



T.C.

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

**ÇOCUK YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN
HASTALARIN EBEVEYNLERİNİN
AKUT STRES BOZUKLUĞU, DEPRESYON VE
POSTTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞU
AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Merve ERGÜN

Antalya, 2024



T.C.

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

**ÇOCUK YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN
HASTALARIN EBEVEYNLERİNİN
AKUT STRES BOZUKLUĞU, DEPRESYON VE
POSTTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞU
AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Merve ERGÜN

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Nazan ÜLGEN TEKEREK

“Kaynak Gösterilerek Tezimden Yararlanılabilir”

Antalya, 2024

TEŞEKKÜR

Eğitim sürecimde bana bilgi ve tecrübeleri ile katkı sağlayan hocalarıma, tez çalışmamda emek ve yardımlarını esirgemeyerek bana destek olan danışman hocam Doç. Dr. Nazan ÜLGEN TEKEREK'e, değerli önerileri için Prof. Dr. Oğuz DURSUN'a, Dr. Öğr. Üyesi Sevtap VELİPAŞAOĞLU'na, veri toplama sürecimde poliklinikte destek olan Öğr. Gör. Dr. Mine ERKAN'a, çalışmamda psikiyatri alanında bilgisi ile yol gösteren Doç. Dr. Ali ERDOĞAN'a, birlikte eğitim aldığım ve çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma, bugüne kadarki başarılarımda büyük emeği olan ve her zaman yanımda duran aileme çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

1. GİRİŞ VE AMAÇ	6
2. GENEL BİLGİLER	8
2.1. Çocuk Yoğun Bakım Kavramı	8
2.2. Çocuk Yoğun Bakım Risk Skorları	8
2.2.1. PRISM Skoru	9
2.2.2. PIM Skoru	9
2.2.3. PELOD Skoru	9
2.3. Akut Stres Bozukluğu	10
2.3.1 Akut Stres Bozukluğu Kısa Ölçeği	12
2.4. Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB)	12
2.4.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği	15
2.5. Depresyon	15
2.5.1. Beck Depresyon Ölçeği	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM	18
3.1. Çalışmanın Örneklemi	18
3.1.1. Dahil Edilme Kriterleri	18
3.1.2. Hariç Tutulma Kriterleri	18
3.2. Verilerin Toplanması	19
3.3. Sosyal Destek Algısının Değerlendirilmesi	20
3.4. Akut Stres Bozukluğunun Belirlenmesi	20
3.5. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Belirlenmesi	20
3.6. Depresyonun Belirlenmesi	20
3.7. İstatistiksel Analiz	20
4. BULGULAR	22
5. TARTIŞMA	34
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	41
ÖZET	42
ABSTRACT	44
EKLER	47
KAYNAKÇA	55

KISALTMALAR

ASB: Akut Stres Bozukluğu

AÜTF: Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakóltesi

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

ÇYBÜ: Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder

EVD: Eksternal Ventriküler Drenaj

IMV: Invaziv Mekanik Ventilasyon

IQR: Çeyrekler Arası Mesafe

PELOD 2: Pediatric Logistic Organ Dysfunction 2

PIM 2: Pediatric Index of Mortality 2

PRISM 4: Pediatric Risk of Mortality 4

PSI: Fizyolojik Stabilite İndeksi

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

VP: Ventriküloperitoneal şant

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1: Ebeveynlerin Demografik Verileri	23
Tablo 2: Sosyal Destek Algısı ve Dini İnanç Sayesinde Rahatlama Durumu	24
Tablo 3: Kontrol ve Çalışma Grubundaki Çocukların Yaş ve Cinsiyet Açısından Dağılımı	24
Tablo 4: Çalışma Grubundaki Hastaların Özellikleri	25
Tablo 5: Çalışma Grubundaki Hastaların Yoğun Bakım Yatışı Öncesi Başvurularına Ait Özellikleri	26
Tablo 6: Akut Stres Bozukluğu Değerlendirme Sonuçları	26
Tablo 7: Beck Depresyon Anketi Değerlendirme Sonuçları	27
Tablo 8: Travma Sonrası Stres Bozukluğu Değerlendirme Sonuçları	27
Tablo 9: Ebeveyn Özelliklerinin ASB, BDÖ ve TSSB Puanları İle İlişkisi	28
Tablo 10: Çalışma Grubu İçinde Ebeveyn Özelliklerinin Anket Puanları İle İlişkisi	30
Tablo 11: Çalışma Grubunda Yer Alan Ebeveynlerin ASB, BDÖ ve TSSB Puanları ile Hasta Özelliklerinin İlişkisi	31

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Son yıllarda gelişmiş ülkelerde çocuk sağlığı ve hastalıkları alanında bilimsel çalışmaların ilerlemesi ve teknolojinin gelişmesiyle morbidite ve mortalitede önemli ölçüde azalma saptanmakta ve bu konuda çocuk yoğun bakım desteğinin önemli bir rol oynadığı dikkat çekmektedir. Çocuk yoğun bakım ünitesi (ÇYBÜ) yaşamı tehdit eden herhangi bir durum nedeniyle kapsamlı gözlem ve bakım gerektiren pediatrik hastaların tedavisi için tasarlanmış birimdir (1).

ÇYBÜ’de yatan hastaların ebeveynleri, karşılaştıkları zorlayıcı durumlar nedeniyle ciddi psikolojik sorunlarla karşı karşıya kalabilirler. Bu zorlu süreç hem çocukların hem de ailelerin yaşamlarını ciddi anlamda etkileyebilir. Yapılan çalışmalarda kritik hastaların yakınlarının neredeyse yarıya yakınında depresif bozukluklar ve spesifik olmayan anksiyete geliştiği saptanmıştır (2, 3). Ebeveynlerde ortaya çıkan ek duygusal yük, karşılaştıkları durum ile başa çıkma zorlaştırmaktadır (4). Depresyon, akut stres bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu gibi psikopatolojiler bu süreçlerin sonucunda ortaya çıkabilen önemli ruh sağlığı sorunlarıdır.

Ebeveynlerin çocuklarının yoğun bakım kabul süreci boyunca yaşadığı sıkıntılar akut stres bozukluğu semptomlarının gelişimine yol açabilir (5). Depresyon, yoğun bakım ünitelerindeki ebeveynler arasında yaygın bir psikolojik sorun olabilir ve çocukların sağlık durumlarına yönelik endişenin bir sonucu olarak ortaya çıkabilir. Ayrıca bu zorlu deneyimler travma sonrası stres bozukluğu semptomlarının ortaya çıkmasına da katkıda bulunabilir (6).

Hem yoğun bakım tedavisi sırasında hem de taburculuk sonrası evde bakım sırasında ebeveynlerin içinde bulunduğu duygusal durum çocuklarının bakımının aksamaması için önemlidir. Pediatrik hasta ve aile merkezli bakım ailenin çocuğun temel güç ve destek kaynağı olmasına dayanmaktadır. Bu uygulama artık dünyada standart haline gelmiştir. Yoğun bakım sürecinde sosyal ve tıbbi bakım sadece hastayı değil onun için önemli olan tüm aile fertlerini kapsamalıdır (7). Yoğun bakım sürecinde ebeveyn stresörlerine ve ebeveyn üzüntüsünün psikolojik sonuçlarına yönelik az sayıda çalışma yapılmıştır.

Bu tez çalışmasının temel amacı ÇYBÜ’de yatan hastaların ebeveynlerindeki depresyon, akut stres bozukluğu (ASB) ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) semptomlarının yaygınlığını ve şiddetini belirlemek ve aynı zamanda ilişkili olduğu durumları saptamak, ayrıca genel pediatri ve sağlam çocuk polikliniğine başvuran sağlıklı çocukların ebeveynleri ile karşılaştırmaktır. Bu amaç doğrultusunda elde edilecek bulgular, çocuğu ÇYBÜ’de izlenen ebeveynlerin psikolojik ihtiyaçlarının daha iyi anlaşılmasına ve sağlık hizmetleri sunan hekimlere rehberlik etmeye katkı sağlayacaktır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1.Çocuk Yoğun Bakım Kavramı

1983 yılında yayınlanan Çocuk Yoğun Bakım Rehberi'ne göre ÇYBÜ yaşamı tehdit eden, stabil olmayan, özellikli medikal veya cerrahi işlem gerektiren çeşitli hastalıkların tedavi edildiği hastane birimi olarak tanımlanmaktadır (8). ÇYBÜ'ler çocuk ve ergenlerin yaşamsal bulgularının kesintisiz bir şekilde izlendiği ve gerektiğinde desteklendiği, genellikle multidisipliner teşhis ve tedavi yaklaşımlarının uygulandığı, diğer bölümlere göre daha donanımlı personel ve teknolojiye ihtiyaç duyan özellikli birimlerdir (9). 1950'li yıllarda görülen polio salgını yoğun bakımın ortaya çıkışı ve gelişimine yol açmıştır. Dünyanın ilk çocuk yoğun bakım birimi 1955 yılında İsveç Göteborg Çocuk Hastanesi'nde kurulmuş olup sonrasında 1960'lı yıllarda önce Avrupa ve Avustralya'da daha sonra Kuzey Amerika'da merkezi hastanelerde ÇYBÜ'ler kurulmuştur (10, 11). Ülkemizde bu konuyla ilgilenen uzman hekimler tarafından 1994'te İstanbul Tıp Fakültesi'nde modern anlamda ilk ÇYBÜ'nün açılmasından sonra (12) 2000'li yılların başından itibaren bir çok merkezde ÇYBÜ kurulmaya devam etmiştir (13). Hastaların takip ve tedavisinin tüm imkanların sağlanabildiği ve uzman ekiplerin yer aldığı ünitelerde yapılması, yetersiz imkanlarla küçük birimlerde hasta takibine oranla mortalite sıklığında azalma ve hasta bakımının niteliğinde iyileşme ile sonuçlanmaktadır (14). Yoğun bakım kalitesine yönelik yapılan araştırmalarda, mortaliteyi etkileyen en önemli nedenlerin yoğun bakım uzmanı sayısı, konsültasyon hekimlerine ulaşılabilirlik, hasta sayısı, hasta hemşire oranı, yoğun bakıma kabul kriteri, yoğun bakım fiziki şartları olduğu bildirilmiştir (15).

2.2. Çocuk Yoğun Bakım Risk Skorları

ÇYBÜ'de hastaların tanımlanmasında ve tedavi kararlarının alınmasında kullanılan skorlama sistemleri, kritik durumları öngörmeye ve ciddi komplikasyonları belirlemeye yardımcı olur. Bu skorlamalar, yoğun bakım ünitelerinde hastaların durumlarını objektif bir şekilde izlemek ve müdahale etmek için önemli bir yol göstericidir (16, 17). Mortalite skorları, hastalığın şiddetini ve prognozunu değerlendirmek için kullanılır; organ yetmezliği skorları ise hastalığın seyrini izlemek için önemlidir. ÇYBÜ'de mortaliteyi öngörmek için

en yaygın kullanılan skorlar: *Pediatric Risk of Mortality 4* (PRISM 4) ve *Pediatric Index of Mortality 2* (PIM 2) skorlarıdır. Ayrıca ÇYBÜ’lerde mortalite ve morbiditenin temel nedenlerinden olan çoklu organ yetmezliğini tanımlamak için *Pediatric Logistic Organ Dysfunction 2* (PELOD 2) skoru yaygın olarak kullanılmaktadır (18).

2.2.1. PRISM 4 Skoru

PRISM skorlaması ÇYBÜ’lerde kullanılan ve hastaların mortalite riskini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir skollama sistemidir. Bugüne kadar yayınlanmış olan 4 versiyonu mevcut olup ilk olarak fizyolojik stabilite indeksi (PSI) şeklinde tanımlanmıştır. Ancak bu indeksin subjektif olması ve çok sayıda değışkene bağımlı olması nedeniyle 1988 yılında PRISM 2 skoru, sonrasında 1996 yılında revizyon yapılarak PRISM 3 skoru ve 2016 yılında PRISM 4 olarak geliştirilmiştir (19, 20). Yenidoğan, süt çocuğı ve adölesan yaş grubundaki hastalarda kullanılmaktadır. Hastanın durumunu değerlendirmek için 7 farklı sistemi (kardiyovasküler, nörolojik, hematolojik, böbrek, solunum, karaciğer ve bağışıklık sistemi) ve bu sistemlere ait 34 farklı değışkeni kullanır. Bu değışkenler arasında kalp tepe atımı, dakikadaki solunum sayısı, kan basıncı, vücut sıcaklığı gibi temel yaşamsal parametreler bulunur. Hastanın durumuna göre her bir değışken belirli bir puan alır. Toplam puana göre hastanın mortalite riski belirlenir (21).

2.2.2. PIM 2 Skoru

PIM skorunun geliştirilme amacı PRISM skorunda karşılaşılan sorunları ortadan kaldırmaktır. 1997 yılında ilk olarak PIM 1; 2003 yılında PIM 2 ve 2013 yılında ise en güncel hali olan PIM 3 skoru yayınlanmıştır. Yoğun bakım başvurusundan sonraki ilk 1 saatte 8 fizyolojik değışken kullanılarak hesaplanır. PRISM skorundan farklı olarak mekanik ventilatör ihtiyacı, spesifik tanı varlığı ve baz açığı parametreleri bulunmaktadır (22).

2.2.3. PELOD 2 Skoru

Çoklu organ yetmezliğini saptamak amacıyla 1999 yılında PELOD 1 olarak geliştirilmiştir. Skor 6 organ disfonksiyonu ile 12 değışken içermekte olup

her değişken 5 gün boyunca günlük kayıt altına alınmaktadır. 2013 yılında PELOD 2 olarak güncellenmiştir (23). İlk oluşturulan skordan farkı kardiyovasküler disfonksiyona ortalama arter basıncı ve laktatemi eklenmesi ile hepatik disfonksiyonun çıkarılmasıdır.

2.3. Akut Stres Bozukluğu

Evrensel bir stres tanımı henüz bulunmamakla beraber farklı kaynaklarda değişik tanımlamalar yapılmaktadır. Türk Dil Kurumu Sözlüğü’nde stres sözcüğü “ruhsal gerilim” olarak belirtilmektedir. Kavram olarak Latince “estrica” ve Fransızca “estrece” kelimelerinden türemektedir ve Avrupa’da 17. yüzyılda felaket, musibet, dert, üzüntü ve acı gibi anlamlarda kullanılmıştır (24).

ASB tanımı travmatik bir olayı takip eden 1 ay içinde ortaya çıkan akut stres tepkilerini tanımlamak için oluşturulmuştur. TSSB tanısı için 1 ay geçmesi gerekmekte ve bu süreçte bireyler ihtiyaç duydukları desteği alamamaktadır. Bu nedenle TSSB gelişmesi muhtemel kişileri tanımlamak için ASB tanımlamasına ihtiyaç duyulmuştur. Bu iki tanı arasındaki temel fark semptomların süresi ve ASB’nin travma sonrası görülen dissosiyasyonla ilişkili olmasıdır (25). ASB ve sonrasında TSSB’nin değerlendirildiği çok fazla sayıda çalışma bulunmaktadır. Bunun yanı sıra psikiyatrik hastalık öyküsü olan kişilerde ASB ortaya çıkma riski artmış olarak görülmektedir (26).

ASB ilk kez *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM)-4 içerisinde “Anksiyete Bozuklukları” kategorisinde yer alırken, DSM-5’de bu kategoriden çıkarılarak “Travma ve Stresörle ilişkili Bozukluklar” altında değerlendirilmiştir. Klinik tanı DSM-5 içinde üç bölümde değerlendirilir. A kriterleri: travmatik olay tanımlaması ve olayın yaşanma şeklini belirtir. B kriterleri: İstemdışı oluşan belirtiler, olumsuz duygudurum, dissosiyasyon belirtileri, kaçınma ve uyarılma gibi 14 belirtiden dokuz ya da daha fazlasının varlığı tanı için gereklidir. C kriterleri: Travmatik olayın ardından B ölçütündeki kriterlerin üç gün ile bir ay arasında sürmesi gerekliliğini belirtir. B kriterlerinde yer alan belirtiler aşığıda açıklanmıştır.

İstemdışı oluşan belirtiler: İstemdışı ve tekrarlayıcı şekilde

- Travmatik olayların sıkıntı hissettiren hatıralarını,
- Olayla ilişkili rüyaları,
- Kişinin olay tekrardan gerçekleşiyormuş gibi hissettiği veya davrandığı dissosiyasyon tepkilerini,
- Olayı hatırlatan uyaranlara yönelik yoğun ya da uzun süreli duygusal sıkıntı hissetme ya da fiziksel reaksiyon göstermeyi

içermektedir.

Olumsuz duygudurum: Kişilerin olumlu duyguları yaşayamamasıdır.

Dissosiyatif belirtiler: Kendisi veya çevresindekilerle ilgili olarak değişmiş gerçeklik algısı, travmatik olayların büyük bir bölümünü hatırlayamama şeklinde görülebilmektedir.

Kaçınma belirtileri: Travmatik olaylarla ilişkili sıkıntı veren hatıralardan ve düşüncelerden uzak kalma çabasıdır.

Uyarılmışlık belirtileri:

- Uyku bozukluğu,
- İnsanlara ya da nesnelere yönelik saldırganlık,
- Öfke patlamaları,
- Sürekli tetikte olma,
- Odaklanmada zorluk,
- Abartılı irkilme şeklindedir.

Çalışmalarda ASB için elde edilen veriler çoğunlukla travmatik olay maruziyetinden sonra gelişen insidans verileri şeklindedir (27). Kişiler arası şiddet içeren travmalar dışlandığında ASB sıklığı %20'den az, kişiler arası şiddet travmalarına maruziyette ise %20-50 arasında değişen oranda ASB saptanmaktadır (28).

2.3.1 Akut Stres Bozukluğu Kısa Ölçeği

DSM-5' te yayınlanan 'Severity of Acute Stress Symptoms' ölçeği akut stres belirtileri şiddetini değerlendirmek için kullanılmaktadır (29). Aşçıbaşı ve ark. tarafından bu ölçeğin "Akut Stres Belirtileri Şiddeti Ölçeği" olarak Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği gösterilmiştir (30). 18 yaş ve üzerindeki kişilerde kullanılabilen aşırı stresli olay ya da deneyime maruz kalma sonrasında akut stres bozukluğu belirtilerinin şiddetini 7 madde ile ele alan bir ölçektir. Her madde, son 7 gün boyunca devam eden belirtilerin düzeyini değerlendirme amacıyla tasarlanmıştır.

Akut stres bozukluğu kısa ölçeğinde bulunan her madde için; 0: hiç; 1: biraz; 2: orta; 3: oldukça çok ve 4: aşırı olmak üzere 5 puanlık bir değerlendirme mevcuttur. Toplam puan en az 0 en çok 28 olacak şekildedir. Puan yüksekliği ile akut stres bozukluğu şiddeti arasında doğru orantı mevcuttur. Ölçekteki 7 maddenin ham puanları toplanarak toplam ham puan elde edilmelidir. Toplam ham puan ölçekteki madde sayısına bölünerek ortalama toplam puan elde edilir. Sonuç küsuratlı ise en yakın tam sayıya yuvarlanmalıdır. Ortalama toplam puan bireyin akut stres bozukluğu şiddetini 5 kategoride ifade eder; yok (0), hafif (1), orta (2), ciddi (3) ve aşırı (4). Ortalama toplam puanın klinisyenler için faydalı, güvenilir ve kullanımının kolay olduğu kanıtlanmıştır.

2.4. Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB)

TSSB travmatik olaya maruziyetin ardından 1 aydan uzun bir süre devam eden, aşırı uyarılmışlık, yeniden yaşantılama, kaçınma, dış dünyaya karşı ilgisizlik, tepkilerde yavaşlama ve yabancılaşma şeklinde belirtiler görülen, kişinin yaşamında işlevsellikte belirgin bozulmaya neden olan psikiyatrik bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Klinik tablo 1 aydan kısa süreli ise 'Akut Stres Bozukluğu', 3 aydan kısa süreli ise 'Akut Travma Sonrası Stres Bozukluğu', 3 ay ve daha uzun süreli ise 'Kronik Travma Sonrası Stres Bozukluğu', belirtilerin başlangıcı travmatik olay maruziyeti üzerinden en az 6 ay geçtikten sonra ise 'Gecikmeli Başlangıçlı Travma Sonrası Stres Bozukluğu' şeklinde adlandırılır (31).

Kişide irkilmeler ve uyku bozukluğu ile kendini gösteren aşırı uyarılmışlık hali ile birlikte suçluluk duyma, reddedilme ve utanma duyguları mevcuttur. Hastalığın klinik seyrine sıklıkla konsantrasyon problemleri, saldırganlık ve dürtüsellik eşlik etmekle birlikte depresyon ve madde kullanımı da sık görülmektedir (32).

Kişi travmatik olayı tekrarlayıcı şekilde hatırlar veya rüyalarında yeniden yaşar. Birkaç saniyeden birkaç saate kadar sürebilen dissosiyatif belirtiler gösterebilir ve travmatik olayı tekrar yaşıyormuş gibi davranabilir. Sürekli uyarılmışlık hali mevcuttur, kişi travmatik olay her an yeniden meydana gelecekmiş gibi gerginlik hisseder ve eşlik eden uyarıcılardan devamlı kaçınmaktadır. En sık eşlik eden belirtilerden biri uyku bozukluğudur. Kişi eskiden keyifle yaptığı tüm etkinliklere ilgisini kaybeder, duygusal ilişkiler oluşturmada zorlanır.

DSM-5'e göre TSSB tanısı 8 ölçütte değerlendirilir (A-H) (33).

A ölçütü: Ciddi yaralanma, cinsel saldırı, deprem gibi korkutucu bir travmatik olayı direkt olarak yaşamak, başka birinin, aile bireyinin veya yakın bir arkadaşının travmatik bir olay yaşadığını da ölümünü öğrenmek veya şahit olmak, travmatik olayın rahatsızlık verici detaylarına tekrarlayıcı ya da aşırı şekilde maruziyet şeklinde tanımlanmaktadır.

B ölçütü: Travmatik olaya maruziyetin ardından başlayan, olayla ilgili, istemsiz şekilde gelen rahatsızlık veren anılar, tekrarlayıcı rüyalar, olay tekrar yaşanıyormuşçasına görülen dissosiyasyon tepkileri, rahatsızlık hissetme ve fizyolojik reaksiyon gösterme şeklinde tanımlanmaktadır.

C ölçütü: Travmatik olayla bağlantılı hatıralar, düşünceler veya hislerden ya da bunları hatırlatabilecek dış etkenlerden kaçınma çabaları şeklinde tanımlanmaktadır.

D ölçütü: Travmatik olayın bir bölümünü hatırlayamama, kendisi ve dünya hakkında devamlı olumsuz fikirler, travmatik olayın sebepleri veya sonuçlarından kişinin kendisini ya da başka insanları sorumlu tutması, devamlılık gösteren olumsuz duygudurum, önemli aktivitelere karşı ilgisizlik, başka

insanlardan kopuk hissetme ya da başkalarına karşı yabancılaşma ve olumlu duygular yaşayamama (mutluluk, doyum, sevgi vb.) şeklinde tanımlanmaktadır.

E ölçütü: Travmatik olaya maruziyetten sonra başlayan ya da kötüye giden, travmatik olayla ilişkili, uyarılma ve gösterilen tepkilerde bariz değişiklikler görülmesi; kişilere ya da eşyalara yönelik saldırganlık ve öfke patlamaları, sakınmadan hareket etme ya da kendine zarar verme davranışlarında bulunma, sürekli tetikte bulunma, aşırı ürperme, konsantrasyon sorunları, uyku düzeninde bozulma şeklinde tanımlanmaktadır.

F ölçütü: Bu bozukluklar (B,C,D ve E ölçütlerindeki tanı kriterleri) 1 aydan daha uzun sürer.

G ölçütü: Bu bozukluklar, klinik olarak bariz bir sıkıntıya veya kişinin işlevselliğinde bozulmaya neden olur.

H ölçütü: Bu bozukluklar, bir maddenin (ilaç, alkol) veya başka bir tıbbi durumun etkilerine bağlanamaz.

Hayat boyu en az bir travmatik olay yaşanma sıklığının yüksek olmasına karşılık kişilerin az bir kısmında TSSB gelişmektedir. TSSB'nin hayat boyu sıklığı ülkelere göre ve farklı gruplarda büyük ölçüde değişmektedir (34). Genel yetişkin popülasyonlardaki TSSB sıklığı %1-%12,3 arasında değişiklik göstermektedir. Risk gruplarında (gaziler, doğal afet mağdurları, şiddet mağdurları vb.) ise %3-%58 arasında değişen sıklık bildirilmiştir (35). Travmatik olayın şiddeti ve süresi ile TSSB gelişme riski arasında doğru orantılı bir ilişki vardır. TSSB semptomları ile başvuran kişilerde çoğunlukla birden fazla travmatik olay maruziyeti öyküsü mevcuttur. Bundan dolayı TSSB'nin değişik travmatik olaylara birden fazla kez maruz kalma nedeniyle ortaya çıkan birikim nedeniyle tetiklendiği düşünülmektedir (36).

Genel popülasyonda, kadınlarda TSSB oranı %13, erkeklerde ise %6,2 olarak bildirilmiştir. Erkeklerin travmatik olaya maruz kalma oranlarının kadınlardan daha yüksek olmasına rağmen kadınlarda TSSB gelişme riski daha yüksek bulunmuştur (37). Kadınlarda daha yaygın görülmesinin yanı sıra TSSB daha ciddi seyretme ve kronikleşme eğilimindedir, aynı zamanda komorbid tanı

oranları da daha yüksek olarak bildirilmiştir (38). Kadınlardaki yüksek riskin biyolojik farklılıklar veya psikososyal nedenlerle ilişkisi tam anlamıyla bilinmemektedir ancak maruz kalınan travmanın türü, travma anında daha küçük yaşta olmak, tehdit algısının daha güçlü olması ve kontrol kaybı, yüksek peritratmatik dissosiyasyon seviyesi, sosyal destek kaynaklarının yetersizliği ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir (39).

2.4.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği

İlk kez 1993 yılında Weathers ve ark. tarafından geliştirilen ölçek DSM-3'deki TSSB tanı kriterleri esas alınarak tasarlanmıştır. 1994'te ise DSM-4 kriterlerine göre yeniden gözden geçirilmiş ve sivil versiyonu geliştirilmiştir. TSSB sivil versiyonu ölçeğinin Türkçe uyarlama, geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları 2005 yılında Kocabaşoğlu ve ark. tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada ölçeğin tanı koydurucu kesim değeri 22-24 arası olduğunda duyarlılık %81,3-72,5; özgüllük ise %73,2-80,4 olarak saptanmıştır (40). Ölçekte son 30 gün içindeki TSSB semptomları sorgulanmaktadır. 17 soru maddesinden oluşmakta ve DSM-4 TSSB tanı kriterleri ile uyumlu şekilde; 5'i "yeniden yaşantılama", 7'si "kaçınma" ve 5'i "aşırı uyarılmışlık" olmak üzere üç alt belirti kümesine yönelik incelenmektedir. Maddelere verilen cevaplar; 0: hiç; 1: çok az; 2: orta derecede; 3: oldukça fazla; 4: aşırı; 5: çok aşırı olmak üzere 6'lı skala ile değerlendirilmektedir. En düşük 0 en yüksek 85 olmak üzere ölçek puanı hesaplanmaktadır.

2.5. Depresyon

Depresyon kişinin enerjisiz hissettiği, eskiden keyif aldığı aktivitelere karşı zevk ve ilgi kaybı yaşadığı, mutsuz ve umutsuz hissettiği, çökkün bir ruh hali olarak ifade edilen duygudurum bozukluğudur. Diğer temel özellikleri ise; odaklanamama, özgüvensizlik, suçlu ve karamsar hissetme, düşük libido, intihar düşünme, yeme ve uyku düzeninde bozulma, sosyal hayat ve mesleki işlev sorunlarıdır (41). Depresyon her yaş ve cinsiyette sık karşılaşılan bir ruhsal bozukluk olup multifaktöriyel olarak (genetik, biyolojik, çevresel ve psikolojik faktörler) ortaya çıkar (42). Depresyona neden olan en yaygın sebepler arasında travmatik olaylar, bir yakının ya da sevilen bir arkadaşın kaybı, boşanma, işsiz

kalma, istismar (fiziksel, duygusal, cinsel), ailede depresyon varlığı, yalnızlık, madde bağımlılığı, kronik hastalıklar ve duygudurum üzerinde düzenleyici etkiye sahip olan nörotransmitterlerdeki kimyasal dengesizlik gibi durumlar yer almaktadır (43).

Depresyonu yaş ve cinsiyet açısından değerlendiren çalışmalarda yaşlı popülasyonda ve kadın cinsiyette daha sık olduğu gösterilmiştir. Kadınlarda depresyon sıklığı erkeklerin yaklaşık 2 katı olarak bildirilmekte ve bu durumun kadınların hayatlarının farklı dönemlerinde yaşadıkları hormonal değişiklikler ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (44).

Majör depresyon bozukluğu DSM-5'e göre aynı 2 haftalık süreçte; çökkün duygudurum (neredeyse her gün, günün çoğu saatinde), ilgisizlik/zevk alamama, kilo değişiklikleri (istemsiz kilo alma veya verme), uyku düzeninde değişiklik, ajitasyon/yavaşlama, tükenmişlik/enerji eksikliği, değersizlik veya suçluluk hissi, düşünme/odaklanma güçlüğü ve tekrarlayıcı ölüm/intihar düşünceleri gibi belirtilerden en az beşinin (en az biri çökkün duygudurum veya ilgisini yitirme/zevk alamama olmalı) mevcut olması ve işlevsellikte önceye göre bozulma olarak tanımlanmaktadır. Bu belirtilerin bir maddenin ya da farklı bir hastalık durumunun fizyolojik etkileri ile açıklanamaması, klinik olarak bariz sıkıntıya yol açması ve toplumsal, mesleksi ya da diğer alanlarda ciddi verimlilik düşüşüne sebep olması gerekir (45).

2.5.1. Beck Depresyon Ölçeği

Aaron Beck tarafından 1961'de depresyonu teşhis etmek ve şiddetini değerlendirmek için oluşturulan ve o tarihten bu yana en sık kullanılan depresyon ölçütlerinden biridir. Türkçe'ye uyarlanması ise 1989'da Hisli tarafından gerçekleştirilmiştir. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) 13 yaş ve üzeri bireyler için tasarlanan, ortalama 10 dakika içerisinde yanıtlanabilen ve 21 maddeden oluşan bir ölçektir. Kişiden her bir depresyon belirtisini 0 ile 3 arasında derecelendirmesi istenmektedir. BDÖ'de toplam puan en düşük 0 en yüksek 63 olarak belirlenmiştir. BDÖ ile depresyonun varlığı, belirtileri ve depresyon derecesi sayısal verilere dönüştürülerek objektif şekilde ifade edilebilmektedir. Puanlanmada her dört madde için işaretlenen sayılar toplanmaktadır. 17 puanın

üzerinde "depresyon var", 17 puanın altında ise "depresyon yok" şeklinde tanımlanmaktadır. Toplam puan yüksekliği ile depresyon şiddeti arasında doğru orantı bulunmaktadır (46). Toplam puanlara göre, depresyon derecelendirmesi şu şekildedir: 0 ile 9 puan arası minimal depresif belirtileri; 10 ile 16 puan arası hafif depresif belirtileri; 17 ile 29 puan arası orta düzeyde depresyonu ve 30 ile 63 puan arası şiddetli düzeyde depresyonu ifade eder (47).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde yatan ve Genel Pediatri Polikliniği ile Sağlam Çocuk Polikliniğine başvuran çocukların ebeveynleri ile gerçekleştirildi. 01 Ekim 2022 ile 01 Ekim 2023 tarihleri arasında 1 yıl boyunca veri toplanarak prospektif gözlemsel bir anket çalışması şeklinde yapıldı. Etik kurul onayı Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 30.05.2022 tarihli 327 karar numarası ile alındı.

3.1. Çalışmanın Örneklemi

Çalışmanın örneklemini çalışma sürecinde ÇYBÜ’de takip edilen ve genel pediatri ile sağlam çocuk polikliniğine başvuran çocukların ebeveynleriydi. ÇYBÜ’de yatan hastaların ebeveynleri çalışma grubuna; polikliniğe başvuran hastaların ebeveynleri kontrol grubuna alındı. Çalışma öncesinde hastaların ebeveynleri çalışma hakkında bilgilendirildi, aydınlatılmış onam metni okutuldu ve çalışmaya dahil olmayı onaylayan ailelerden yazılı izin alındı. Çalışma grubunda 130 kişi, kontrol grubunda 90 kişi olmak üzere toplamda 220 kişi çalışmaya dahil edildi.

3.1.1. Dahil Edilme Kriterleri

Çalışma grubuna; ÇYBÜ’de yatış süresi 48 saati geçen 1 ay ile 18 yaş arasındaki çocukların araştırmaya katılmayı kabul eden ebeveynleri dahil edildi. Kontrol grubuna; 1 ay ile 18 yaş arasında olup kronik hastalığı olmayan, genel pediatri ve sağlam çocuk polikliniğine başvuran çocukların araştırmaya katılmayı kabul eden ebeveynleri dahil edildi. Kontrol grubu oluşturulurken polikliniğe başvuran çocuklardan yaş ve cinsiyet bakımından çalışma grubundaki çocuklar ile benzer olanların ebeveynleri seçilerek eşit bir dağılım sağlanmasına özen gösterildi.

3.1.2. Hariç Tutulma Kriterleri

Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen ebeveynler, daha önceden depresyon ve TSSB tanısı olan ebeveynler, çalışma grubu için ÇYBÜ’de 48 saatten kısa

sürelî yatışı olan hastaların ebeveynleri, kontrol grubu için kronik hastalığı olan çocukların ebeveynleri çalışmaya dahil edilmedi.

3.2. Verilerin Toplanması

Çalışma grubunda olan ebeveynlere çocuklarının ÇYBÜ'ye yatışından sonra çalışma ile ilgili bilgi verildi. Katılmayı onaylayan ebeveynlerden yazılı onam alındıktan sonra yüz yüze görüşme yapılarak demografik veri formu dolduruldu ve ASB ölçeği uygulandı. Ebeveyn demografik veri formu ile yaş, anne/baba, medeni durum, meslek, çocuğun yatışı nedeniyle iş değişikliği yapma durumu, eğitim durumu, gelir durumu, çocuk sayısı, kronik hastalık varlığı, sigara/alkol/madde bağımlılığı, psikiyatrik tanı varlığı, yaşanan yer (şehir merkezi/kırsal kesim) kaydedildi. Çocukların verileri ise ayrı bir form ile yaş, cinsiyet, ÇYBÜ kabul tanısı, kronik hastalık varlığı, şikayet başlangıcı ile ÇYBÜ yatışı arasında geçen süre (saat), invaziv mekanik ventilasyon (IMV) ihtiyacı ve eğer ihtiyacı olmuş ise süresi (gün), entübasyon ihtiyacı olmuş ise yatışından kaç saat sonra entübe edildiği, nöbet geçirme durumu, yoğun bakım risk skorları (PIM3, PRISM4 ve PELOD2), ek girişim (plazmaferez, diyaliz ya da cerrahi girişim) gerekliliği, daha önce ÇYBÜ yatışı öyküsü, il içi/il dışı başvuru olması durumu, hastaneye ulaşım şekli (ambulans/özel araç), çocuğa ilk müdahalenin yapıldığı yer ve hastanın mortalite durumu kaydedildi.

Ebeveynlerle ilk görüşme tamamlandığında çalışmanın tasarımı gereği 1 ay sonra kendileri ile yeniden iletişime geçilerek 2 ölçek daha uygulanacağı bilgisi verildi. Hastaların ÇYBÜ yatışının üzerinden 1 ay geçtiğinde ebeveynlere telefon yoluyla ulaşılarak Beck Depresyon Ölçeği ve TSSB Ölçeği uygulandı.

Kontrol grubu için ise hastalar genel çocuk ve sağlam çocuk polikliniğine başvurduğunda aileler çalışma hakkında bilgilendirildi. Katılmayı onaylayan ebeveynlerden yazılı onam alındıktan sonra başvuru anında demografik veriler formu, ASB ölçeği, BDÖ ve TSSB ölçeği uygulandı. Hastaların demografik verileri kaydedildi. Kontrol grubu için seçilen çocukların çalışma grubu ile benzer yaş ve cinsiyette seçilmesine özen gösterildi.

Çalışma grubunda yer alan 130 ebeveynin hepsi yatış anında ASB ölçeğini yanıtlarken 1 ay sonra ulaşıldığında 41 tanesi BDÖ'yü 40 tanesi de TSSB ölçeğini

yanıtlamayı reddetti. Kontrol grubunda yer alan 90 ebeveynin hepsi ASB ölçeğini yanıtlarken 3 tanesi BDÖ'yü ve 3 tanesi TSSB ölçeğini yanıtlamayı kabul etmedi.

3.3. Sosyal Destek Algısının Değerlendirilmesi

Ebeveynlerden demografik veri formunun devamında yer alan “Hayatımdaki önemli insanlar yardımsever ve destekleyicidir” cümlesini yorumlamaları istendi. Yorumlar 7’li likert ölçeği ile (1: asla; 2: neredeyse hiçbir zaman; 3: nadiren; 4: bazen; 5: sıklıkla; 6: neredeyse her zaman; 7: her zaman) değerlendirilerek kaydedildi. Likert ölçeğine göre veriler sıralandığında 25 persentil ve altı sosyal desteği düşük 75 persentil ve üzeri yüksek olarak gruplandı.

3.4. Akut Stres Bozukluğunun Belirlenmesi

Ebeveynler ile yüz yüze görüşülerek Akut Stres Bozukluğu ölçeği uygulandı. Ölçek puanları hesaplandı ve yok (0), hafif (1), orta (2), ciddi (3) ve aşırı (4) olarak değerlendirilerek kaydedildi.

3.5. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Belirlenmesi

Ebeveynler çocuklarının ÇYBÜ yatışı üzerinden 1 aylık süre geçtiğinde telefonla aranarak TSSB ölçeği uygulandı. Ölçekteki her bir maddeye verilen cevapların puanları toplanarak kaydedildi. Kesme puanı 23 kabul edildi ve <23 puan olanlarda “TSSB yok”; >23 puan olanlarda “TSSB var” olarak sınıflandırıldı.

3.6. Depresyonun Belirlenmesi

TSSB ölçeği uygulanmasının hemen ardından ebeveynlere BDÖ uygulandı. Ölçeğin toplam puanı hesaplanarak kaydedildi. Kesme puanı 17 kabul edildi ve <17 puan ise "depresyonu yok"; >17 puan ise "depresyonu var" şeklinde sınıflandırıldı.

3.7. İstatistiksel Analiz

Veriler istatistiksel analiz programı (IBM SPSS 26) kullanılarak analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler olarak kategorik verilerde sayı ve yüzde; numerik verilerde ortalama, standart sapma kullanıldı ve normal dağılıma uymayan numerik değerlerin belirlenmesinde median ve IQR

(Çeyrekler arası mesafe, %25-%75) şeklinde kullanıldı. İstatistiksel analizde öncelikle grupların normal dağılıma uygun olup olmadığı Kolmogorow Smirnow veya Shapiro Wilks testi ile incelendi. Numerik verilerin iki grup için değerlendirilmesinde Student's T testi ve Mann Whitney U testlerinden uygun olanları, çoklu grubun karşılaştırmasında ise ANOVA ya da Kruskal Wallis testinden uygun olanları kullanıldı. Kategorik verilerin değerlendirilmesinde ki-kare testi seçildi. Süreğen değişkenlerin ilişkisinin değerlendirilmesinde verilerin dağılımına göre Pearson ve Spearman korelasyon analizlerinden uygun olanları seçildi. Elde edilen verilerden p değeri 0,05 altında saptanan bulgular istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.



4. BULGULAR

Çalışma sürecinde 130 çalışma grubunda, 90 kontrol grubunda olmak üzere toplamda 220 ebeveyn çalışmaya dahil edildi. Tüm grup değerlendirildiğinde ebeveynlerin median yaşı 37 (IQR 32-43) idi. Ebeveynlerin 126'sı (%57,3) anne, 94'ü (%42,7) babalardan oluşmaktaydı ve %95,9'u evli idi. Ebeveynler meslekleri açısından incelendiğinde en sık ev hanımı (66 kişi %30) yanıtı görülürken eğitim açısından ise en sık ilkokul mezunu oldukları saptandı. Gelir durumlarını nasıl değerlendirdikleri sorulduğunda %65'i orta olarak yanıtladı ve ebeveynlerin %83,2'si şehir merkezinde yaşamaktaydı (Tablo1). Çalışma ve kontrol grubu bu özellikler açısından karşılaştırıldığında yaş, anne ya da baba olmak, medeni durum açısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı. Çalışma grubunda ilkokul mezunu olanlar kontrol grubunda ise yüksek lisans mezunu olanlar anlamlı olarak daha fazla sayıdaydı ($p<0,001$). Gelir durumunu iyi olarak değerlendiren ebeveyn sayısı kontrol grubunda anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,015$) ve kırsal kesimde yaşayanlar çalışma grubunda istatistiksel anlamlı olarak daha fazlaydı ($p<0,01$) (Tablo1).

Tüm grupta ebeveynlerin sahip olduğu çocuk sayısı median 2 (IQR 1-2) olarak saptandı. Ebeveynlerin %18,2'sinde kronik hastalık mevcuttu ve %5,9'unda depresyon ve TSSB dışında bir psikiyatrik tanı mevcuttu. Evde bakıma muhtaç birey olma oranı %10,5 olarak saptandı. Bağımlılık durumları sorgulandığında ise ebeveynlerin %66,4'ü herhangi bir bağımlılığı olmadığını, %33,7'si bağımlılığı olduğunu ifade etti. Çalışma ve kontrol grubu arasında yapılan karşılaştırmalarda çocuk sayısı, evde bakıma muhtaç birey olma oranı çalışma grubunda istatistiksel olarak anlamlı daha fazlaydı (sırasıyla $p<0,001$, $p=0,048$) (Tablo 1).

Tablo 1: Ebeveynlerin Demografik Verileri

	Toplam n:220	Çalışma n:130	Kontrol n:90	p
Yaş, yıl, median (IQR)	37 (32-43)	37 (32-43)	37 (31-43)	0,612
Ebeveyn n(%)				
Anne	126 (57,3)	68 (52,3)	58 (64,4)	0,074
Baba	94 (42,7)	62 (47,7)	32 (35,6)	
Medeni Durum n(%)				
Evli	211 (95,9)	126 (96,9)	85 (94,4)	0,630
Boşanmış	9 (4,1)	4 (3,1)	5 (5,6)	
Çocuk sayısı, median (IQR)	2 (1-2)	2 (2-3)	2 (1-2)	<0,001
Meslek n(%)				
Ev hanımı	66 (30)	43 (33,1)	23 (25,6)	<0,001
Esnaf	37 (16,8)	23 (17,7)	14 (15,6)	
Memur	61 (27,7)	22 (16,9)	39 (43,2)*	
Çiftçi	13 (5,9)	13 (10)*	0 (0)	
İşçi	43(19,6)	29 (22,3)	14 (15,6)	
Eğitim Durumu n(%)				
İlkokul	70 (31,8)	58 (44,6)*	12 (13,3)	<0,001
Lise	67 (30,5)	40 (30,8)	27 (30)	
Ön lisans	24 (10,9)	10 (7,7)	14 (15,6)	
Lisans	38 (17,3)	18 (13,8)	20 (22,2)	
Yüksek lisans	21 (9,5)*	4 (3,1)	17 (18,9)	
Gelir Durumu n(%)				
Kötü	62 (28,2)	42 (32,3)	20 (22,2)	0,015
Orta	143 (65)	84 (64,6)	59 (65,6)	
İyi	15 (6,8)	4 (3,1)	11 (12,2)*	
Yaşanan yer				
Şehir	183 (83,2)	96 (73,8)	87 (96,7)	<0,001
Kırsal kesim	37 (16,8)	34 (26,2)	3 (3,3)	
Kronik Hastalık n(%)				
Var	40 (18,2)	26 (20)	12 (13,3)	0,401
Yok	180 (81,8)	104 (8)	76 (84,4)	
Evde bakıma muhtaç birey var n(%)				
Evet	23 (10,5)	18 (13,8)	5 (5,6)	0,048
Hayır	197 (89,5)	112 (86,2)	85 (94,4)	
Bağımlılık n (%)				
Var	74 (33,7)	49 (37,7)	24 (26,7)	0,153
Yok	146 (66,4)	80 (61,5)	66 (73,3)	
Psikiyatrik tanı# n (%)				
Var	13 (5,9)	7 (5,4)	6 (6,7)	0,692
Yok	207 (94,1)	123 (94,6)	84 (93,3)	

*Ki-kare analizinde iki grup arasında farkı oluşturan değişken

Depresyon ve TSSB dışı psikiyatrik tanı

Çalışma grubunda sosyal destek algısı yüksek olma oranı %50 olup kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti (Tablo 2). Sıkıntılı durumlarda dini inanç sayesinde rahatlık hissetme durumu sorgulandığında ebeveynlerin %92,3'ü 'evet' yanıtını verdi ve her iki grup arasında anlamlı fark yoktu ($p=0,118$) (Tablo 2). Çalışma grubundaki

ebeveynlerin %17,7'si çocukları yoğun bakım ünitesine yattığı için işten ayrılma ya da iş değişikliği yapma durumunda kaldığını belirtti.

Tablo 2: Sosyal Destek Algısı ve Dini İnanç Sayesinde Rahatlama Durumu

	Toplam	Çalışma	Kontrol	p
Sosyal destek algısı* n(%)				
Yüksek	86 (39,1)	65 (50,0)	21 (23,3)	0,009
Düşük	60 (27,3)	33 (25,4)	27 (30,0)	
Dini inanç sayesinde rahatlama n(%)				
Evet	203 (92,3)	123 (94,6)	80 (88,9)	0,118
Hayır	17 (7,7)	7 (5,4)	10 (11,1)	

*Sosyal destek algısı düşük (25 persentil altında) ve yüksek olan (75 persentil üstünde) ebeveynler değerlendirildi

Çalışmaya dahil edilen çocukların median yaşı 6,5'ti ve %50,5'i erkekti. Her iki grup arasında yaş (p=0,369) ve cinsiyet (p=0,911) açısından fark yoktu (Tablo 3).

Tablo 3: Kontrol ve Çalışma Grubundaki Çocukların Yaş ve Cinsiyet Açısından Dağılımı

	Toplam n:220	Çalışma n:130	Kontrol n:90	p
Yaş, yıl, median (IQR)	6,5 (2-13)	7 (2-14)	6 (2-12)	0,369
Cinsiyet n(%)				
Kız	109 (49,5)	64 (49,2)	45 (50)	0,911
Erkek	111 (50,5)	66 (50,8)	45 (50)	

Çalışma grubunda en sık yatış tanısı solunum sıkıntısıydı (%40) ve bunu ikinci sırada travma (%12,3) izlemekteydi. Median PIM 3 skoru PRISM 4 skoru PELOD 2 skorları sırasıyla 4,9 (0,8-8,1), 8 (2-16,5), 3 (3-5) idi. Hastaların %63,8'inde kronik bir hastalık mevcuttu. Yatan hastaların %76,2'si IMV ile izlendi ve median IMV süresi 6 (IQR;3-15) gündü; bunların %81,8'i ÇYBÜ'ye entübe şekilde kabul edildi. İzlem sırasında entübasyon gereksinimi olan 18 (%18,2) hastanın ortalama entübasyon zamanı yatışının 18. saati olarak saptandı.

Yoğun bakım izlemi sırasında nöbet geçiren hastaların oranı %26,2 olarak saptandı. Hastaların %78,5 'inde ek girişim gereksinimi olmadı. Ek girişim ihtiyacı olan 28 hastanın 13 (%46,4) tanesine gastrostomi/trakeostomi açılırken 6 (%21,4) tanesine ise plazmaferez yapıldı, 4 (14,2) hastaya diyaliz 4 (14,2) hastaya torasentez/parasentez yapıldı ve 1 (%3,5) hasta EVD operasyonu geçirdi.

Hastaların %23'ünde daha önce ÇYBÜ yatış öyküsü mevcuttu. Yoğun bakım takibi sırasında 9 hasta (%6,9) kaybedildi (Tablo 4).

Tablo 4: Çalışma Grubundaki Hastaların Özellikleri

	n:130
ÇYBÜ kabul tanısı n(%)	
Solunum sıkıntısı	52 (40)
Elektif cerrahi sonrası	17 (13,1)
Travma	16 (12,2)
Status epileptikus	13 (10)
Acil cerrahi sonrası	11 (8,5)
Kardiyak arrest	8 (6,2)
Bilinç değişikliği	4 (3,1)
Septik şok	3 (2,3)
İntoksikasyon	2 (1,5)
Diğer	4 (3,1)
ÇYBÜ Risk skorları, median (IQR)	
PIM3	4,9 (0,8-8,1)
PRISM4	8 (2-16,5)
PELOD2	3 (3-5)
Kronik hastalık n(%)	
Evet	83 (63,8)
Hayır	47 (36,2)
İnvaziv mekanik ventilasyon n(%)	
Var	99 (76,2)
Yok	31 (23,7)
Mekanik ventilasyon süresi (median, gün)	6 (3-15)
Entübasyon zamanı, saat, median (IQR)	18 (6-96)
Nöbet geçirme, n (%)	
Evet	34 (26,2)
Hayır	96 (73,8)
Ek girişim gereksinimi, n (%)	
Yok	102 (%78,5)
Var	28 (21,5)
Trakeostomi/Gastrostomi	13 (%46,4)
Plazmaferez	6 (%21,4)
Diyaliz	4 (%14,2)
Torasentez/Parasentez	4 (%14,2)
EVD/VP şant	1 (%3,5)
Daha önce ÇYBÜ yatış öyküsü n(%)	
Evet	30 (%23)
Hayır	100 (%77)
Mortalite n(%)	
Evet	9 (%6,9)
Hayır	121 (93,1)

Tablo 5: Çalışma Grubundaki Hastaların Yoğun Bakım Yatışı Öncesi Başvurularına Ait Özellikleri

	n:130
Şikayet süre, saat, median (IQR)	15 (1-48)
Başvuru yeri, n (%)	
İl içi	112 (86,2)
İl dışı	18 (13,8)
Hastaneye ulaşım aracı, n (%)	
Özel araç	93 (71,5)
Ambulans	37 (28,5)
Hastalara ilk müdahalenin yapıldığı yer, n (%) *	
AÜTF çocuk acil servisi	43 (38,1)
Servis	27 (23,8)
Dış merkez acil servis	34 (30,1)
Olay yerinde	9 (8,0)

*ÇYBÜ'ye elektif cerrahi sonrası kabul edilen 17 hasta harici

Çalışma grubunda hastaların şikayet başlangıcı ile yoğun bakım yatışı arasında geçen süre median 15 saat (IQR;1-48) olarak saptandı. Hastaların %86,2'si il içi başvuruydu ve hastaların %71,5'i özel araçları ile başvurdu. Hastalara ilk müdahalenin yapıldığı yer %38,1 oranında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi çocuk acil servisi idi (Tablo 5).

Tablo 6: Akut Stres Bozukluğu Değerlendirme Sonuçları

	Toplam n:220	Çalışma n:130	Kontrol n:90	p
Akut Stres Bozukluğu anket puanı (median, IQR)	2 (1-2)	2(1-2)	1(1-2)	<0,001
ASB düzeyleri n(%)				
0 (Yok)	19(8,6)	5(3,8)	14(15,6)	<0,001
1 (Hafif)	86(39,1)	44(33,8)	42(46,7)	
2 (Orta)	84(38,2)	54(41,5)	30(33,3)	
3 (Ciddi)	30(13,6)	26(20)	4(4,4)	
4 (Aşırı)	1(0,5)	1(0,8)	0 (0)	

Çalışmaya katılan ebeveynlerin Akut Stres Bozukluğu anketi median puanı 2; çalışma grubunda 2 ve kontrol grubunda 1 olarak saptandı ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (Tablo 6).

Tablo 7: Beck Depresyon Anketi Değerlendirme Sonuçları

	Toplam n:176	Çalışma n:89	Kontrol n:87	p
Beck Depresyon anket puanı (median, IQR)	11 (6-18)	15 (8-21,5)	9 (4-14)	0,001
Kesme puanına (17) göre sınıflama n(%)				
<17	124 (70,4)	52 (58,4)	72 (82,7)	<0,001
>17	52 (29,5)	37 (41,5)	15 (17,2)	
BDE düzeyleri n(%)				
Minimal*	79(45)	31(34,8)	48(55,1)	0,003
Hafif	45(25,5)	21(23,5)	24(27,6)	
Orta*	45(25,5)	31(34,8)	14(16,1)	
Şiddetli	7(4)	6(6,7)	1(1,2)	

*Farkı oluşturan kategoriler

Tüm grupta ebeveynlerin BDÖ median puanı 11 iken çalışma grubunda 15 ve kontrol grubunda 9 olarak saptandı, bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,001$). Kesme puanına göre tüm gruptaki ebeveynlerin %29,5’inde; çalışma grubundaki ebeveynlerin %41,5’inde; kontrol grubundaki ebeveynlerin ise %17,2’sinde depresyon varlığı saptandı. çalışma grubunda %23,8 oranında orta düzeyde ; kontrol grubunda %53,3 oranında minimal düzeyde depresyon varlığı saptandı. Depresyon tanısı ve düzeyleri bakımından çalışma ve kontrol grubu arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıydı. (Tablo 7)

Tablo 8: Travma Sonrası Stres Bozukluğu Değerlendirme Sonuçları

	Toplam n:177	Çalışma n:90	Kontrol n:87	p
Travma Sonrası Stres Bozukluğu anket puanı (median)	17 (9-31,5)	21(10-34)	15 (8-30)	0,211
Kesme puanına (23) göre sınıflama n(%)				
≥ 23	68(38,4)	38(42,2)	30(34,4)	0,290
<23	109(61,5)	52(57,7)	57(65,5)	

Tüm grupta ebeveynlerin TSSB ölçeği median puanı 17; çalışma grubunda 21 ve kontrol grubunda 15 olarak saptandı ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Kesme puanına göre çalışma grubunda %42,2 oranında; kontrol grubunda ise %34,4 oranında TSSB saptandı ve her iki grup arasında anlamlı fark yoktu (Tablo 8).

Tablo 9: Ebeveyn Özelliklerinin ASB, BDÖ ve TSSB Puanları İle İlişkisi

	ASB			BDÖ			TSSB		
	Kontrol	Çalışma	p	Kontrol	Çalışma	p	Kontrol	Çalışma	p
Ebeveyn									
Anne	1,27 (0,79)	1,89 (0,82)	<0,001	11,19 (8,01)	15,83 (10,65)	0,006	20,67 (14,48)	27,09 (17,25)	0,120
Baba	1,27 (0,78)	1,56 (0,80)	0,025	8,33 (6,77)	12,95 (8,85)	0,014	14,60 (11,83)	18,79 (13,79)	0,370
Medeni durum									
Evli	1,24 (0,77)	1,74 (0,83)	<0,001	9,99 (7,30)	14,65 (9,92)	<0,001	17,86 (12,96)	23,57 (16,35)	0,071
Boşanmış	1,80 (0,84)	1,50 (0,71)	0,563	13,00 (13,13)	9,50 (12,02)	0,759	28,60 (23,67)	13,50 (2,12)	0,433
Meslek									
Memur	1,27 (0,87)	1,47 (0,74)	0,179	11,05 (8,58)	10,87 (8,11)	0,946	20,05 (15,24)	20,40 (13,96)	0,940
İşçi	1,08 (0,67)	1,80 (0,77)	0,002	9,58 (9,89)	12,25 (7,43)	0,494	15,00 (11,62)	18,35 (11,21)	0,822
Esnaf	1,36 (0,63)	1,40 (0,74)	0,409	8,43 (3,74)	12,13(10,64)	0,130	14,57 (7,71)	18,07 (15,86)	0,455
Ev hanımı	1,33 (0,80)	2,11 (0,80)	0,001	10,10 (6,72)	19,33 (11,03)	0,001	20,38 (15,40)	31,67 (19,20)	0,097
Eğitim									
İlkokul	1,09 (0,83)	1,75 (0,84)	0,011	5,73 (4,67)	14,44 (9,28)	<0,001	15,82 (11,96)	24,08 (16,04)	0,299
Lise	1,28 (0,89)	1,79 (0,72)	0,018	12,12 (7,57)	14,54 (13,11)	0,267	19,08 (14,10)	22,50 (18,18)	0,758
Önlisans	1,07 (0,47)	1,29 (0,76)	0,263	7,64 (5,96)	13,43 (7,48)	0,069	14,50 (12,45)	17,57 (11,69)	0,593
Lisans	1,61 (0,61)	1,81 (0,98)	0,231	10,67 (7,86)	15,06 (7,54)	0,088	20,67 (13,31)	26,00 (16,26)	0,360
Gelir durumu									
Kötü	1,32 (0,75)	1,91 (0,85)	0,025	10,37 (8,73)	15,78 (11,51)	0,076	22,37 (17,29)	23,52 (17,64)	0,903
Orta	1,33 (0,80)	1,61 (0,80)	0,002	9,96 (7,37)	13,30 (8,66)	0,011	16,44 (12,22)	22,37 (15,73)	0,098
İyi	0,91 (0,70)	2,5 (0,58)	0,001	10,82 (7,95)	24,75 (13,10)	0,025	21,91 (13,96)	36,00 (12,36)	0,100
Bağımlılık									
Var	1,36 (0,58)	1,71 (0,82)	0,047	11,32 (7,79)	12,97 (9,48)	0,348	19,64 (14,82)	22,52 (15,36)	0,716
Yok	1,24 (0,84)	1,75 (0,83)	<0,001	9,76 (7,65)	15,43 (10,15)	0,001	18,10 (13,58)	23,81 (16,84)	0,135

Yaşanılan yer									
Şehir merkezi	1,28 (0,77)	1,72 (0,79)	<0,001	10,13 (7,73)	14,66 (10,32)	0,001	18,66 (13,94)	23,37 (17,07)	0,112
Kırsal	1,00 (1,41)	1,81 (0,98)	0,072	11,50 (6,36)	13,94 (8,31)	0,703	12,00 (7,07)	23,19 (12,46)	0,830
Kronik hastalık varlığı	0,92 (0,76)	1,94 (0,75)	<0,001	9,23 (7,32)	18,18 (8,37)	0,009	16,62 (14,45)	24,65 (15,59)	0,232
Psikiatrik tanı varlığı	1,80 (0,84)	1,20 (0,84)	0,219	9,40 (8,41)	19,40 (4,72)	0,049	24,00 (13,77)	35,80 (15,40)	0,317
Evde bakım ihtiyacı olan kişi varlığı	1,80 (0,84)	1,67 (0,72)	0,843	16,40 (12,05)	17,00 (7,90)	0,760	34,00 (20,48)	24,60 (15,86)	0,298
Sosyal destek algısı									
Yüksek	1,05 (0,71)	1,61 (0,97)	0,001	5,37 (3,48)	10,78 (7,01)	<0,001	13,47 (9,58)	19,27 (13,36)	0,235
Düşük	1,63 (0,71)	1,86 (0,65)	0,105	13,17 (8,28)	16,10 (9,10)	0,106	24,96 (16,79)	26,24 (16,62)	0,852
Dini inanç ile rahatlama	1,27 (0,76)	1,74 (0,84)	<0,001	9,93 (7,27)	14,70 (10,02)	<0,001	18,46 (13,02)	23,95 (16,38)	0,102

Ebeveyn özellikleri ile ASB, BDÖ ve TSSB anket puanlarının ilişkisine bakıldığında evli olmak, meslek grubu içinde ev hanımı ve işçi sınıfında olmak, eğitim düzeyinin düşük olması (ilkokul ve lise grubunda olmak,), gelir durumunun orta ve iyi olması, herhangi bir bağımlılığın olmaması, şehir merkezinde yaşamak, kronik hastalık varlığı, psikiyatrik tanı varlığı, sosyal destek algısının yüksek olması, ve dini inanç sayesinde rahatlık hissetme ile anket puanları arasında anlamlı ilişki saptandı (Tablo 9).

Çalışma grubunda ebeveyn özellikleri ile ASB, BDÖ ve TSSB puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında anne olmak, kronik hastalık varlığı ve sosyal destek algısının düşük olması risk faktörü olarak saptandı (Tablo 10). Ebeveyn yaşı ile BDÖ arasında negatif zayıf korelasyon mevcuttu ($p=0,036$, $r=-0,223$). Çocuk sayısı ile ilgili anlamlı korelasyon yoktu. Yatış sırasındaki ASB puanları ile 1 ay sonra değerlendirilen BDÖ ($p=0,002$, $r=0,330$) ve TSSB ($p=0,007$, $r=0,285$) puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon mevcuttu.

Tablo 10: Çalışma Grubu İçinde Ebeveyn Özelliklerinin Anket Puanları İle İlişkisi

	ASB	p	BDÖ	p	TSSB	p
Ebeveyn						
Anne	2 (1-2,75)	0,042	23,5 (8,5-23,5)	0,125	24 (10-41,5)	0,019
Baba	2 (1-2)		12 (6,5-17)		17 (7,5-26)	
Kronik hastalık varlığı	2,11 (0,76)	0,030	17,26 (8,82)	0,223	23,44 (15,96)	0,797
Sosyal destek algısı						
Yüksek	1,73 (0,97)	0,398	11,06 (16,77)	0,009	18,5 (13,08)	0,043
Düşük	1,87 (0,65)		16,77 (9,44)		26,24 (16,62)	

Tablo 11: Çalışma Grubunda Yer Alan Ebeveynlerin ASB, BDÖ ve TSSB Puanları ile Hasta Özelliklerinin İlişkisi

	ASB	p	BDÖ	p	TSSB	p
Cinsiyet						
Kız	1,71 (0,72)	0,866	13,83 (9,76)	0,622	21,59 (17,54)	0,273
Erkek	1,77 (0,92)		15,19 (10,15)		25,00 (14,89)	
Kabul yeri						
Olay yeri	1,50 (0,58)	0,725	13,25 (2,06)	0,212	17,25 (16,28)	0,125
Dış merkez acil	1,72 (0,75)		18,17 (9,20)		30,78 (14,18)	
Servis	1,47 (0,80)		10,88 (7,72)		17,94 (15,77)	
AÜTF acil	1,90 (0,91)		14,29 (12,18)		21,77 (15,56)	
Yatış tanısı						
Solunum sıkıntısı	1,92 (0,83)	0,073	15,22 (10,84)	0,007	19,69 (14,76)**	0,015
Travma	1,62 (0,89)		9,50 (8,38)*		23,25 (11,70)	
Status epileptikus	2,00 (0,58)		23,87 (8,76)*		39,25 (17,08)**	
Kardiyak arrest	1,62 (0,52)		13,67 (4,03)		22,88 (13,65)	
Post op elektif	1,64 (0,79)		15,14 (8,03)		25,50 (18,85)	
Post op acil	1,18 (0,75)		7,00 (4,33)*		13,55 (8,86)**	
Çocukta kronik hastalık varlığı	1,86 (0,87)	0,047	16,16 (10,60)	0,027	11,07 (7,37)	0,942
Mekanik ventilasyon						
IMV var	1,64 (0,82)	0,026	13,83 (9,47)	0,168	23,88 (16,56)	0,807
IMV yok	2,00 (0,80)		16,35 (11,05)		21,87 (15,56)	
Nöbet geçirme	1,32 (0,78)	0,017	15,41 (9,94)	0,436	25,32 (18,67)	0,520
Ek girişim gereksinimi						
Var	1,70 (0,91)	0,532	13,59 (7,38)	0,505	22,65 (16,31)	0,928
Yok	1,82 (0,81)		14,76 (10,50)		23,65 (16,10)	
Daha önce ÇYBÜ yatış öyküsü	1,93 (0,83)	0,317	18,45 (11,98)	0,046	25,04 (19,25)	0,381

Başvuru yeri					
İl içi	1,68 (0,81)	0,019	14,16 (9,64)	0,382	22,53 (15,17)
İl dışı	2,22 (0,83)		17,55 (12,24)		30,00 (23,37)
Hastaneye ulaşım					
Ambulans	1,74 (0,69)	0,744	18,13 (12,34)	0,025	29,70 (14,56)
Özel araç	1,74 (0,87)		13,16 (8,57)		20,93 (16,28)

Hasta özellikleri ile ebeveyn ASB, BDÖ ve TSSB puanları karşılaştırıldığında yatış tanısı, çocukta kronik hastalık varlığı, IMV ihtiyacı, hastanın takip sırasında nöbet geçirmesi, daha önce ÇYBÜ yatış öyküsü, başvuru yeri ve hastaneye ulaşım şekli ile anlamlı ilişki saptandı (Tablo 11).

Anket puanları ile sürekli değişkenler arasındaki ilişkiye bakıldığında; hasta yaşı ile ASB puanları arasında pozitif yönde anlamlı zayıf korelasyon ($p:0,027$ $r:194$) ve ebeveyn yaşı ile BDÖ puanları arasında negatif yönde anlamlı zayıf korelasyon ($p:0,036$ $r:-223$) mevcuttu. Çocuk sayısı, mekanik ventilasyon süresi, entübasyon zamanı, PIM3, PRISM4, PELOD2 ile ebeveynlerin ASB , BDÖ ve TSSB puanları arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

5. TARTIŞMA

Ebeveynler, çocuklarının yoğun bakım ünitesinde yatması nedeniyle ve onu kaybetme korkusuyla karşı karşıya kaldıklarında ciddi kaygı, üzüntü ve öfke yaşayabilirler. Böyle durumlarda, sağlık çalışanlarının ebeveynlerin duygusal durumunu anlaması önemlidir. Çalışmamız ÇYBÜ’de çocuğu yatan ebeveynlerin ASB, TSSB ve depresyon açısından değerlendirilmesi ve ilişkili olabileceği durumların saptanmasını hedeflemektedir. Böylece sağlık personelinin ebeveynlere daha iyi destek sağlaması ve gerektiğinde doğru yönlendirme yapması amaçlanmaktadır.

Tüm grupta %29,5 oranında depresyon saptanırken %38,4 oranında TSSB saptandı. Çalışma grubu içerisinde ise %41,5 oranında depresyon ve %42,2 oranında TSSB mevcuttu. Literatürdeki benzer çalışmalara bakıldığında %12,2 ile %84 arasında TSSB yaygınlık oranları bildirilmiştir (48-53). Depresyon ile ilgili yapılan farklı çalışmalarda ise %19 oranında ve %54 oranında depresyon saptanan çalışmalar mevcuttur. (54, 55) .

Kontrol grubunda eğitim düzeyi yüksek olan ve gelir düzeyini iyi olarak tanımlayan ebeveynler çalışma grubuna göre anlamlı olarak daha fazla sayıdaydı. Bu durum bize sağlıklı çocuğunu rutin poliklinik kontrolüne getirme davranışının yüksek eğitim ve gelir düzeyi ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Ebeveynlerin gelir durumu ile ASB, BDÖ ve TSSB puanları arasında anlamlı ilişki saptanmadı, bu bulgular literatürdeki farklı çalışmalarla benzerdi (47, 48)

Çalışmamızda beklendiği üzere çalışma grubunda hem annelerde hem de babalarda ASB ve BDÖ puanları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek saptandı. TSSB puanları da aynı şekilde daha yüksekti ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Bu bulgu ülkemizde yapılan ve çalışma grubunda BDÖ puanlarında anlamlı yükseklik saptanan bir çalışma ile benzerdi (54). Tüm grupta ve çalışma grubunda ASB, BDÖ ve TSSB puanları annelerde daha yüksekti. Tüm grupta TSSB yüksekliği anlamlı iken çalışma grubunda hem ASB hem de TSSB yüksekliği istatistiksel olarak anlamlıydı. Bu sonuç literatürdeki çalışmalar ile benzerdi (49, 54, 56-59). Bunun nedeni biyolojik açıdan hormonal farklılıkları ve sosyal açıdan kadınlara sunulan rollerin zorlukları

nedeniyle psikolojik etkilenmelere erkeklere kıyasla daha yatkın olmaları olabilir. Ayrıca genel literatürde kadınların erkeklere göre TSSB geliştirme riskinin daha yüksek olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (60, 61). Aynı şekilde depresyon gelişiminde kadın cinsiyetin daha riskli olduğunu belirten çok sayıda çalışma mevcuttur (62-64).

Çalışmamızda çalışma grubunda TSSB median puanı 21, kontrol grubunda ise 15 olarak saptanmıştı ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0,211$). Bu bulgu Londra’da olayların etkisi ölçeği (IES) kullanılarak yapılan ÇYBÜ ve genel pediatri servisine yatırılan çocukların ebeveynlerinin karşılaştırıldığı ve çalışma grubunda ebeveynlerin %27 oranında TSSB açısından risk taşıdığını belirten bir çalışma ile benzerdi. Yine aynı çalışmada depresyon açısından BDÖ kullanılarak yapılan değerlendirmede istatistiksel anlamlı fark saptanmamış olması bizim çalışmamızdan farklı bir bulguydu (52). TSSB açısından bulguların farklı olmasının sebebi farklı değerlendirme ölçeği kullanılmasına bağlı olabilir. Çalışmamızda ebeveynlere yaşamları boyunca TSSB’ye yol açabilecek düzeyde ciddi bir olay varlığı sorulmadığı için başka bir nedenle TSSB gelişip gelişmediğini dışlayamadık. Depresyon açısından anlamlı fark olmaması literatürdeki bu çalışmada çalışma grubu ile genel pediatri servisine yatan hastaların ebeveynleri karşılaştırıldığı için olabilir. Bizim çalışmamızda kontrol grubu polikliniğe ayaktan başvuran hastalardı, genel pediatri servisine yatış yapıldığında ebeveynlerde hastane ortamında kalmak ve çocuklarına uygulanan tetkik/ tedaviler nedeniyle depresyon düzeyi daha yüksek çıkmış olabilir.

Önceki çalışmalarla tutarlı olarak yatış anında ASB puanları yüksek olan ebeveynlerde 1 ay sonra TSSB ve depresyon gelişme riski daha fazlaydı, (48, 55, 65-67). Bu nedenle ebeveynlerin yatış sırasında ASB durumunu belirlemenin TSSB ve depresyon gelişme riski taşıyan ebeveynleri öngörmede yardımcı olabileceğini düşünüyoruz. Böylece ebeveynlerin psikolojik morbiditesini hafifletmeye yönelik müdahale çalışmaları için hedef popülasyon belirlenebilir.

Evli ebeveynlerde çalışma grubunda ASB, BDÖ ve TSSB puanları daha yüksekti, ancak ASB ve BDÖ yüksekliği istatistiksel olarak anlamlıydı. Boşanmış

ebeveynler arasında iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı. Literatürde ebeveynlerin medeni durumunun TSSB puanları ile anlamlı ilişkisinin olmadığını gösteren bir çalışma mevcuttur (66). Çalışmamızdaki bu sonuç beklediğimizin tam tersiydi, boşanmış olmanın çocukla ilgili stresli durumlarda ebeveynde psikolojik olarak daha fazla etkilenmeye neden olması muhtemeldir. Çalışmada boşanmış ebeveyn sayısının çok az olması sonucun güvenilirliğini olumsuz etkilemiş olabilir.

Ebeveynlerin meslek gruplarına göre anket puanları değerlendirildiğinde ev hanımı olan ebeveynlerin çalışma grubunda ASB ve BDÖ puanları kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksekti ve işçi ebeveynlerde çalışma grubunda ASB puanı anlamlı şekilde daha yüksekti. Çalışan kadınların ev hanımlarına oranla depresyon düzeyinin daha düşük olduğunu gösteren bir çalışma ile benzerdi (68). Bunun nedeni çalışma hayatının kadınlara sağladığı sosyalleşme imkanı ve maddi olanaklarda artış olabilir.

Eğitim durumu ile anket puanlarının ilişkisine bakıldığında eğitim düzeyi daha düşük olan ebeveynlerin çalışma grubunda kontrol grubuna göre ASB ve BDÖ puanları daha yüksekti. Bu sonuç literatürde yüksek eğitim düzeyi olan ebeveynlerin daha düşük ASB puanları olduğunu belirten bir çalışma ile benzerdi (59). Bizim çalışmamızda eğitim durumu ile TSSB arasında anlamlı ilişki saptanmadı ancak yüksek eğitim düzeyinin daha yüksek TSSB puanları ile ilişkili olduğunu belirten bir çalışma literatürde mevcuttur (66). Eğitim seviyesi düştükçe çocuğun durumu ile ilgili bilgilendirmeleri algılamada ve yorumlamada zorlanma olabilir, bu ebeveynlerde bilinmezlik nedeniyle psikolojik olarak daha fazla etkilenme olabileceğini düşünmekteyiz.

Ebeveynlerin bağımlılık durumu ile ASB ve TSSB puanları arasında anlamlı ilişki yoktu. Bağımlılığı olmayan ebeveynlerin ise çalışma grubunda BDÖ puanları kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksekti. Bağımlılık yokluğu depresyon düzeyinde anlamlı bir yüksekliğe neden oldu. Bağımlılık ve depresyon ilişkisi ile ilgili literatürde çelişkili sonuçlar mevcut olup bizim çalışmamızda bağımlılığı olan ebeveyn sayısı düşüktü. Daha geniş örneklem grubunda çalışmalar yapılmasına ihtiyaç vardır. Yaşanılan yer ile anket puanlarının

ilişkinine bakıldığı zaman şehir merkezinde yaşayan ebeveynlerin ASB ve BDÖ puanları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek saptandı ve bunun nedeni şehirde yaşayan ebeveynlerin kırsal kesime göre daha çok stres altında olması olabilir.

Anne ve babalarda kronik hastalık varlığı ASB ve BDÖ puanlarında anlamlı yüksekliğe sebep oldu ancak TSSB ile ilişkisi anlamsızdı. Literatürdeki ebeveyn kronik hastalığının daha yüksek TSSB puanları ile ilişkili olduğunu gösteren bir çalışma ile farklıydı (67). Ayrıca psikiyatrik tanı varlığı BDÖ puanlarında anlamlı yüksekliğe neden olurken ASB ve TSSB ile ilişkisi anlamsızdı. Bu bulgu literatürde psikiyatrik tanı varlığının ebeveynlerde daha fazla akut stres bozukluğuna neden olduğunu gösteren bir çalışma ile farklıydı (59). Ebeveynler kendi kronik hastalıkları ile ilişkili olarak zaten stresli ve depresyona yatkın olabilir ayrıca psikiyatrik tanı varlığı depresyon gelişme riskini arttırmış olabilir.

Çalışma grubu içinde sosyal destek algısı yüksek olan ebeveynlerin düşük olanlara göre BDÖ ve TSSB puanları anlamlı düzeyde düşüktü. Bu bulgu sosyal destek algısının yüksek olmasının depresyon için koruyucu faktör olduğunu belirten bir çalışma ile benzerdi (69). Ayrıca kontrol grubunda sosyal destek algısı yüksek olan ebeveyn oranının düşük olması bu gruptaki yüksek eğitim seviyesi ve memur meslek grubunun fazla olmasına bağlı olabilir. Hem memuriyet nedeniyle aileden uzakta çalışmak hem de sosyokültürel düzeyin artması kişilerin sosyal çevresinde yalnız hissetmesine sebep olmuş olabilir. Dini inanç sayesinde rahatlık hissetmek çalışma grubunda ASB ve BDÖ puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek olmasına neden oldu, TSSB de anlamlı farka neden olmadı. Ülkemizin sosyodemografik özelliklerine bağlı olarak bu soruya negatif yönde cevap veren ebeveyn sayısının çok az olması nedeniyle güvenilirliği düşüktür.

Çalışma grubunda çocukların cinsiyeti anket puanları üzerinde anlamlı bir etkiye sahip değildi. Bu bulgu literatürdeki çalışmalar ile benzerdi (66, 70). Çocuklara ilk müdahalenin yapıldığı kabul yeri ile anket puanları arasında anlamlı ilişki yoktu. Hastaların ÇYBÜ yatış tanısı ile ebeveynlerin ASB puanları arasında

anlamli bir iliski yoktu ancak 1 ay sonra uygulanan BDÖ ve TSSB puanlari ile iliskisi anlamliydi. Status epileptikus tanisi ile yatan hastalarin ebeveynlerinde BDÖ puanlari acil operasyon sonrasI yatan ve travma nedeniyle kabul edilen hastalarin ebeveynlerine göre anlamli sekilde daha yüksekti. Buna benzer sekilde status epileptikus tanisi ile yatan hastalarin ebeveynlerinde TSSB puanI solunum sikintisi nedeniyle yatan ve acil operasyon sonrasI kabul edilen hastalarin ebeveynlerine göre anlamli olarak daha yüksekti. Bu sonuclar çocugunun nöbet geçirdigini gören ebeveynlerin yaşadığı stresin daha fazla olduğunu ve depresyona daha yatkın olduğunu göstermektedir.

Çocuklarında kronik hastalık bulunan ebeveynlerin ASB ve depresyon puanlari anlamli olarak daha yüksekti ancak TSSB puanlari ile anlamli bir iliski saptanmadı. Bu sonuç literatürdeki çalışmalar ile benzerdi (71, 72). Bunun sebebi bu çocukların yoğun bakım ihtiyacı olduğunda daha uzun süreli yatış gereksinimi ihtimali, artmış mortalite ve morbidite riski olabilir. Ayrıca kronik hastalığı olan çocukların ebeveynlerinde BDÖ puanlarının yüksek olması kronik hasta çocuğu olan ebeveynlerin uzun süreli tetkik ve tedavi süreçleri nedeniyle depresyona daha yatkın olması ile açıklanabilir.

Literatürde ÇYBÜ kabulünden sonra ilk 1 saat içinde İMV ile takibe başlanan hastalarin ebeveynlerinde TSSB düzeylerinin daha düşük olduğunu gösteren bir çalışma ile benzer sekilde çalışmamızda IMV uygulanan hastalarin ebeveynlerinde ASB puanlari anlamli olarak daha düşüktü (69). Bunun sebebi uygulanan sedasyon sayesinde çocuklarının ağrı ve acı çekmediğini düşünmeleri olabilir.

ÇYBÜ takibi sırasında nöbet geçiren hastalarin ebeveynlerinde ASB puanlari anlamli olarak daha yüksekti. Bunun nedeni nöbet geçiren hastalarin büyük kısmının serebral palsi sekelli ve epilepsi tanılı hastalar olması olabilir çünkü bu çocuklar hem kronik hastalıkları olan hem de mortalite ve morbiditesi yüksek çocuklardır. ÇYBÜ yatışı sırasında ek girişim gereksinimi olması anket puanlari üzerinde anlamli bir etkiye sahip değildi. Hastanın yatışı sürecinde ek girişim ihtiyacı olmasının ebeveynler üzerinde olumsuz etkisi olacağını ve anket puanlarının yüksek olacağını öngörmüştük. Çalışma grubunda ek girişim

gereksinimi olan hasta sayısı az olduğu için sonucun güvenilirliğini etkilemiş olabilir.

Çocuğun daha önce yoğun bakım yatış öyküsü olması ebeveynlerin BDÖ puanlarında anlamlı şekilde yüksekliğe neden oldu. Bu sonuç literatürdeki bir çalışma ile farklıydı (69). Bu yükseklik çocuklarının tekrarlayan ÇYBÜ yatışları nedeniyle ebeveynlerin depresyona daha yatkın olmaları ile açıklanabilir.

İl dışı başvuru olarak kabul edilen hastaların ebeveynlerinde ASB puanları anlamlı olarak daha yüksek saptandı. Ebeveynler için bilinmeyen bir şehirde hastaneye gelmiş olmak ve evlerinden uzakta kalmak akut dönemde yaşanan stresi arttırıcı faktörler olarak değerlendirilebilir. Hastaneye ambulans ile ulaşan çocukların ebeveynlerinde BDÖ ve TSSB anlamlı olarak daha yüksekti. Ambulans ile ulaşımı sağlanan çocuklar çoğunlukla kronik hastalığı olup evde bakım gerektiren çocuklardı, bu nedenle ebeveynlerde depresyona yatkınlık ve posttravmatik stres bozukluğu daha yüksek olmuş olabilir. Bu sonuçlar literatürdeki çalışmalar ile benzerdi (49, 58).

Çalışmamızda hasta yaşı ile ASB puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon mevcuttu, yaşı büyük çocukların ebeveynlerinde daha yüksek akut stres mevcuttu. Bu literatürdeki bir çalışma ile benzerdi (67). Çocukların yaşı büyüdükçe ÇYBÜ deneyiminin farkında olma ve bu travmatik süreçten psikolojik olarak etkilenme ihtimali artmaktadır. Bu durum ebeveynlerde ek bir yük oluşturmuş ve ASB puanlarında yüksekliğe neden olmuş olabilir. Ebeveyn yaşı ile BDÖ puanları arasında negatif yönde anlamlı korelasyon mevcuttu, yaşı küçük ebeveynler depresyona daha yatkındı. Bu sonuç ebeveyn yaşı ile BDÖ arasında ilişki saptamayan bir çalışma ile farklıydı (58). Ülkemizin demografik özellikleri ve genç yaşta anne baba olma nedeniyle literatür ile farklı sonuçlar elde etmiş olabiliriz; tecrübesiz ebeveynlik ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkiye sebep olmuş olabilir.

Ebeveynlerdeki ASB, depresyon ve TSSB düzeyleri hastaların PIM3, PRISM4 ve PELOD2 skorları ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkili değildi. Bu bulgu literatürdeki depresyon ve TSSB puanlarının risk skorları ile ilişkisiz olduğunu belirten çalışmalar ile benzerdi (66, 67, 69). ÇYBÜ risk skorları

daha yüksek olan çocuklarda hayati tehlikenin artmış olması beklenir, bu nedenle ebeveynlerin psikolojik durumlarına olumsuz yönde etki etmesini öngörmüştük ancak çalışmamızda anlamlı bir ilişki saptamadık. Literatürdeki diğer çalışmalar ebeveyn ASB ve TSSB düzeylerinin ÇYBÜ takibindeki nesnel ölçümlerle anlamlı ilişkisi olmadığını ancak ebeveynlerin çocuklarının yaşamına yönelik tehlike algılamaları ve ÇYBÜ takibi sırasındaki akut stres bulgularıyla ilişkili olduğunu göstermektedir (48, 50, 65). Ebeveynlerdeki hastalık şiddeti ve hayati tehlike algısı hekimler tarafından nesnel şekilde değerlendirilen risk skorlamaları ile uyum sağlamayabilir, bu nedenle risk skorlamaları ile ebeveyn psikolojik durumları arasında ilişki beklemek yanıltıcı olabilir. Bundan dolayı ebeveynlerin çocuğunun hastalığına yönelik algısının değerlendirildiği çalışmalar yapılmasına ihtiyaç vardır.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları mevcuttu; ilk olarak bazı ebeveynlerin çalışmaya katılmayı reddetmesi nedeniyle fazla sayıda veri kaybı yaşandı. Yüksek düzeyde akut stres varlığı ebeveynlerin çalışmayı anlayıp onay vermesine engel olmuş olabilir ve bu çalışma sonucunda daha düşük ASB düzeylerinin saptanmasına neden olmuş olabilir. Yatış sırasında çalışmayı onaylayan tüm ebeveynlere yüz yüze görüşme ile ASB ölçeği uygulandı ancak çalışma devamında ailelere tekrar ulaşıldığında BDÖ ve TSSB ölçeklerini doldurmaya kabul etmeyen ebeveynler nedeniyle %30 oranında veri kaybı oluştu. İkinci ölçekleri doldurmayan ebeveynlerin yüksek depresyon ve TSSB düzeylerine sahip olma ihtimali nedeniyle normalde olandan daha düşük BDÖ ve TSSB puanları elde edilmiş olabilir. Çalışmada ebeveynleri TSSB ve depresyon açısından ÇYBÜ yatışının üzerinden 1 ay geçtikten sonra değerlendirdik, bazı çocuklar 1 aydan daha uzun süreli yatış gerekmesi nedeniyle henüz taburcu olmamıştı ve ebeveynlere çocukları hala ÇYBÜ’de yatarken anketleri uyguladık. Ayrıca taburculuktan değerlendirme zamanına kadar geçen sürede ebeveynlerin ek yaşadığı olumsuz durumları sorgulamadığımız için TSSB ve depresyon varlığını sadece ÇYBÜ yatışı ile ilişkili varsaydık.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda çalışma grubunda kontrol grubuna kıyasla ebeveynlerde akut stres bozukluğu ve depresyon oranı fazlaydı. Çalışma grubunda ebeveynlerle ilişkili olarak anne olmak, çalışmıyor olmak (ev hanımı), eğitim düzeyinin düşük olması, şehir merkezinde yaşamak, kronik hastalık ve/veya psikiyatrik tanı varlığı; çocukla ilişkili olarak kronik hastalık varlığı, status epileptikus tanısı ile yatış, takipte nöbet geçirme, daha önce yoğun bakım yatış öyküsü, il dışı başvuru ve ambulans ile ulaşım şekli psikolojik etkileneenin artmasında kolaylaştırıcı faktörler olarak saptandı. Çalışmamızda bulduğumuz anlamlı ilişkiye dayanarak ebeveynlere ÇYBÜ yatışı sırasında uygulanan ASB ölçeğinin daha sonra gelişebilecek depresyon ve travma sonrası stres bozukluğunu öngörebileceğini düşünmekteyiz. Çalışmamızda değerlendirdiğimiz psikiyatrik bozukluklarda annelerin babalara göre çok daha riskli olması ve yapılan birçok çalışmada bunu destekler bulgular olması nedeniyle özellikle annelerin bu zorlu süreçte desteklenmesi gereklidir. Çocuk hastaların yoğun bakım kabulü sırasında ebeveynlerinin ruh sağlığına yönelik farkındalık kazandırmak amacıyla yaptığımız çalışmamızda önlenabilir durumlara dikkat çekmeyi hedefledik. Çocuklar ve ebeveynleri ile temas eden her sağlık çalışanının dikkatli gözlemi ve doğru yönlendirmeler yapması erken dönemde gereken müdahalelerin uygulanması için önemlidir. Bu doğrultuda tüm sağlık çalışanlarına yeni bir bakış açısı kazandırmak için daha kapsamlı çalışmalar yapılması gereklidir.

Anahtar kelimeler; Çocuk yoğun bakım, ebeveyn, akut stres, depresyon, posttravmatik stres, sosyal destek

ÖZET

ÇYBÜ’de yatan hasta çocukların ebeveynleri akut stres bozukluğu, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu açısından risk altındadır. Bu çalışmada ÇYBÜ ebeveynleri ile sağlıklı çocukların ebeveynlerini karşılaştırarak risk durumunu ortaya koymak amaçlanmıştır. Aynı zamanda saptanan psikolojik morbiditelerin gelişiminde rol oynayabilecek durumları belirlemek için ebeveyn ve hasta verileri ile olan ilişkileri incelenmiştir.

Çalışma 01 Ekim 2022 ile 01 Ekim 2023 tarihleri arasında ÇYBÜ’ye kabul edilen ve ayaktan rutin kontrol için polikliniğe başvuran 1 ay-18 yaş aralığındaki çocukların ebeveynleri ile gerçekleştirildi. Çalışma grubunda <48 saat yatan ve kontrol grubunda kronik hastalığı olan çocukların ebeveynleri çalışmaya dahil edilmedi. Her iki grupta çocuk yaşı ve cinsiyeti açısından eşit dağılım sağlanmasına özen gösterildi.

Çalışma ve kontrol grubunda ebeveyn demografik verileri (yaş, anne/baba, medeni durum, meslek, çocuğun yatışı nedeniyle iş değişikliği yapma durumu, eğitim durumu, gelir durumu, çocuk sayısı, kronik hastalık ve/veya psikiyatrik tanı varlığı, bağımlılık durumu, yaşanan yer), sosyal destek algısı ve dini inanç sayesinde rahatlama durumu kaydedildi. Çalışma grubunda çocukların; yaş, cinsiyet, kabul tanısı, kronik hastalık varlığı, şikayet başlangıcı ile yatışı arasında geçen süre, IMV ihtiyacı ve süresi, entübasyon ihtiyacı olmuş ise yatışından kaç saat sonra entübe edildiği, nöbet geçirme durumu, yoğun bakım risk skorları, ek girişim gerekliliği, daha önce ÇYBÜ yatışı öyküsü, il içi/il dışı başvuru olması durumu, hastaneye ulaşım şekli, çocuğa ilk müdahalenin yapıldığı yer ve hastanın mortalite durumu kaydedildi. Ebeveynlere ASB, BDÖ ve TSSB anketleri uygulanarak puanları kaydedildi; BDÖ ve TSSB için kesme puanına göre sınıflandırma yapıldı.

Çalışmaya çalışma grubunda 130 ebeveyn, kontrol grubunda 90 ebeveyn olmak üzere 220 kişi dahil edildi. Ebeveynlerin %57,3’ü anne ve median yaş 37 idi. Tüm grupta ebeveynlerin %95,9’u evli, median çocuk sayısı 2, %30’u ev hanımı, %31,8’i ilkokul mezunu, %65’i gelir durumlarını orta olarak değerlendirmekte, %18,2’sinde kronik hastalık mevcut, %5,9’unda psikiyatrik tanı

mevcut, %66,4'ünde herhangi bir bağımlılık yok, %83,2'si şehir merkezinde yaşamakta idiler. Kontrol grubunda ebeveynlerin eğitim ve gelir düzeyi ÇYBÜ kıyasla daha yüksekti. Çalışma grubunda kırsal kesimde yaşayan ebeveyn sayısı, çocuk sayısı ve evde bakıma muhtaç birey olduğunu belirtenlerin sayısı kontrol grubuna göre daha yüksekti. Çalışma grubunda ebeveynlerin %50'sinde sosyal destek algısı yüksekti. Çalışmaya dahil edilen çocukların %50,5'i erkek, median yaş 6,5 idi. Çalışma grubunda en sık yatış tanısı %40 oranında solunum sıkıntısı, median PIM3 skoru 4,9, PRISM4 skoru 8, ve PELOD2 skoru 3 olup hastaların %63,8'inde kronik bir hastalık vardı ve %23'ünde daha önce ÇYBÜ yatışı öyküsü mevcuttu. Hastaların şikayet başlangıcı ile ÇYBÜ kabulü arasında geçen median süre 15 saat, %86,2'si il içi başvuru, %71,5'i özel araçları ile başvuru ve hastaya ilk müdahalenin yapıldığı yer %38,1 oranında AÜTF çocuk acil servisi idi. Yatan hastaların %76,2'si IMV ile izlendi ve median IMV süresi 6 gün idi. Takibi sırasında entübasyon gereksinimi olan 18 hasta yatışının ortalama 18. saatinde entübe edildi. İzlem sırasında hastaların %26,2'si nöbet geçirdi, %21,5'inde ek girişim gereksinimi oldu. ÇYBÜ takibi sırasında 9 hasta kaybedildi.

Çalışma grubunda median anket puanları; ASB: 2, BDÖ:15 ve TSSB:21 olarak saptandı. Kontrol grubuna göre ASB ve BDÖ puanları anlamlı düzeyde yüksekti. Ebeveyn özelliklerinden anne olmak, küçük yaşta olmak, kronik hastalık varlığı ve sosyal destek algısının düşük olması risk faktörü olarak saptandı. Hasta özelliklerinden büyük yaşta olmak, kronik hastalık varlığı, daha önce ÇYBÜ yatış öyküsü, status epileptikus tanısı ile yatmış olmak, takipte nöbet geçirmek, il dışı başvuru ve hastaneye ambulans ile ulaşım durumları risk faktörü olarak sonuçlandı. Hastanın IMV ile izlenmesi ASB riskini azaltan bir faktör olarak saptandı.

Sonuç olarak ÇYBÜ'de yatan hastaların ebeveynlerinde akut stres bozukluğu ve depresyon gelişme riski yüksek olup bu durumlara neden olan faktörler değişkenlik göstermektedir. Yatış sırasında ebeveynler ile iletişimde olan sağlık çalışanlarının olası risk altında olan ebeveyn grubunu öngörmesi ve uygun yönlendirmelerde bulunması için daha geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

ABSTRACT

The parents of children hospitalized at PICU are at risk for acute stress disorder, depression, and post-traumatic stress disorder. This study aims to compare the parents of PICU patients with those of healthy children to assess the risk status. Additionally, the relationships between parental and patient data were examined to identify factors that may contribute to the development of psychological morbidities.

The study was conducted with the parents of children aged 1 month to 18 years who were admitted to PICU between October 1, 2022, and October 1, 2023, and those who presented to the outpatient clinic for routine check-ups. Parents of children who stayed <48 hours in the study group and parents of children with chronic illnesses in the control group were not included in the study. Care was taken to ensure equal distribution in terms of age and gender of children in both groups.

Demographic data of parents (age, mother/father, marital status, occupation, potential job change due to child's hospitalization, education level, income status, number of children, presence of chronic illness and/or psychiatric diagnosis, addiction status, place of residence), perceived social support, and religious beliefs were recorded to assess relaxation status. In the study group, the following data were recorded for children: age, gender, admission diagnosis, presence of chronic illness, time elapsed between onset of symptoms and admission, need for IMV and duration, time from admission to intubation if intubation was required, occurrence of seizures, PICU risk scores, need for additional interventions, history of previous admissions to PICU, whether the admission was from within the city or from outside, mode of transportation to the hospital, location of initial medical intervention for the child, and the patient's mortality status. Parents were administered the Acute Stress Disorder Scale (ASDS), Beck Depression Inventory (BDI), and Traumatic Stress Symptoms Scale (TSSS), and their scores were recorded; classification was made based on cutoff scores for BDI and TSSS.

A total of 220 individuals were included in the study, with 130 parents in the study group and 90 parents in the control group. 57.3% of the parents were mothers, and the median age was 37. In the entire group, 95.9% of the parents were married, with a median number of children being 2. 30% were housewives, 31.8% had primary school education, 65% rated their income status as moderate, 18.2% had a chronic illness, 5.9% had a psychiatric diagnosis, 66.4% had no addiction, and 83.2% lived in urban areas. In the control group, parents had higher levels of education and income compared to the study group. The number of parents living in rural areas, the number of children, and the number of individuals indicating the need for home care were higher in the study group compared to the control group. In the study group, 50% of parents had a high perception of social support. Among the children included in the study, 50.5% were male, with a median age of 6.5 years. The most common admission diagnosis in the study group was respiratory distress, accounting for 40%, with a median PIM3 score of 4.9, PRISM4 score of 8, and PELOD2 score of 3. 63.8% of patients had a chronic illness, and 23% had a history of previous admissions to PICU. The median time between onset of symptoms and admission to PICU was 15 hours, with 86.2% of admissions being within the city, 71.5% using private vehicles for transportation, and 38.1% receiving initial medical intervention at the Akdeniz University Faculty of Medicine pediatric emergency department. 76.2% of hospitalized patients were managed with IMV, with a median duration of 6 days. Among the patients who required intubation during follow-up, intubation was performed at a mean of 18 hours after admission. During follow-up, 26.2% of patients had seizures, and 21.5% required additional interventions. Nine patients died during intensive care follow-up in the Study group.

In the study group, median scores for the surveys were determined as follows: ASDS: 2, BDI: 15, and TSSS: 21. ASDS and BDI scores were significantly higher compared to the control group. Being a mother, younger age, presence of chronic illness, and low perception of social support among parental characteristics were identified as risk factors. Among patient characteristics, older age, presence of chronic illness, history of previous admissions to PICU, admission with a diagnosis of status epilepticus, experiencing seizures during

follow-up, seeking medical care from outside the city, and transportation to the hospital by ambulance were identified as risk factors. Being managed with IMV was identified as a factor reducing the risk of ASDS.

As a result, parents of children hospitalized in PICU are at high risk for developing acute stress disorder and depression, and the factors contributing to these conditions vary. There is a need for more comprehensive studies to enable healthcare professionals interacting with parents during hospitalization to predict and provide appropriate guidance to the potentially at-risk parent group.



EKLER

Ek 1: ÇYBÜ aile demografik veri formu

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Ebeveynlerinin Akut Stres bozukluğu, Depresyon ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Açısından Değerlendirilmesi

Ad Soyad:

Tarih:

• **Ebeveyn Demografik özellikleri;**

Yaş: ☐ Anne ☐ Baba

Medeni durum: ☐ Evli ☐ Bekar ☐ Boşanmış

Meslek:

Çocuğun yoğun bakım ünitesine yatışı nedeniyle iş değişikliği : ☐ Evet ☐ Hayır

Eğitim durumu: ☐ İlkokul ☐ Lise ☐ Ön lisans ☐ Lisans ☐ Yüksek Lisans

Gelir durumu: Çocuk sayısı:

Kronik hastalık varlığı: ☐ Evet (.....) ☐ Hayır

Evde bakıma ihtiyacı olan hasta birey varlığı: ☐ Evet ☐ Hayır

Sigara/Alkol/Madde bağımlılığı : ☐ Evet (.....) ☐ Hayır

Psikiyatrik tanı ve ilaç kullanım öyküsü: ☐ Evet (.....) ☐ Hayır

Yaşanan yer: ☐ Şehir ☐ Kırsal kesim

Hayatımdaki önemli insanlar yardımsever ve destekleyicidir: 1 = Asla,

2 = Neredeyse Hiçbir Zaman,

3 = Nadiren,

4 = Bazen,

5 = Sıklıkla,

6 = Neredeyse Her Zaman,

7 = Her Zaman

Yaşadığım sıkıntılı durumlarda dini inancım beni rahatlatır: ☐ Evet ☐ Hayır

Ek 2 : ÇYBÜ hasta demografik veri formu

- Hasta Özellikleri;**

Yaş: Cinsiyet: ☐ Kız ☐ Erkek

ÇYBÜ kabul tanısı:

Kronik hastalık varlığı: : ☐ Evet (.....) ☐ Hayır

Yatış süresi: ☐ <48 saat ☐ >48 saat

Şikayet başlangıcı ile ÇYBÜ yatışı arasında geçen süre:

Mekanik ventilasyon: ☐ Evet (süre:.....) ☐ Hayır

Entübasyon zamanı:

Nöbet geçirme: ☐ Evet ☐ Hayır

YBÜ risk skorları; -PIM3: -PRISM4: PELOD2:

Plazmaferez/diyaliz/cerrahi girişim(biyopsi,şant,trakeostomi, gastrostomi vb.):

Daha önce ÇYBÜ yatış öyküsü:

Elektif (post op başvuru): ☐ Evet ☐ Hayır

Mortalite: ☐ Evet ☐ Hayır

Başvuru yeri: ☐ İl içi başvuru ☐ il dışı başvuru

Hastaneye ulaşım şekli: ☐ ambulans ☐ özel araç

Çocuğa ilk müdahale nerede yapıldı?:

Ek 3 : Kontrol grubu demografik veri formu

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nde Polikliniğe Başvuran Hastaların Ebeveynlerinin

Akut Stres Bozukluğu, Depresyon ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Açısından Değerlendirilmesi

*****Lütfen çocuğunuzun kronik bir hastalığı varsa anketi doldurmayınız*****

(Bu veriler, çocuk yoğun bakımda yatan hastaların aileleri ile karşılaştırılarak tez çalışması için kullanılacaktır.)

Ebeveyn Adı Soyadı:

Tarih:

1- Hasta Özellikleri;

Yaş:

Cinsiyet:

☐ Kız

☐ Erkek

Kronik hastalık varlığı: :

☐ Evet (.....)

☐ Hayır

2- Ebeveyn Demografik özellikleri;

Yaş:

☐ Anne

☐ Baba

Medeni durum: ☐ Evli

☐ Bekar

☐ Boşanmış

Meslek:

Eğitim durumu: ☐ İlkokul

☐ Lise

☐ Ön lisans

☐ Lisans

☐ Yüksek Lisans

Gelir durumu:

Çocuk sayısı:

Kronik hastalık varlığı: ☐ Evet (.....)

☐ Hayır

Evde bakıma ihtiyacı olan hasta birey varlığı: ☐ Evet

☐ Hayır

Sigara/Alkol/Madde bağımlılığı: ☐ Evet (.....)

☐ Hayır

Psikiyatrik tanı ve ilaç kullanım öyküsü: ☐ Evet (.....)

☐ Hayır

Yaşanan yer: ☐ Şehir

☐ Kırsal kesim

Hayatımdaki önemli insanlar yardımsever ve destekleyicidir:

1 = Asla,

2 = Neredeyse Hiçbir Zaman,

3 = Nadiren,

4 = Bazen,

5 = Sıklıkla,

6 = Neredeyse Her Zaman,

7 = Her Zaman

Yaşadığım sıkıntılı durumlarda dini inançım beni rahatlatır:

☐ Evet

☐ Hayır

Ek 4 : Akut Stres Belirtileri Şiddeti Ölçeği

Talimatlar: İnsanlar bazen stresli olaylardan veya deneyimlerden sonra sorunlar yaşarlar. SON YEDİ (7) GÜN boyunca aşırı stresli bir olay veya deneyim sonrası oluşan ya da daha da kötüleşen aşağıdaki problemler siz ne kadar rahatsız etti? **Lütfen her satırdaki soruyu bir kutucuğu işaretleyerek cevaplayınız.**

	Hiç	Biraz	Orta	Oldukça Çok	Aşırı
Geçmişteki stresli bir deneyimi her şey tekrardan oluyormuş gibi davrandığınız ya da yaşadığınız(örneğin, stresli deneyimin kısımlarını görerek, işiterek, kokusunu alarak veya deneyimin kısımlarını fiziksel olarak hissederek yeniden deneyimleme gibi), geçmişe dönüşler(flashback) oluyor mu?	0	1	2	3	4
Stresli deneyiminizi hatırlatan bir şey olduğunda duygusal olarak çok üzgün hisseder misiniz?	0	1	2	3	4
Kendinizden, bedeninizden, fiziksel çevrenizden veya anılarınızdan uzaklaşmış ya da ayrılmış hisseder misiniz?	0	1	2	3	4
Stresli deneyiminizi hatırlatan bir şey olduğunda,düşüncelerinizden, duygularınızdan veya fiziksel duyularınızdan kaçınmaya çabalar mısınız?	0	1	2	3	4
Aşırı tetikte, savunmada olur musunuz? Ya da tehlikeyi sürekli kollar mısınız?	0	1	2	3	4
Beklemediğiniz bir ses duyduğunuzda yerinizden sıçrar ya da kolaylıkla irkilir misiniz?	0	1	2	3	4
Başka insanlara bağırarak, onlarla kavga edecek ya da eşyalara zarar verecek kadar tahammülsüz veya aşırı öfkeli olur musunuz?	0	1	2	3	4

Ek 5 : Beck Depresyon Ölçeği

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz. Sorulara vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

1. 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
2. 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
3. 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
4. 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.
5. 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
6. 0. Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim.
1. Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilirmişim gibi duygular içindeyim.
2. Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum.
3. Bazı şeyler için cezalandırılıyorum.
7. 0. Kendimden memnunum.
1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.
8. 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1. Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
9. 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
10. 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

11. 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
 1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 2. Şimdi hep sinirliyim.
 3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
12. 0. Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
 1. Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
 2. Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
 3. Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13. 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
 1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 3. Artık hiç karar veremiyorum.
14. 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
 1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
 3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
15. 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
 1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
 2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
 3. Hiçbir şey yapamıyorum.
16. 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
 2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
 3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17. 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
 1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
 2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
 3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
18. 0. İştahım her zamanki gibi.
 1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
 2. İştahım çok azaldı.
 3. Artık hiç iştahım yok.
19. 0. Son zamanlarda kilo vermedim.
 1. İki kilodan fazla kilo verdim.
 2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
 3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
20. 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
 1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
 2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
 3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünmüyorum.
21. 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
 1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
 2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
 3. Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

Ek 6 : Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği

Aşağıda, stres veren olayların ardından bazı insanlarda ortaya çıkabilen yakınma ve sorunlar bulunmaktadır. Lütfen dikkatli biçimde okuyun ve son bir ay içinde bu sorunun sizi ne derece rahatsız ettiğini belirtmek üzere uygun seçeneği işaretleyin.

	Hiç	Çok Az	Orta Derecede	Oldukça Fazla	Aşırı	Çok Aşırı
Geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olayla ilişkili, rahatsızlık verecek şekilde tekrarlayarak zihninizde canlananlar, düşünceler ya da görüntüler oldu mu?	0	1	2	3	4	5
Geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olayla ilişkili, rahatsız verecek şekilde tekrarlayan rüyalarınız oldu mu?	0	1	2	3	4	5
Aniden geçmişte yaşadığınız olumsuz ve zorlayıcı olayı hatırlayarak sanki yeniden yaşıyormuş hissine kapıldığınız ve davrandığınız oluyor mu?	0	1	2	3	4	5
Geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olayı hatırlatankonuşma, ortam ve kişiler ve de duygular sizde mutsuzluk, üzüntü ve alt üst olma duygusu yaşıtıyor mu?	0	1	2	3	4	5
Geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olayı hatırlatankonuşma, ortam ve kişi vb. benzeşen uyarılarla karşılaştığınızda kalp çarpıntısı, terleme, nefes darlığı, titreme, uyuşma, ağrı vb. bedensel tepkileriniz ortaya çıkar mı?	0	1	2	3	4	5
Geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olay hakkında konuşmaktan, düşünmekten kaçınır, olayı hatırlatan duygulardan uzak durur musunuz?	0	1	2	3	4	5
Size geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olayı hatırlattığı için bazı kişilerden, ortamlardan ve eylemlerden kaçınır ve uzak durur musunuz?	0	1	2	3	4	5
Geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olayın bazı bölümlerini hatırlamakta zorlanırmısınız? Olaylar arasında bağlantıları kurmada zorlandığınız boşluklar var mı?	0	1	2	3	4	5
Eskiden hoşlanarak yapmakta olduğunuz etkinliklere olan ilginizi kaybettiniz mi?	0	1	2	3	4	5
Kendinizi diğer insanlardan uzak ve ayrı hissediyor musunuz?	0	1	2	3	4	5
Kendinizi duygusal açıdan donuklaşmış, yakınlarına ve olaylara karşı sevinme, üzülmeye ve ağlama duygularınız uyuşmuş gibi hissettiğiniz oluyor mu?	0	1	2	3	4	5

Geleceği planlamanın anlamsız ve boş olduğunu hissediyor musunuz?	0	1	2	3	4	5
Uykuya dalma ve sürdürme güçlüğünüz var mı?	0	1	2	3	4	5
Kendinizin gergin, tahammülsüz, sinirli ve çabuk öfkelenen biri olduğunı hissediyor musunuz?	0	1	2	3	4	5
Dikkatinizi toparlamada ve sürdürmede bir güçlüğünüz oldu mu?	0	1	2	3	4	5
Kendinizi aşırı derecede gergin, her an olumsuz bir şey olacağı hissi ile tetikte ve diken üstünde hissediyor musunuz?	0	1	2	3	4	5
Çevreden gelen uyarılara abartılı tepkiler gösterdiğiniz, kolaylıkla irkildiğiniz ve sıçradığınız oluyor mu?	0	1	2	3	4	5



KAYNAKÇA

1. Guidelines for pediatric intensive care units. Crit Care Med. 1983;11(9):753-60.
2. Netzer G, Sullivan DR. Recognizing, naming, and measuring a family intensive care unit syndrome. Ann Am Thorac Soc. 2014;11(3):435-41.
3. Davydow DS, Richardson LP, Zatzick DF, Katon WJ. Psychiatric morbidity in pediatric critical illness survivors: a comprehensive review of the literature. Arch Pediatr Adolesc Med. 2010;164(4):377-85.
4. Goldberg S, Morris P, Simmons RJ, Fowler RS, Levison H. Chronic illness in infancy and parenting stress: a comparison of three groups of parents. J Pediatr Psychol. 1990;15(3):347-58.
5. Landolt MA, Ystrom E, Sennhauser FH, Gnehm HE, Vollrath ME. The mutual prospective influence of child and parental post-traumatic stress symptoms in pediatric patients. J Child Psychol Psychiatry. 2012;53(7):767-74.
6. Stuber ML, Christakis DA, Houskamp B, Kazak AE. Posttrauma symptoms in childhood leukemia survivors and their parents. Psychosomatics. 1996;37(3):254-61.
7. Romer LH ND, Mesman J, et al. Rogers Textbook of pediatric intensive care. 5 ed. Nichols DG SD, editor. Baltimore Lippincott Williams & Wilkins; 2015.
8. Guidelines for pediatric intensive care units. Pediatrics. 1983;72(3):364-72.
9. Karaböcöğlu M. Çocuk Yoğun Bakım Esaslar ve Uygulamalar. İstanbul: İstanbul tıp yayınevi; 2008.
10. Ibsen B. The anaesthetist's viewpoint on the treatment of respiratory complications in poliomyelitis during the epidemic in Copenhagen, 1952. Proc R Soc Med. 1954;47(1):72-4.
11. Andersen EW, Ibsen B. The anaesthetic management of patients with poliomyelitis and respiratory paralysis. Br Med J. 1954;1(4865):786-8.
12. Köroğlu T, Bayrakci B, Dursun O, Kendirli T, Yıldızdaş D, Karabocuoglu M. Çocuk yoğun bakım birimleri için kılavuz: çocuk acil tıp ve yoğun bakım derneği önerileri. Türk Pediatri Arşivi. 2006;41:139-45.
13. Türkiye'de Çocuk Yoğun Bakım Ünitelerinin durumu ve on yılda (2005-2015) gerçekleşen değişimler. In: Karaaslan U KT, editor. Çocuk Acil Tıp Ve Yoğun Bakım Kongresi; 15-19 Nisan 2015; Antalya, Türkiye.
14. Tolga F. Köroğlu SA, Murat Duman. Türkiye'de çocuk yoğun bakım hizmetleri araştırması. The Turkish Journal of Pediatrics. 2008;50(1):12-17.
15. Pollack MM, Cuerdon TT, Patel KM, Ruttimann UE, Getson PR, Levetown M. Impact of quality-of-care factors on pediatric intensive care unit mortality. Jama. 1994;272(12):941-6.
16. Bilan N, Galehgalab BA, Emadaddin A, Shiva S. Risk of mortality in pediatric intensive care unit, assessed by PRISM-III. Pak J Biol Sci. 2009;12(6):480-5.
17. Gemke RJ, van Vught J. Scoring systems in pediatric intensive care: PRISM III versus PIM. Intensive Care Med. 2002;28(2):204-7.
18. Alakaya M, Arslankoylu AE. Çocuk yoğun bakım ünitesi'nde Pediatric Risk of Mortality Score III (PRISM III) ve Pediatric Logistic Organ Dysfunction(PELOD) skorlarının değerlendirilmesi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2020;13:55-62.
19. Pollack M. Clinical scoring systems in pediatric intensive care. Pediatric critical care. 1992:153-62.
20. Pollack MM, Patel KM, Ruttimann UE. PRISM III: an updated Pediatric Risk of Mortality score. Crit Care Med. 1996;24(5):743-52.
21. Yeh TS, Pollack MM, Ruttimann UE, Holbrook PR, Fields AI. Validation of a physiologic stability index for use in critically ill infants and children. Pediatr Res. 1984;18(5):445-51.

22. Shann F, Pearson G, Slater A, Wilkinson K. Paediatric index of mortality (PIM): a mortality prediction model for children in intensive care. *Intensive Care Med.* 1997;23(2):201-7.
23. Leteurre S, Duhamel A, Salleron J, Grandbastien B, Lacroix J, Leclerc F, et al. PELOD-2: an update of the PEdiatric logistic organ dysfunction score. *Critical care medicine.* 2013;41(7):1761-73.
24. Ö. K. Zorlanan insan-Kaygı çağında stres. 2 ed. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi; 1988.
25. Bryant RA. The current evidence for acute stress disorder. *Current psychiatry reports.* 2018;20:1-8.
26. Breslau N, Davis GC, Andreski P. Risk factors for PTSD-related traumatic events: a prospective analysis. *Am J Psychiatry.* 1995;152(4):529-35.
27. Bryant RA. Acute stress disorder: What it is and how to treat it: Guilford Publications; 2016.
28. Geoffrion S, Goncalves J, Robichaud I, Sader J, Giguère C-É, Fortin M, et al. Systematic Review and Meta-Analysis on Acute Stress Disorder: Rates Following Different Types of Traumatic Events. *Trauma, Violence, & Abuse.* 2020;23(1):213-23.
29. [Available from: "<http://www.psychiatry.org/practice/dsm/dsm5/> online-assessment-measures". .
30. Aşçıbaşı K, Çökmüş F, Aydemir O, Grubu DSM. Reliability and validity of Turkish Form of Severity of Acute Stress Symptoms Scale. *Anatolian Journal of Psychiatry.* 2017;18:38.
31. Battal SÖN. Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1997.
32. Benjamin J. Sadock VAS. Kaplan & Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry. 3 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
33. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™: American Psychiatric Publishing; 2013.
34. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Benjet C, Bromet EJ, Cardoso G, et al. Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *Eur J Psychotraumatol.* 2017;8(sup5):1353383.
35. Tural U, Coşkun B, Onder E, Corapcıoğlu A, Yıldız M, Kesepara C, et al. Psychological consequences of the 1999 earthquake in Turkey. *J Trauma Stress.* 2004;17(6):451-9.
36. Sareen J. Posttraumatic stress disorder in adults: impact, comorbidity, risk factors, and treatment. *Can J Psychiatry.* 2014;59(9):460-7.
37. Ramikie TS, Ressler KJ. Mechanisms of Sex Differences in Fear and Posttraumatic Stress Disorder. *Biol Psychiatry.* 2018;83(10):876-85.
38. Christiansen DM, Berke ET. Gender- and Sex-Based Contributors to Sex Differences in PTSD. *Curr Psychiatry Rep.* 2020;22(4):19.
39. Olf M, Langeland W, Draijer N, Gersons BP. Gender differences in posttraumatic stress disorder. *Psychol Bull.* 2007;133(2):183-204.
40. Kocabaşoğlu N, Çorapcıoğlu Ö, Yargıcı İ, Geyran P, editors. The validity and safety of turkish" PTSD checkust-civilian version"(PCL-C) scale. *New Symposium;* 2005.
41. Karamustafalıoğlu O, HY. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni.* 2011;45:65-69.
42. Holmes A, Christelis N, Arnold C. Depression and chronic pain. *The Medical Journal of Australia.* 2013;199(6):S17-S20.
43. Dean J, Keshavan M. The neurobiology of depression: An integrated view. *Asian Journal of Psychiatry.* 2017;27:101-11.

44. Nunes EV, Levin FR. Treating depression in substance abusers. *Curr Psychiatry Rep.* 2006;8(5):363-70.
45. Hammen C. Stress and depression. *Annu Rev Clin Psychol.* 2005;1:293-319.
46. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji dergisi.* 1989;7:3-13.
47. Steer R, Beck A, Garrison B. Applications of the beck depression inventory. *Assessment of depression.* 1986:123-42.
48. Balluffi A, Kassam-Adams N, Kazak A, Tucker M, Dominguez T, Helfaer M. Traumatic stress in parents of children admitted to the pediatric intensive care unit. *Pediatric Critical Care Medicine.* 2004;5(6):547-53.
49. Bronner MB, Kayser A-M, Knoester H, Bos AP, Last BF, Grootenhuis MA. A pilot study on peritraumatic dissociation and coping styles as risk factors for posttraumatic stress, anxiety and depression in parents after their child's unexpected admission to a Pediatric Intensive Care Unit. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health.* 2009;3(1):33.
50. Colville GA, Gracey D. Mothers' recollections of the Paediatric Intensive Care Unit: associations with psychopathology and views on follow up. *Intensive Crit Care Nurs.* 2006;22(1):49-55.
51. Judge D, Nadel S, Vergnaud S, Garralda ME. Psychiatric adjustment following meningococcal disease treated on a PICU. *Intensive Care Med.* 2002;28(5):648-50.
52. Rees G, Gledhill J, Garralda ME, Nadel S. Psychiatric outcome following paediatric intensive care unit (PICU) admission: a cohort study. *Intensive Care Medicine.* 2004;30(8):1607-14.
53. Shears D, Nadel S, Gledhill J, Garralda ME. Short-term psychiatric adjustment of children and their parents following meningococcal disease. *Pediatr Crit Care Med.* 2005;6(1):39-43.
54. Depression Status in Children's Parents During Hospitalization in the Pediatric Intensive Care Unit. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2016;2:79-82.
55. Iwata M, Han S, Hays R, Doorenbos AZ. Predictors of Depression and Anxiety in Family Members 3 Months After Child's Admission to a Pediatric ICU. *Am J Hosp Palliat Care.* 2019;36(10):841-50.
56. Bronner MB, Peek N, Knoester H, Bos AP, Last BF, Grootenhuis MA. Course and Predictors of Posttraumatic Stress Disorder in Parents after Pediatric Intensive Care Treatment of their Child. *Journal of Pediatric Psychology.* 2010;35(9):966-74.
57. Logan GE, Sahrman JM, Gu H, Hartman ME. Parental Mental Health Care After Their Child's Pediatric Intensive Care Hospitalization. *Pediatr Crit Care Med.* 2020;21(11):941-48.
58. Fauman KR, Pituch KJ, Han YY, Niedner MF, Reske J, LeVine AM. Predictors of Depressive Symptoms in Parents of Chronically Ill Children Admitted to the Pediatric Intensive Care Unit. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®.* 2011;28(8):556-63.
59. Kaplan D, Nesfield MW, Eldridge PS, Cuddy W, Ansari N, Siller P, et al. Acute Stress in Parents of Patients Admitted to the Pediatric Intensive Care Unit: A Two-Center Cross-Sectional Observational Study. *Journal of Intensive Care Medicine.* 2022;38(1):11-20.
60. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry.* 1998;55(7):626-32.
61. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry.* 1995;52(12):1048-60.

62. Ali A, Oatley K, Toner BB. Life stress, self-silencing, and domains of meaning in unipolar depression: An investigation of an outpatient sample of women. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2002;21(6):669-85.
63. Gutiérrez-Lobos K, Wölfl G, Scherer M, Anderer P, Schmidl-Mohl B. The gender gap in depression reconsidered: the influence of marital and employment status on the female/male ratio of treated incidence rates. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2000;35:202-10.
64. Van de Velde S, Bracke P, Levecque K, Meuleman B. Gender differences in depression in 25 European countries after eliminating measurement bias in the CES-D 8. *Social science research*. 2010;39(3):396-404.
65. Mortensen J, Simonsen BO, Eriksen SB, Skovby P, Dall R, Elklit A. Family-centred care and traumatic symptoms in parents of children admitted to PICU. *Scand J Caring Sci*. 2015;29(3):495-500.
66. Nelson LP, Lachman SE, Li SW, Gold JI. The Effects of Family Functioning on the Development of Posttraumatic Stress in Children and Their Parents Following Admission to the PICU. *Pediatr Crit Care Med*. 2019;20(4):e208-e15.
67. Whyte-Nesfield M, Kaplan D, Eldridge PS, Gai J, Cuddy W, Breeden K, et al. Pediatric critical care-associated parental traumatic stress: beyond the first year. *Pediatric Critical Care Medicine*. 2023;24(2):93-101.
68. Mostow E, Newberry P. Work role and depression in women: A comparison of workers and housewives in treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1975;45(4):538-48.
69. Rothschild CB, Rychlik KL, Goodman DM, Charleston E, Brown ML, Michelson KN, et al. Association Between Resilience and Psychological Morbidity in Parents of Critically Ill Children*. *Pediatric Critical Care Medicine*. 2020;21(4):e177-e85.
70. Landolt MA, Boehler U, Schwager C, Schallberger U, Nuessli R. Post-traumatic stress disorder in paediatric patients and their parents: an exploratory study. *J Paediatr Child Health*. 1998;34(6):539-43.
71. Pless IB. Clinical assessment: physical and psychological functioning. *Pediatric Clinics of North America*. 1984;31(1):33-45.
72. Akçakın M, Erden G. Psychiatric symptoms in parents of children diagnosed with autism. *Turk J Child Adolesc Ment Health*. 2001;8:2-10.