gün APACHE	41,15±5,72	38,43±7,81	37,23±6,08	0,089
10.gün APACHE	39,91±5,81	39,60±10,01	39,00±5,74	0,725

Tüm değerler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir.

APACHE: Acute Physiology and Chronic Health Evaluation

* Kruskal-Wallis H Testi

Hasta Apache skoruna göre hasta yakını anksiyete skorları tablo 14'de sunuldu. Tüm günlerde Apache skoruna göre iyi, orta, kötü gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. ($p > 0,05$)

Tablo 4.15. Hastanın Sofa Skoruna Göre Hasta Yakını Anksiyete Düzeyleri

	İyi(6-10)	Orta(11-15)	Kötü(>15)	p *
Yatış SOFA	39,53±6,36 ^α	35,29±5,81	37,00±4,47	0,022
1.gün SOFA	39,37±6,82	39,35±6,86	32,33±2,52	0,103
2.gün SOFA	39,53±7,13	38,36±4,73	40,25±4,35	0,734
3.gün SOFA	39,51±6,85	38,55±5,24	33,00±1,41	0,623
4.gün SOFA	38,60±7,06	41,63±5,46 ^β	39,20±6,70	0,049
5.gün SOFA	40,25±7,73	41,18±6,00	41,15±7,53	0,215
7.gün SOFA	39,91±6,62	38,22±6,02	37,23±6,08	0,089
10.gün SOFA	39,06±5,87	48,33±16,01	48,33±16,01	0,539

Tüm değerler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir.

SOFA: Sequential Organ Failure Assessment

* Kruskal-Wallis H Testi

α p<0.05 Kruskal-Wallis H testi, İyi grubu lehine

β p<0.05 Kruskal-Wallis H testi, orta grubu lehine

Hastanın Sofa skoruna göre hasta yakınlarının anksiyete skorları tablo 15'te sunuldu.Yatış günü Sofa skorlarına göre hasta yakını anksiyete skorları açısından S ofa skorları iyi olan grup lehine istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu.(p<0,05)

4.gün Sofa skorlarına göre hasta yakını anksiyete skorları açısından Sofa skoru orta ve kötü olan grup lehine istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu.

Tablo 4.16. Hastanın Saps-2 Skoruna Göre Hasta Yakını Anksiyete Düzeyleri

	İyi(0-40)	Orta(41-80)	Kötü(>80)	p*
Yatış SAPS-2	38,38±6,08	39,68±6,60	36,23±4,57	0,126
1.gün SAPS-2	39,00±6,93	39,75±6,96	35,30±2,36	0,093
2.gün SAPS-2	39,46±6,77	39,56±7,01	36,80±4,21	0,649
3.gün SAPS-2	40,76±5,99	38,62±7,02	39,00±4,76	0,240
4.gün SAPS-2	39,56±7,01	38,98±6,90	39,00±7,39	0,835
5.gün SAPS-2	42,65±7,81	39,77±7,17	32,50±6,36	0,215
7.gün SAPS-2	43,00±5,63 ^α	38,54±6,54	35,67±5,13	0,025
10.gün SAPS-2	42,67±6,38	38,84±7,14	38,50±2,38	0,139

Tüm değerler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir.

SAPS-2: Simplified Acute Physiology Score-2

* Kruskal-Wallis H Testi

^α p<0.05 Kruskal-Wallis H testi, İyi grubu lehine

Hastanın Saps-2 skoruna göre hasta yakını anksiyete düzeyleri Tablo 16'da sunuldu.

7. gün Saps-2 skorlarına göre hasta yakını anksiyete skorları açısından saps-2 skoru iyi olan grup lehine istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu.(p<0,05)

5. TARTIŞMA

Reanimasyon yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) yatan hastalar, oldukça uzun süren hastane yatışı, morbidite ve mortalite oluşma riski fazlasıyla yüksek olan kritik önemde hastalardır (38,39). Yoğun bakımda yatan hastaların yakınlarında, özellikle hastalarını kaybetme korkusu öncelikli olmak üzere çok sayıda etken, ileri düzeylerde kaygı ve uyku bozukluklarına sebep olabilir (40,41). Büyük oranlarda bilinçleri kapalı ve daha fazla bakım ihtiyacı olan bu hastaların yakınları ile iletişim kurmak ve sürdürmek, sağlık personeli tarafından bakıldığına da zorluklar taşır (42). Sağlık çalışanlarının özellikle hasta ihtiyaçları ve hasta bakımı için eğitilmeleri hasta yakınlarının var olan durumlarının gözardı edilmesi ile sonuçlanır(43,44). Yoğun bakımda yatan hastaların yakınları çoğunlukla artmış kaygı düzeyine sahiptirler ve kaliteli yaşam düzeyleri azalır (45).

Hasta yakınlarının hastalarına uygulanacak girişim ve tedaviler ile alakalı bilgilendirilmeleri ve verecekleri kararlar kaygı düzeylerini daha da fazla artırır (46,47). Yoğun bakımlarda izlenen hastaların yakınları psikososyal açıdan desteklenmelidirler. Yoğun bakımda hastası olan kişilerde anksiyete, sosyal izolasyon, fiziksel işlev bozukluğu, uyku bozuklukları ve depresyon görülebilen psikolojik bozukluklardır (48). Sonuçta ortaya çıkan uyku bozukluğu ve anksiyete strese karşı azalmış toleransa, sinirlilik haline, azalmış dikkate, bağışıklık fonksiyonunda bozulmaya ve karar verebilme yetisinde bozulmagibi değişikliklere neden olabilir (49). Yapılan çalışmalarda, hastalara ait kaygı ve uyku bozukluğu incelenmesine rağmen yoğun bakım ünitelerinde tedavi gören hasta yakınlarının anksiyete ve uyku sorunlarının detaylı olarak incelendiği çalışmalar az sayıdadır. Bu çalışmada, hastanın yaşı, eğitim durumu, cinsiyeti, yatış saati ve hasta yakınının yaş, cinsiyet, gelir durumu, yakınlık derecesi, görüşme sıklığı, eğitim düzeyi, geçmiş yoğun bakım deneyimleri ile hastaların akut fizyolojik durum değişikliğine göre yoğun bakımda tedavi gören hastaların yakınlarında görülen stres ve anksiyete bozukluğunun ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Çalışmamızın örnekleme Bekir O, Funda G ve arkadaşlarının 2020 yılında yayınlamış oldukları makale referans kabul edilerek oluşturuldu.(50) Örnekleme göre

anketi dolduracak hasta yakını sayısı 175 kişi belirlenirken, bu çalışmaya toplam 185 hasta yakını dahil edildi. Çalışmaya katılan 5 hasta yakınının okuma-yazma bilmemesi ve başka 5 hasta yakınının yaşının 18 yaşından küçük olması nedeniyle çalışma dışı bırakıldı.

Çalışmamızda hasta yakınlarının reanimasyon yoğun bakımda yatan hastaları için oluşturdukları kaygı düzeyleri değerlendirilmiştir. Literatürde çoğunlukla hasta yakınlarına ait özelliklerle anksiyete düzeyleri karşılaştırılmıştır.

Hem hasta hem de hasta yakınlarının özellikleri ve hastaların kapsamlı bir akut fizyolojik durum değişikliğine göre hasta yakınlarının duyduğu anksiyete seviyelerinin araştırıldığı çalışma sayısı oldukça sınırlıdır.

Çalışmaya katılan hasta yakınlarının % 66'sı erkek, % 34'ü kadın olup bu yüzdeler çalışmaya dahil edilen hastalar için % 37 kadın % 63 erkek cinsiyet idi.

Yoğun bakım ünitesinde hastası olan bireylerin Durumluk Kaygı ölçeği puan ortalamaları $39,45 \pm 6,81$ bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar dikkate alındığında çalışmaya katılan bireylerin durumluk kaygı düzeylerinin orta düzeyin üzerinde olduğu söylenebilir.

Hasta yakını yaşına göre anksiyete skorlarına bakıldığında çalışmamızda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Ancak hasta yakını yaşı arttıkça anksiyete skorları istatistiksel olarak anlamlı olmasada yükseldi. Yine hasta yakını yaşı > 50 olan grupta yatış günü sayısı arttıkça anksiyete skorları yükselmektedir.

Türedi D ve arkadaşları yaptıkları çalışmada bizim çalışmamıza uygun şekilde hasta yakını yaşı arttıkça anksiyete skorlarının arttığını bulmuşlardır (51). Bilgin F ve arkadaşları yaptıkları çalışmada hasta yakınları yaşı ile anksiyete skorları arasında anlamlı bir ilişki bulamamışlardır (52).

Hasta yakını cinsiyetlerine göre çalışmamıza bakıldığında anksiyete skorları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Fakat kadın hasta yakınlarının anksiyete düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı olmasada hasta yatış günü arttıkça yükseldi. Opuş B ve arkadaşlarında yoğun bakımda hastası olan hasta yakınlarının anksiyete skorlarına baktıkları çalışmalarında bizim çalışmamızda olduğu gibi cinsiyetler arasında bir fark bulamamışlardır(50). Türedi D ve arkadaşlarında yaptıkları çalışmada bizim çalışmamıza uygun şekilde hasta yakını cinsiyeti ile anksiyete skorları arasında bir fark bulamışlardır (51). Maruiti MR ve arkadaşlarında 39 hasta yakınına kapsayan çalışmalardan elde ettikleri verilerle anksiyetenin cinsiyet ile ilişkisinin olmadığı belirtilmiştir (53). Pochard F ve arkadaşları ise 920 hasta yakını ile yaptıkları araştırmada ise bizim çalışmamızın aksine anksiyete düzeyinin kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu görmüşlerdir(54).

Hasta yakınının yoğun bakımda yatan hasta ile yakınlık derecesine bakıldığında çalışmamızda gruplar arasında anksiyete skorları arasında anlamlı bir fark bulunamadı. Ancak hastanın anne, baba ve kardeşlerinin istatistiksel olarak anlamlı olmasada hastanın eşi ve çocuklarından daha fazla anksiyete duydukları görüldü.

Yine gruplar kendi içlerinde değerlendirildiklerinde yatış günü arttıkça istatistiksel olarak anlamlı olmasada anksiyete skorlarının yükseldiği görüldü. Baltalı S ve arkadaşları 1. derece yakını olan ve olmayan şeklinde gruplandırma yaptıkları çalışmalarında yakınlık derecesiyle anksiyete düzeyleri arasında çalışmamıza benzer şekilde anlamlı bir fark bulamamışlardır(55). Yoğun bakım ünitesi hasta yakınlarının anksiyete belirtileriyle ilgili yapılmış olan başka çalışmalarda bizim çalışmamızın aksine eşlerin stres düzeyinin ailenin diğer üyelerine göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir. İki farklı çalışma eşlerin daha fazla anksiyete belirtileri gösterdiği bildirilmiştir (46,47).

Hasta yakınının yoğun bakımda yatan hastası ile normal hayatta görüşme sıklığına göre anksiyete skorlarına bakıldığında çalışmamızda gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamadı. Ancak hastanın yatış süresi uzadıkça hasta ile görüşme sıklığı az olangrupta istatistiksel olarak anlamlı olmasada anksiyete skorlarında azalma görüldü.

Literatür taramasında yoğun bakımda yatan hastası ile normal hayatta görüşme sıklığına göre anksiyete skorlarına bakılan bir çalışma bulunamadığından bir karşılaştırma yapılamamıştır.

Hasta yakını gelir düzeyine göre anksiyete skorlarına bakıldığında çalışmamızda gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamadı. Fakat gelir düzeyi yüksek olan gruplarda anksiyete skoru gelir düzeyi düşük olanlara göre anlamlı olmasa bile daha düşük bulundu. Yapılan farklı iki çalışmada gelir düzeyi daha düşük olan hasta yakınlarının yoğun bakımda yatan hastaları için daha fazla endişelendiklerini ve anlamlı bir şekilde anksiyete skorlarının yüksek olduğunu bulmuştur(52,56). Buda bizim çalışmamızdaki bulguları desteklemektedir.

Hasta yakını eğitim düzeyi açısından gruplar arasında anksiyete skorları karşılaştırıldığında okuma yazması olmayan ve ortaokul eğitim düzeyi olan gruplarla ilkokul, lise ve üniversite eğitim düzeyi olan gruplar arasında okuma yazması olmayan ve ortaokul eğitim düzeyi olan gruplar lehine istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. Ayrıca anlamlı bir fark olmasada eğitim düzeyi düşük olan gruplarda anksiyete skorları hasta yatış günü arttıkça artmaktadır. Buda eğitim düzeyinde bireylerin anksiyete düzeyleri ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Chui W Y-Y ve arkadaşları 133 hasta yakınıni içeren bir çalışmada, eğitim seviyesi düşük kadınların anksiyete düzeylerini anlamlı derecede yüksek bulmuştur(57). Yapılan başka bir çalışmada ise eğitim düzeyi düşük olan hasta yakınlarının, hasta ile ilgili verilmesi gereken kararlara dahil olma konusunda daha çekingen oldukları ve bu nedenle anksiyete yaşadıkları bildirilmiştir. Ancak anksiyete ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır(58). Hasta yakınlarında anksiyete düzeyini araştıran diğer bir çalışmada da bizim çalışmamızla uyumlu olarak yüksek eğitim seviyesinde olan hasta yakınlarının anksiyete skorlarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu da eğitim seviyesi yükseldikçe hasta yakınlarının hastaları ile ilgili verilen bilgileri daha iyi anlayabildiklerini ve yeterli koruma mekanizması oluşturabildiklerini düşündürmüştür (53).

Çalışmamızda hasta yakınlarının kendileri ve diğer hastaları için geçmiş yoğunbakım deneyimleri de sorgulandı. Geçmişte kendisinin yoğun bakım yatış

deneyimi olan hasta yakını anksiyete skorları sadece yatış günü için diğer iki grup olan deneyimi olmayan ve yakını yatan gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı olarak bulunmadı. Geçmişte kendisi veya herhangi bir yakını için yoğun bakım deneyimi olmayan grubun anksiyete skorları yatış günü hariç yoğun bakım yatış deneyimi olan diğer iki gruba göre daha yüksekti. Ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi. Baltalı S ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarında sadece hasta yakınlarının geçmiş yoğun bakım deneyimi olup olmadığını sorgulamışlar ancak bunların anksiyeteleri üzerine etkisiyle ilgili bir veri yayınlamamışlardır(55). Literatür taramasında daha öncesinde yoğun bakımda yatan hasta deneyimi ile ilgili başka bir çalışma bulunamadığından karşılaştırma yapılamamıştır.

Hasta yaşına göre hasta yakını anksiyete skorları değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı. Ancak daha genç olan hasta grubu için hasta yakınlarının anksiyete skorları hastanın hastanede yatış süresi arttıkça yükseldi. Ama istatistiksel olarak anlamlı değildi. Aynı şekilde hasta cinsiyetine göre hasta yakınlarının anksiyete skorlarına bakıldığında çalışmamızda erkek veya kadın hastalar için anksiyete skorları arasında anlamlı bir fark bulunamadı. Literatür taramasında hasta yaşına ve cinsiyetine göre hasta yakını anksiyete düzeylerinin ölçümü ile bir çalışma bulunamadığından karşılaştırma yapılamamıştır.

Çalışmamızda hastaların yatış saatlerine göre anksiyete skorları değerlendirildiğinde hasta yakınlarının gece yatırdıkları hastaları için daha fazla endişelendikleri görüldü.

Yoğun bakım ünitesine gece yatırılan hastaların yakınlarında 2,4 ve 5. günlerde istatistiksel olarak anlamlı olmak üzere diğer tüm günlerde de anksiyete skorları gündüz yatırılanlara göre daha yüksek bulundu. Bilgin F ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarında sadece hastaların yoğun bakım ünitesine acil yada planlı yatışlarıyla ilgili sayısal bilgi vermiş olup hasta yakınlarının bu durumlara göre anksiyete skorları ile ilgili veri sunmamışlardır(52). Literatür taramasında daha öncesinde yoğun bakıma yatış saatine göre anksiyete skorları ile ilgili başka bir çalışma bulunamadığından karşılaştırma yapılamamıştır.

Hasta eğitim durumuna göre hasta yakını anksiyete skorlarına bakıldığında tüm gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ancak hastanın eğitim düzeyi arttıkça hasta yakını anksiyete skorları yükselse de bu değerler istatistiksel olarak anlamlı değildi. Literatür taramasında daha öncesinde yoğun bakımda yatan hastaların eğitim seviyelerine göre hasta yakını anksiyete durumlarıyla ilgili başka bir çalışma bulunamadığından karşılaştırma yapılamamıştır.

Yoğun bakımda yatan hastalar ile ilgili olarak hasta yakınlarının bilgilendirmesi, hastanın o günkü durumu hakkında net bilgilerin verilmesi açısından oldukça önemlidir. Hastanın o günkü durumu ile ilgili net bilgiler ancak hastanın akut fizyolojik skorlarının hesaplanmasıyla olabilir (9). Çalışmamızda hastalarımızın günlük SAPS-2, APACHE-2 ile fizyolojik skorları ve SOFA ile organ sistem durumları hesaplanarak hasta yakınları hakkında bilgilendirildi. Hastaların fizyolojik ve organ sistem skorları ne kadar iyiye hasta yakınlarının anksiyete skorlarında da artışlar oldu. Tok G ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarında bizim çalışmamızın aksine hastaların akut fizyolojik skorlarında artış oldukça hasta yakınlarının anksiyete skorlarında artış olduğunu göstermişlerdir (59). Yapılan diğer çalışmalarda da bizim çalışmamızın aksine hastanın akut fizyolojik skorlamalarında artış var ise yakınlarında ki anksiyete semptomlarında artış olduğu gösterilmiştir (47,60,61).

Hastalar GKS na göre hasta yakınlarının anksiyete skorlarına bakıldığında 5. ve 10. günlerde GKS u daha iyi olan hastaların yakınlarının anksiyete skorlarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür. Genel olarak çalışmamızda verilerimize baktığımızda hastanın GKS u ne kadar iyiye hasta yakınlarının anksiyete skorları yükselmektedir. Bilgin F ve arkadaşları çalışmamızın benzer şekilde hastaların GKS u yükseldikçe hasta yakınlarının anksiyete skorlarının arttığını belirtmişlerdir (52).

6. SONUÇ

Bu çalışma ile yoğun bakım ünitelerinde tedavi gören hastaların yakınlarında ortadüzeyde anksiyete oluşabileceği görülmüştür. Hasta yakınlarının yaşı arttıkça anksiyete düzeylerinin dahada arttığı, özellikle kadın hasta yakınlarının hastaları içindaha fazla endişelendiği, özellikle anne, baba kardeşlerin hasta için daha fazla endişelendiği görülmüştür. Hasta ile görüşme sıklığı daha fazla hasta yakınları hastaları için daha fazla endişelenmişlerdir. Hasta yakını eğitim düzeyi azaldıkça ve hasta yatış günü arttıkça anksiyete düzeyleri artmaktadır. Hasta yakının yoğun bakımdeneyimlerine bakıldığında kendisinin önceden bir yoğun bakım yatışı olmuş hastası için daha fazla endişelenmiştir. Daha genç hastalar için hasta yakınları dahafazla endişelenmişler ve özellikle genç hastaların yatış günü uzadıkça hastayakınlarının endişeleri daha da artmıştır. Hasta yakınları hastalarını cinsiyet farkı gözetmeksizin aynı endişe düzeylerine sahip olmuşlardır. Hastaların yoğun bakım ünitesine özellikle gece yatmaları hasta yakınlarının anksiyete düzeylerini daha fazla artırmıştır. Hastaların eğitim düzeyinin yüksek olması hasta yakınlarının kendileri için daha fazla endişelenmesine sebep olmuştur. Hasta yakınları yoğun bakıma şuuru açık olarak yatırdıkları hastaları için şuuru kapalı hastalara göre daha fazla endişelenmişlerdir. Hasta yakınları yoğun bakımda fizyolojik skorları ve organsistemleri daha iyi olan hastaları için daha fazla endişelenmişlerdir.

Sonuç olarak anksiyetenin etkenleri arasında hastaya ve hasta yakınına bağlı bir çöketken gösterilebilir. Fakat yapılan araştırmalarda ve bizim çalışmamızda hasta yoğunbakıma her ne sebeple veya hangi klinik tabloyla yatırılırsa yatırılınsın bu durum hastayakınlarında orta düzeyde bir anksiyete tablosu oluşturmuştur. Anksiyeteyi oluşturan faktörlerin çok olması nedeniyle bu konuda daha fazla veri elde edilebilmesi içindaha çok araştırmaya yapılması gerekmektedir.

Çalışmanın tek merkezli olması ve aynı hastanede diğer yoğun bakımların dahil edilmemesi çalışmayı sınırlandırmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Kutlu R, Işıklar-Özberk D, Gök H, Demirbaş N. Frequency of anxiety and depression and affecting factors in inpatients in cardiology intensive care unit. Turkish Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery 2016.
2. Tel H. Transfer Anksiyetesi; Transfer Anksiyetesi; Yoğun Bakım Hastası ve Ailesinin Ortak Duygusal Deneyimi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2009.
3. Ozbayir T, Tasdemir N, Ozseker E. Intensive care unit family needs. Nurses' and families' perceptions. East J Med. 2014;19:137–40.
4. Hacıhasanoğlu G. Ameliyata Alınan Hastaların Yakınlarının Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi. Yakın doğu üniversitesi Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi, 2011, (Danışman: Prof Dr. Nurhan Bayraktar)
5. Öztekin SD, Akyolcu N. Yoğun Bakım Ünitelerinde Fiziksel Donanım ve Planlama. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2003.
6. Çelik S. Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Kabul ve Taburculuk Kriterleri. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2007; 11(2):96–101.
7. Aktaş Y. Yoğun Bakımda Hasta ve Ailesiyle İletişim. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilim Fakültesi Dergisi 2016; 1(3):39–43.
8. Yalamaoğlu M. Yoğun bakım ünitesinde hasta yakınlarının farklı kişilerce bilgilendirilmesinin ve bilgilendirme sıklığının hasta yakını memnuniyeti üzerine etkisi. zmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilim Fakültesi Dergisi 2012.
9. Ball JAS, Redman JW, Grounds RM. Severity of Illness Scoring Systems. Yearbook of Intensive Care and Emergency Medicine 2002;16:911- 933
10. Scheffler RM, Knaus WA, Wagner DP. Severity of illness and the relationship between intensive care and survival. Am J Publ Health 1982;72: 449- 454.
11. Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness: A practical scale. Lancet 1974;2: 81- 83.
12. Keene AR, Cullen DJ. Therapeutic intervention scoring system: update. Crit Care Med 1982;2: 57- 60.
13. Teres D, Avrunin JS, Lemeshow S. Severity of illness modeling in critical care medicine. Critical Care Clinics1991;1953- 1962
14. Knaus WA, Zimmerman JE, Wagner DP. Acute physiology and chronic health

- evaluation: A physiologically based classification system. Crit Care Med 1981;9: 591- 597.
15. Ulus F, Günel Sazak H, Tunç M et al. APACHE II skorlama sistemi solunumsal yoğun bakım ünitesinde mortalite hızını belirlemede başarılı mıdır? Solunum Hastalıkları 2006;17:167-71.
 16. Le Gall JR, Lemeshow S, Saulnier F. A new simplified Acute Physiology Score (SAPS II) based on European/North American multicenter study. JAMA 1993;270: 2957- 2963.
 17. Le Gall JR, Klar J, Lemeshow S, et al: The logistic organ dysfunction system. A new way to assess organ dysfunction in the intensive care unit. ICU scoring group. JAMA 1996; 276: 802- 810.
 18. Eşel E. Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğunun Nörobiyolojisi Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2003; 13:78–87.
 19. Karamustafaloğlu O, Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ş, Kliniği Şefi P, Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. Med Bull Şişli Etfal Hosp. 2011;2(2):45.
 20. Middleton H. History of Mental Symptoms. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1997 Feb 1;62(2):216–216.
 21. Kain ZN, Maranets I. Preoperative Anxiety and Intraoperative Anesthetic Requirements. Anesth Analg 2000 Jul [cited 2023;91(1):250.
 22. Tamam L, Demirkol ME. Anksiyete Bozuklukları. Bütüncül Tıp: Birinci Basamakta ve Aile Hekimliği Dergisi 2019.
 23. Sağlık G. Psikanalitik Kuram Ve Sosyal Hizmet. J Philos Soc Sci 2021;435–55.
 24. Karakoyun A, İsbir O. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Anabilim Dalı Anestezi Polikliniğinde Bathe Methodu Kullanılmasının Erişkinlerde Preoperatif Anksiyete, Hasta Memnuniyeti Ve Bireysel Anestezi Endişeleri Üzerine Etkisi. 2019.
 25. Turhan D, Özcengiz D. Elektif Cerrahi Operasyon Planlanan Hastalarda Preoperatif Ve Postoperatif Anksiyetenn Hasta Memnuniyet İle İlişkisi. 2007.
 26. Pıçakçıefe M. Çalışma yaşamı ve anksiyete. TSK Koruyucu Hekim Bülteni 2010;9(4):367–74.
 27. Öner N. Durumluk-sürekli kaygı envanteri el kitabı 1985.

28. KÜÇÜK A, Gölgeli A. Deney hayvanlarında anksiyete modelleri ve anksiyetenin değerlendirilmesi. Sağlık Bilim Dergisi. 2005;14(3):209–17.
29. Gör A, Polat S. Cumhuriyet Ünivers İtesi Tıp Fak Ültes İ Anes Teziyo Loji Ve Reanimasyo N Anabilim Dalı Pregabalın Premedikasyonunun Preoperatif Anksiyolitik Ve Postoperatif Analjezik Etkilerinin Değerlendirilmesi. 2014;
30. Şahin M. Korku, Kaygı Ve Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları. Avrasya Sos ve Ekon Araştırmaları Dergisi 2019;6(10):117–35.
31. Gökalp, P.G. Stress, Anksiyete ve Kadın. HÜKSAM, Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi, Hacettepe Üniversitesi Yayınları 2003;165-73.
32. Spielberger CD, Auerbach SM, Wadsworth AP et all. Emotional reactions to surgery. J Consult Clin Psychol 1973; 40: 33-38.
33. Demir A, Akyurt D, Ergün B, Haytural C ve ark. Kalp cerrahisi geçirecek olgularda anksiyete sağaltımı. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi 2010;18:177-82.
34. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Ankara:Hekimler Yayın Birliği. 2006;5:153-63.
35. White PF. Pharmacologic And Clinical Aspects Of Preoperative Medication. Anesth Analg 1986;65:967-74
36. Spielberger CD. State-trait anxiety inventory for adults. 1983.
37. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler. Hekimler Yayın Birliği, Ankara. 2000;5.
38. Cheng DCH, Byrick RJ, Knobel E. Structural models for intermediate care areas. Crit Care Med 1990;27:2266-71.
39. Akpir K. Yoğun bakım temel ilkeleri. Tüzüner F, editör. Anestezi, yoğun bakım, ağrı. 1.baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi 2010;1199-208.
40. Foss KR, Tenholder MF. Expectations and needs of persons with family members in an Intensive Care Unit as opposed to a general ward. South Med J 1993;86:380-4.
41. Leske JS. Interventions to decrease family anxiety. Crit Care Nurse 2002; 22: 61-5.
42. Mollaoğlu M. Kritik bakım ünitelerinin duysal girdilere etkileri ve hemşirelik girişimleri. Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi 1997;1:11-2.

43. Kleinpell RM, Powers MJ. Needs of family members of intensive care unit patients. *Appl Nurs Res* 1992;5:2-8.
44. Plowright CI. Needs of visitors in the intensive care unit. *Br J Nurs* 1995;4:1081-3.
45. Wartella JE, Auerbach SM, Ward KR. Emotional distress, coping and adjustment in family members of neuroscience intensive care unit patients. *J Psychosom Res* 2009;66:503-
46. Pochard F, Darmon M, Fassier T, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study. *J Crit Care* 2005;20:90-6.
47. Paparrigopoulos T, Melissaki A, Efthymiou A, et al. Shortterm psychological impact on family members of intensive care unit patients. *J Psychosom Res* 2006; 61:719-22.
48. Hickman RL Jr, Douglas SL. Impact of chronic critical illness on the psychological outcomes of family members. *AACN Adv Crit Care* 2010;21:80-91.
49. Davidson JE, Jones C, Bienvenu OJ. Family response to critical illness: Postintensive care syndrome-family. *Crit Care Med* 2012;40:618-24.
50. Opuş B, Gök F, Kılıçaslan A, Yosunkaya A. Yoğun Bakım Hastalarının Akut Fizyolojik Durum Kayıtları ile Hasta Yakınlarında Görülen Anksiyete ve Bozuk Uyku İlişkisi. *Selçuk Med J* 2020;36(4):333-337
51. TÜREDİ D. Yoğun bakım hastalarının akut fizyolojik durum değişikliklerinin hasta yakınlarının psikolojileri üzerine etkileri. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı Uzmanlık Tezi 2011. (Danışman: PROF. DR. H. MURAT GÜNDÜZ)
52. TÜRKLEŞ S, BİLGİN F. Yoğun Bakım Ünitesinde Hastası Olan Bireylerin Anksiyete Düzeyleri. *Journal on Mathematic, Engineering and Natural* 2020;4:14.
53. Maruiti MR, Galdeano LE, Dias Farah OG. Anxiety and depressions in relatives of patients admitted in intensive care units. *Acta Paul Enferm* 2008;21:636-42.
54. Pochard F, Azoulay E, Chevret S et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: Ethical hypothesis regarding decisionmaking capacity. *Crit Care Med* 2001;29:1893-7.

55. Baltalı S, Turkoz A. The Efficacy of Intravenous Patient-Controlled Remifentanyl Versus Morphine Anesthesia After Coronary Artery Surgery. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia* 2009;23:2: 170-174
56. İlbaşı, A. R. (2014). İzole Edilen Hastaların İzolasyon Sonrası Anksiyete, Depresyon Durumları ile İzole Edilemeyen Hastaların Anksiyete, Depresyon Durumlarının Değerlendirilmesi ve İzole Edilen Hasta Yakınlarının, Sağlık Personelinin Anksiyete Durumlarının İncelenmesi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı Uzmanlık Tezi, Bursa.
57. Chui W Y-Y, Chan S W-C. Stress and coping of Hong Kong Chinese family members during a critical illness. *J Clin Nursing* 2007;16:372–81.
58. Anderson WG, Arnold RM, Angus DC, Bryce CL. Passive Decision-making preference is associated with anxiety and depression in relatives of patients in the intensive care unit. *J Crit Care* 2009;24:249-54.
59. Tok G, Ok G, Erbüyün K, Aydemir Ö, Tok D. Yoğun bakım ünitesinde yatan Hastaların yakınlarında görülen anksiyete ve depresyon. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi* 2009;7:1-5.
60. Day A, Haj-Bakri S, Lubchansky S, et al. Sleep, anxiety and fatigue in family members of patients admitted to the intensive care unit: A questionnaire study. *Critical Care* 2013;17:R91.
61. Bolosi M, Peritogiannis V, Tzimas P, et al. Depressive and anxiety symptoms in relatives of intensive care unit patients and the perceived need for support. *Journal of Neurosciences in Rural Practice* 2018;9:522.