

← DİLEK SÖNMEZ SAĞLIK

Tez kabul edildikten sonra yapılan **sabit ciltte sırt yazısı** bu şablona göre yazılacak. Yazılar tek satır olacak
Cilt sırtı yazıların yönü yukarıdan aşağıya
(sol yandaki gibi) olacak .



← YÜKSEK LİSANS TEZİ



**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

**ÇOCUK ACİL SERVİSİNDEKİ İNVAZİV GİRİŞİMLER
SIRASINDA EBEVEYNLERİ İŞLEME DAHİL ETMENİN
ÇOCUKLARIN AĞRI VE ANKSİYETE DÜZEYLERİNE
ETKİSİ**

DİLEK SÖNMEZ SAĞLIK

**DANIŞMAN
YRD. DOÇ. DR. SEDA ÇAĞLAR**

**ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
PROGRAMI**

İSTANBUL-2017

TEZ ONAYI

YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programında Yüksek Lisans öğrencisi Dilek Sönmez Sağlık tarafından Yard.Doç.Dr.Seda Çağlar'ın danışmanlığında hazırlanan "Çocuk Acil Servisindeki İnvaziv Girişimler Sırasında Ebeveynleri İşleme Dahil Etmenin Çocukların Ağrı ve Anksiyete Düzeylerine Etkisi" başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 14/11/2017 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavında başarılı bulunmuş ve Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.



Jüri Başkanı

Prof.Dr.Suzan Yıldız

İ.Ü.Florence Nigtingale Hemşirelik Fakültesi

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Jüri

Doç.Dr.Sevil İnal

İ.Ü.Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü



Jüri

Yard.Doç.Dr.Serap Balcı

İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

Anabilim Dalı



Jüri-Danışman

Yard.Doç.Dr.Seda Çağlar

İ.Ü.Florence Nigtingale Hemşirelik Fakültesi

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

Anabilim Dalı



Jüri

Yard.Doç.Dr.Gülzade Uysal

Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Bölümü



BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

DİLEK SÖNMEZ SAĞLIK



İTHAF

Bana kendimi her zaman şanslı hissettiren Canım Ailem'e ithaf ediyorum

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve deneyimleriyle bana rehberlik eden ve desteğini esirgemeyen tez danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Seda ÇAĞLAR'a,

Araştırmanın planlanması ve yürütülmesinde desteklerini esirgemeyen tez izleme jüri üyesi hocalarım Prof. Dr. Suzan YILDIZ, Doç. Dr. Sevil İNAL, Yrd. Doç. Dr. Serap Balcı ve Yrd. Doç. Dr. Güلزade UYSAL'a,

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda görev yapan tüm değerli öğretim üyesi hocalarıma ve araştırma görevlisi arkadaşlarıma,

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Acil Bilim Dalında görev yapan çok değerli meslektaşlarıma,

İstatistiksel analizlerde bana yol gösteren Yrd. Doç. Dr. Saniye Çimen'e,

Bana kendimi her zaman şanslı hissettiren aileme ve eşim İsmail Sağlık'a,

Adını sayamadığım katkıda bulunan herkese en içten duygularıyla teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	İX
ŞEKİLLER LİSTESİ	X
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	Xİ
1. ÖZET	Xİİ
2. ABSTRACT.....	Xİİİ
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
4. GENEL BİLGİLER	4
4.1. Ağrı	4
4.1.1. Ağrı Tanımı.....	4
4.1.2. Ağrı Fizyolojisi	5
4.1.3. Ağrı Sınıflandırılması	5
4.1.3.1. Süresine Göre Ağrı Sınıflandırılması.....	5
4.1.3.2. Kaynağına Göre Ağrı Sınıflandırılması	6
4.1.3.3. Etiyolojisine Göre Ağrının Sınıflandırılması.....	6
4.1.4. Ağrı Teorileri	6
4.1.4.1. Kapı Kontrol Teorisi	6
4.1.4.2. Endorfrin Teorisi.....	7
4.1.4.3. Pattern Teorisi	7
4.1.5. Çocuklarda Ağrının Değerlendirilmesi.....	7
4.1.6. Çocuklarda Ağrı Kontrolü	8
4.1.6.1. Farmakolojik Yöntemler	8
4.1.6.2. Non-Farmakolojik Yöntemler.....	9
4.1.7. Ağrı Yönetiminde Hemşirenin Rolü	10
4.2. Anksiyete/Kaygı	11
4.3. Aile Merkezli Bakım.....	12

4.3.1. Tanımı ve ilkeleri.....	12
4.3.2. Tarihçesi.....	12
4.3.3. Aile Merkezli Bakımın Yararları.....	15
4.3.4. Aile Merkezli Bakımın Sınırlılıkları.....	17
4.3.5. Aile Merkezli Bakımda Çocuk Hemşiresinin Rolü.....	18
5. GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
5.1. Araştırmanın Tipi.....	21
5.2. Araştırmanın Hipotezleri.....	21
5.3. Araştırmanın Değişkenleri.....	21
5.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	22
5.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	22
5.6. Veri Toplama Araçları.....	23
5.6.1. Veri toplama formu (EK-1).....	23
5.6.2. Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (EK-2).....	23
5.6.3. Çocuklar İçin Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (EK- 3).....	25
5.6.4. Görsel Analog Skala (EK-4).....	25
5.7. Verilerin toplanması.....	26
5.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	27
5.9. Araştırmanın Etik ve Yasal Yönleri.....	29
5.10. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri.....	29
5.11. Araştırmanın Yürütülmesi Sırasında Karşılaşılan Durumlar.....	29
6. BULGULAR.....	31
7. TARTIŞMA.....	42
8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	49
KAYNAKLAR.....	50
HAM VERİLER.....	63
FORMLAR.....	64
EK 1- EBEVEYNE VE ÇOCUĞA AİT BİLGİ FORMU.....	64
EK-2 DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ.....	65
EK-3 ÇOCUKLAR İÇİN DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ.....	67
EK-4 GÖRSEL ANALOG SKALA.....	69
EK-5 ETİK KURUL KARARI.....	70
EK-6 GÖNÜLLÜ ONAM FORMU.....	73

<u>PATENT HAKKI İZİNİ.....</u>	<u>76</u>
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	77
ÖZGEÇMİŞ.....	79



TABLolar LİSTESİ

Tablo 6-1: Çocukların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması (N=111)	32
Tablo 6-2: Gruplara Göre Çocuklara Uygulanan İnvaziv Girişim Türlerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması (N=111)	34
Tablo 6-3: Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması (N=111)	35
Tablo 6-4: Çocukların Geçmişte İnvaziv İşlem Konusunda Yaşadıkları Deneyimlerin Dağılımı ve Karşılaştırılması (N=111)	36
Tablo 6-5: Gruplara Göre Çocukların İşlem Öncesi ve İşlem Sırasındaki Ağrı Düzeylerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması (N=111)	38
Tablo 6-6: Gruplara Göre Ebeveyn ve Çocukların Anksiyete Düzeylerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması (N=111)	39
Tablo 6-7: Ebeveynlerin Anksiyete Düzeyleri ile Çocukların Ağrı ve Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki (N=111)	40

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 5-1: Görsel Analog Skala	26
Şekil 5-2: Araştırma Deseni.....	28



SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ASC	Action of Sick Children
IASP	International Association for the Study of Pain
STAI	State-Trait Anxiety Inventory
TENS	Transkütan Elektriksel Sinir Stimülasyonu
VAS	Visual Analog Scale



1. ÖZET

Sönmez-Sağlık, D. (2017). Çocuk Acil Servisindeki İnvaziv Girişimler Sırasında Ebeveynleri İşleme Dahil Etmenin Çocukların Ağrı ve Anksiyete Düzeylerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Araştırma, çocuk acil servise başvurusu sırasında invaziv girişim uygulanan 9-12 yaş arasındaki çocukların ebeveynlerinin işleme dahil olma, işlem sırasında yanında bulunma ve işlem sırasında yanında bulunmama durumlarının çocukların ağrı ve anksiyete düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı. Randomize kontrollü deneysel tipteki araştırmanın verileri İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Acil Bilim Dalında Ekim 2016 - Mayıs 2017 tarihleri arasında 111 vakadan elde edildi (ebeveyni işleme dahil olan grup=40, ebeveyni yanında bulunan grup =40, ebeveyni yanında bulunmayan grup=31). Veri toplama aracı olarak; bilgi formu, durumluk ve sürekli kaygı envanteri, çocuklar için durumluk sürekli kaygı envanteri ve Görsel Analog Skala kullanıldı.

Çocukların ve ebeveynlerin tanıtıcı özelliklerinin (yaş, cinsiyet, eğitim durumu) gruplar arasında benzer olduğu belirlendi ($p>0,05$). İnvaziv işlem uygulaması sırasında *ebeveyni işleme dahil edilen* çocukların işlem sırasındaki ağrı düzeylerinin işlem öncesine göre azaldığı (işlem öncesi= $4,60\pm 2,73$; işlem sırasındaki= $3,15\pm 2,79$) ve ağrı düzeyleri arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu ($p<0,05$); invaziv işlem uygulaması sırasında *ebeveyni yanında kalan ancak işleme katılmayan* çocukların işlem sırasındaki ağrı düzeylerinin işlem öncesine göre azaldığı (işlem öncesi= $4,70\pm 3,22$; işlem sırasındaki= $3,70\pm 2,92$), ancak ağrı düzeyleri arasındaki bu farkın anlamlı düzeyde olmadığı ($p>0,05$); invaziv işlem uygulaması sırasında *ebeveyni işleme dahil olmayan ve yanında kalmayan* çocukların işlem sırasındaki ağrı düzeylerinin işlem öncesine göre arttığı (işlem öncesi= $4,26\pm 3,00$; işlem sırasındaki= $6,00\pm 2,88$) ve ağrı düzeyleri arasındaki bu farkın ileri düzeyde anlamlı olduğu saptandı ($p<0,01$). Gruplar işlem sırasındaki ağrı düzeyleri açısından karşılaştırıldığında ise aralarındaki farkın ebeveynleri işleme dahil olan grubun lehine ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlendi ($p<0,001$). Gruplar hem çocukların hem de ebeveynlerinin durumluk ve sürekli anksiyete düzeyleri açısından karşılaştırıldığında, aralarındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı saptandı ($p>0,05$). Ebeveynlerin durumluk anksiyete düzeyleri incelendiğinde; her üç grupta da çocukların işlem öncesi ve sırasındaki ağrı düzeyleri ile durumluk ve sürekli anksiyete düzeyleri arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmadığı belirlendi ($p>0,05$). Ebeveynlerin sürekli anksiyete düzeylerinin ise; ebeveyni yanında bulunmayan gruptaki çocukların işlem öncesi ($p=0,042$) ve sırasındaki ($p=0,019$) ağrı düzeyi ile çocukların sürekli anksiyete düzeylerini ($p=0,025$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği saptandı ($p<0,05$). Ebeveynlerin sürekli anksiyete düzeyleri ile tüm gruptaki çocukların işlem öncesi ağrı ve çocukların sürekli anksiyete düzeyleri arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Sonuç olarak; ebeveynleri işleme dahil etme yönteminin invaziv girişimler sırasında hissedilen ağrıyı azaltmada etkili olduğu, sürekli anksiyetesi yüksek olan ebeveynlerin çocuklarının da ağrı ve sürekli anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu belirlendi.

Anahtar kelimeler: Ağrı, aile merkezli bakım, anksiyete, çocuk acil servisi, invaziv girişim.

2. ABSTRACT

Sönmez-Sağlık, D. (2017). The Effect of Including the Parents in the Procedure during the Invasive Interventions at the Pediatric Emergency Department on the Level of Pain and Anxiety of the Children. Istanbul University, Institute of Health Science, Department. of Pediatric Nursing. Master's Thesis. Istanbul.

The research was conducted with a view to identifying the effect of; including the parents of 9 to 12 year-old children who receive invasive intervention during the visit to the pediatric emergency department in the procedure; their attendance on their children during the procedure only, and non-attendance during the procedure, on the levels of pain and anxiety of the children. The data of randomized controlled experimental type research were obtained from 111 cases between October 2016 and May 2017 at the Department of Pediatrics Emergency, Istanbul Faculty of Medicine at Istanbul University. (The group with their parents included in the procedure: 40; the group with their parents' attendance: 40; the group with their parents' non-attendance: 31). Information form, The State-Trait Anxiety Inventory, The State-Trait Anxiety Inventory for Children and Visual Analogue Scale were used as the data collection tool.

It was determined that the descriptive attributes of the children and the parents (age, gender, education) were similar among the groups ($p>0,05$). It was found out that during-procedure pain levels of the children whose parents were included in the procedure during the invasive intervention reduced as against the pre-procedure pain level (pre-procedure= $4,60\pm 2,73$; during-procedure= $3,15\pm 2,79$) and the difference between the pain levels was significant statistically ($p<0,05$); the during-procedure pain levels of the children whose parents attended on their children but were not included in the procedure during the invasive intervention reduced as against the pre-procedure (pre-procedure= $4,70\pm 3,22$; during-procedure= $3,70\pm 2,92$) but the difference between the pain levels were not significant ($p>0,05$); the during-procedure pain levels of the children whose parents were not included in the procedure and did not attend on their children during the invasive intervention increased as against the pre-procedure pain levels (pre-procedure= $4,26\pm 3,00$; during-procedure= $6,00\pm 2,88$) and the difference in the pain levels was highly significant ($p<0,01$). When the groups were compared in terms of during-procedure pain levels, it was found out that the difference between them was highly significant for the group whose parents were involved in the procedure ($p<0,001$). When the groups were compared in terms of state-trait anxiety levels of both the children and the parents, it was identified that the difference between them was not significant ($p>0,05$). When the state anxiety levels of the parents were examined, it was found out that there was no significant correlation between pre- and during-procedure pain levels as well as state and trait anxiety levels of the children in each of the three groups ($p>0,05$). On the other hand, it was found out that the trait anxiety levels of the parents had a statistically significant effect upon the pre-procedure ($p=0,042$) and during-procedure ($p=0,019$) pain levels of the children as well as the trait anxiety levels ($p=0,025$) of the children in the group, whose parent did not attend on them ($p<0,05$). It was found out that there was a positively slight and significant correlation between the trait anxiety levels of the parents and the pre-procedure pain levels of the children and the trait anxiety levels of the children in all groups ($p<0,05$).

As a conclusion, the method of including the parents in the procedure had an effect on reducing the pain felt during the invasive interventions and the pain and trait anxiety levels of the children of the parents with a high trait anxiety were high as well.

Key Words: Pain, family-centred care, anxiety, pediatrics emergency, invasive intervention.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Toplum sağlığının korunup geliştirilmesinin temel ilkelerinden biri, çocuk sağlığının korunup geliştirilmesidir (Aykanat ve Gözen 2014). Çocuğun fizyolojik, psikolojik, bedensel ve zihinsel olarak sağlıklı yetişmesinde ailenin rolü oldukça önemlidir. Doğumdan itibaren ailenin inançları, tutumları, gelenek ve değerleri çocuğu sürekli olarak etkiler (Törüner ve Büyükgönerç 2012a). Aile içerisinde yetişen çocuk bilinçlenir, yetişir ve topluma hazırlanır (Tosun ve Tüfekçi 2015).

Sağlık ve iyilik halinin bozulup hastaneye yatma, çocuk ve ailesi için stresli bir deneyimdir (Erdim ve ark. 2006). Çocuğun bakımındaki rollerin değişmesi, bilinmeyen araçlar ve süreçlerle karşılaşma, hastane ortamının yabancı olması aileler ve çocukların anksiyete düzeyini artırır (İşlekdemir ve Kaya 2016). Sağlık personeli ile uygun olmayan yetersiz iletişim, çocuğun bakımının daha çok sağlık personeli tarafından karşılanması, ailenin kendi bakım ve ihtiyaçlarını karşılamak için yeterli vakit bulamaması; kontrol kaybı duygusunu ve anksiyeteyi arttırmaktadır (Boztepe ve Çavuşoğlu 2009; Brown ve ark 2008). Ailenin anksiyetesinin çocuğun anksiyetisini etkilediği bilinmektedir (Dougal ve ark 2011). Oktay (2009)'ın çalışmasında bakım uygulamalarına aktif olarak katılan ailelerin anksiyetelerinin azaldığı ve çocuğun bakımında kontrol duygusu sağladığı bildirilmektedir. Tosun ve Tüfekçi (2015)'nin yaptığı çalışmada ailelerin tıbbi işlemler sırasında çocuklarının yanında kalmak istediği bildirilmiştir.

Ülkemizde aile merkezli bakım uygulamalarına ilişkin bir standart olmamakla beraber hastaneler arasında farklı uygulamalar olduğu gözlenmekte ve halen bazı hastaneler de ailelerin çocuklarını ziyaret saatleri dışında görmelerine izin verilmediği bilinmektedir. Çocuklarıyla birlikte 24 saat hastanede kalan ailelerin ise yeterince bilgilendirilmedikleri, kaygılarını yeterince dile getiremedikleri, kendi temel ihtiyaçlarını ve bakım gereksinimlerini karşılayamadıkları bildirilmiştir (Atay ve ark 2011; Dur ve ark 2016).

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde ise aile merkezli bakım uygulamaları değişiklik göstermektedir. Gelişmiş ülkelerdeki hastanelerde çocukların bakımı ile ilgili çok sayıda literatürün mevcut olduğu ve bunların bir çoğunun hastaneye yatırılan çocuğun bakımına ebeveynlerin dahil olmaları ile ilgili olduğu, gelişmekte olan ülkelerde ise çocukların psikososyal bakımı ile ilgili çok az literatür bulunduğu ve

mevcut literatürde ebeveynlerin hastanede çocukları ile birlikte kalmalarının önerildiği fakat bunun bazı yerlerde gerçekleştirilebildiği, diğer yerlerde ebeveynlerin dışlandığı veya ziyaretin sınırlı olduğu bildirilmektedir. Literatürde gelişmekte olan ülkelerde çalışma hayatının ebeveynler için önemli bir husus olduğu; bazı ebeveynlerin, hasta çocuklarını hastanede yalnız bırakmak yerine işlerini kaybetmek istediklerini belirttikleri, ebeveynlerin başka çocukları olsaydı, bu çocuklara nasıl bakılacağı konusunda endişelerini dile getirdikleri bildirilmektedir (Shields ve King 2001a).

Shields ve King (2001b) Avustralya, İngiltere, Endonezya ve Tayland' daki hastanelerde çocuğun bakımına ilişkin kültürel farklılıkları inceledikleri çalışmada iki ortak ihtiyaç olduğunu belirlemişlerdir. Bunlar çocuğun psikososyal ihtiyaçların karşılanması ve çocuk dostu çevre olma ihtiyacıdır (çocuğun psikososyal gereksinimleri sosyal, duygusal, psikolojik ve manevi ihtiyaçlar). Bu çalışmada Tayland'daki tüm hastaneler ziyaret edilmiş, duvarlarda birkaç resim olduğu ve hiç oyuncak olmadığı; Endonezya'daki birçok hastanede resim, oyuncak ve balonların bulunduğu, Tayland dışındaki ülkelerde iletişimin çocuğun bakımındaki en önemli faktör olduğu görülmüştür. Ebeveyn katılımı, çocuğun bakımında ebeveynin aktif olarak yer almasıdır. Avustralya ve Endonezya'da sağlık çalışanları tarafından ebeveyn katılımından bahsedilmiş ancak Tayland'da dikkate alınmamıştır. Aynı çalışmada Tayland'daki iki hastane ziyaretinde aile merkezli bakım için resmi politikaların var olduğu fakat çocuk ağır hasta olmadığı sürece ebeveynlerin ve diğer ziyaretçilerin akşam 21:00 ile sabah 9:00 arasında hastaneye kabul edilmediği bildirilmiştir.

Sarajarvi (2006)'nin Finlandiya'da yaptığı çalışmada ailelerin büyük bir kısmının hastaneden aldığı destekten memnun olmadığı belirtilmiştir. Bu çalışmada ailelerin %21'i hemşirelerden hiç destek almadığını, %37'si sorularının cevaplanmadığını bildirmiştir. Ailelerin sağlık personelinden istekleri; daha fazla desteklenmek, dinlenilmek, çocuğun hastalığı konusunda yeterli bilgi sahibi olmak şeklinde sıralanmıştır.

Mwangi (2008)'nin Afrika'daki çocuklar ve anneleri ile yaptığı çalışmada hastanedeki kabul süreçleri ve koşullar konusundaki düşünceleri ve deneyimleri hakkında görüşülmüştür. Hastaneye yatırılmanın enfeksiyona maruz kalma riskini artırdığı, aşırı kalabalık, sağlıksız koşullar ve beslenme eksikliğinin annelerde endişe yarattığı belirlenmiştir. Çoğu personel annelere sempatik ve destekleyici olarak görünürken, bir kısmının yargısal ve otoriter olduğu bildirilmiştir. Sağlık çalışanları ise,

kaygı nedenlerinin eğitimli personel eksikliği, aşırı iş yükü ve düşük ücretten kaynaklandığını belirtmişlerdir.

Legrow ve Rossen (2005)'in Kanada'da yaptığı çalışmada hastanede aile merkezli bakım yaklaşımının benimsenmesinden sonra, hemşireler ile aileler arasındaki ilişkinin daha açık ve güvenilir olduğunu fark ettikleri bildirilmiştir.

Giannini (2011)'nin İtalya'da yaptığı çalışmada çocuk yoğun bakım ünitelerinin sadece %12'sinde sınırsız ziyaret politikasının uygulandığı, %59'unda sürekli bir ebeveyn varlığına izin verilmediği %76'sında çocuk ziyaretçilere izin verilmediği ve %32'sinin bekleme odası olmadığı saptanmıştır. Bununla birlikte birimlerin %48'inin ziyaret politikalarını gözden geçirme sürecinde olduğunu ve değişim için hazır olduklarını belirttikleri bildirilmiştir.

Vavarouta (2011)'nin Yunanistan'da yaptığı çalışmada resüstasyon ve invaziv girişimler sırasında aile varlığı konusunda sağlık çalışanlarının çoğunluğunun bilgi sahibi olduğu, doktorların %43,2 'sinin resüstasyon ve invaziv prosedürlerde aile varlığına izin verme kararının ancak kendileri tarafından alınması gerektiği, hemşirelerin ise % 40,3'ünün bu kararın ortak alınması gerektiğini düşündükleri belirlenmiştir.

Ailelerin anksiyete düzeylerini, çocukların anksiyete ve ağrı düzeylerini azaltmak, iyileşme sürecini hızlandırmak için aile merkezli bakım yaklaşımının uygulanması gerektiği bildirilmektedir (Basal ve ark 2012; Dunst ve Trivette 2009; Pruitt ve ark 2008).

Bu bilgiler doğrultusunda araştırma, İstanbul ili İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Acil Servisi'ndeki invaziv girişimler sırasında ebeveynlerin işleme dahil olma, işlem sırasında çocuğunun yanında bulunma ve işlem sırasında çocuğunun yanında bulunmama durumlarının ebeveyn ve çocuklarının anksiyete düzeyleri ile çocukların ağrı düzeylerine etkisini değerlendirmek amacıyla randomize kontrollü deneysel bir çalışma olarak planlandı.

4. GENEL BİLGİLER

Acil servisler çeşitli yakınma, hastalık ve sosyal sorunların bir arada olduğu örgütlenme ya da eritilme alanıdır. Acil servise başvuran tüm hastaların %25'ini çocuk hastalar oluşturmaktadır. Çocukların hastalığa gösterdiği tepkileri, algıları, geçmiş deneyimleri, aile kültürleri, baş etme sistemleri erişkinlerden farklıdır. Tüm acil müdahaleler, uygulanan girişimler çocuk ve ailesi için korku ve huzursuzluk kaynağıdır (Öztürk 2012).

Aile merkezli bakım yaklaşımı çocuğun acil bakımında esastır ve sağlık çalışanları ile ailenin işbirliği yaptığı tek modeldir (Törüner ve Büyükgönenç 2012a). Çocuklar ağrıdan büyük oranda etkilenmektedir. Tanı ve tedavi amacıyla yapılan ağrılı işlemler invaziv girişimler, cerrahi müdahaleler önemli ağrı nedenleridir. Çocukların yaşadıkları ağrı, uyku düzenini, çevresi ile olan etkileşimini, davranışlarını, beslenme düzenini, beyin ve duyuvarın gelişiminde değişikliklere neden olarak büyümeyi olumsuz etkilemektedir (Göl ve Onarcı 2015; Özveren ve Uçar 2009; Yoo ve ark. 2011). Yapılan çalışmalarda aile merkezli bakım uygulamalarının; çocuk ve ailesinin anksiyete düzeyleri ile çocuğun ağrı düzeyini azalttığı bildirilmektedir (Basal ve ark 2012; Dougal ve ark 2011).

4.1. Ağrı

4.1.1. Ağrı Tanımı

Latince 'poena' (ceza) anlamına gelen ağrı, günümüze kadar değişik şekillerde tanımlanmıştır (Cırık ve Efe 2014). Uluslararası Ağrı Araştırmaları Birliği (International Association for the Study of Pain-IASP) ağrıyı; vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan doku harabiyetine bağlı olan ya da olmayan kişinin daha önceki deneyimlerinden edindiği sensoryal, subjektif, primitif, hoş olmayan davranışsal ve duyusal bir deneyim olarak tanımlamaktadır (IASP 2012).

Ağrı, her bireyin yaşamı boyunca karşılaşabileceği, sadece yaşayan kişi tarafından tanımlanabilen ve bireyin cinsiyeti, çevresi, kültürü, daha önceki deneyimleri, eğitimi ile davranışsal ve emosyonel faktörlerden etkilenen soyut bir kavramdır (Ay ve Alpar 2010; Dikmen ve ark 2012). McCaffery "Ağrı; kişinin söylediği şeydir, eğer söylüyorsa vardır" şeklinde tanımlamıştır (Büyükyılmaz ve Aştı 2008).

4.1.2. Ağrı Fizyolojisi

Vücut için koruyucu bir mekanizma olan ağrı, herhangi bir doku hasarı olduğunda ortaya çıkar ve kişinin ağrılı uyarana karşı tepki göstermesine sebep olur. Ağrının başlamasına sebep olan bir uyarana olduğunda kaslarda kasılma görülür, sürekli kasılma bölgenin yeterince kanlanmasını önler, kansız kalan kaslardaki ağrı reseptörleri uyarılır ve ağrı oluşur (Törüner ve Büyükgönerç 2012b).

Ağrı fizyolojisinde süreç, ağrıyı algılayan ve doku hasarına bağlı uyarılara duyarlı nosiseptör denilen özelleşmiş reseptörlerle başlar (Gürel 2011). Nosiseptörler, mekanik, termal ve kimyasal etkenlerle uyarılır. Bu uyarılar A (miyelinli ve hızlıdır) ve C lifleri (miyelinsiz ve yavaş) ile spinal korda iletilir. A lifleri ile keskin, lokal ve akut ağrılar algılanırken C lifleri ile, sızı veren, sürekli, dağınık, donuk ve yanma şeklinde ağrılar algılanır. Nosiseptörler kalp kası, kemik, iskelet sistemi, eklemler, üreter ve bilier sistem, diş pulpası, testis ve subkütanöz yapılarda farklı yoğunlukta bulunur (Köken ve Uyar 2017).

Nosisepsiyon kavramı ile açıklanan ağrı iletim sistemi dört aşamada gerçekleşir (Aydın 2002; Dur 2014). Bu aşamalar;

1. **Transdüksiyon:** Sinirlerin sensoryel uçlarında, stimulusun elektriksel aktiviteye dönüştürüldüğü aşamadır.
2. **Transmisyon:** Ağrılı uyarının omurilik ve daha üst merkezlere iletildiği aşamadır.
3. **Modülasyon:** Transmisyon sonucu meydana gelen ağrılı uyarıların spinal kord düzeyinde değişime uğraması ve daha üst merkezlere iletilmesidir.
4. **Persepsiyon:** Bireyin subjektif emosyonel deneyimleri ve psikolojisi ile etkileşimi ve subjektif sonucu gelişen, uyarının algılandığı son aşamadır.

4.1.3. Ağrı Sınıflandırılması

Çok boyutlu bir kavram olan ağrı; süresine, ağrı kaynağına ve etiolojisine göre 3 şekilde sınıflandırılmaktadır (Çöleli ve ark 2008).

4.1.3.1. Süresine Göre Ağrı Sınıflandırılması

Akut Ağrı: Ani olarak doku hasarı ile başlar. Neden olduğu lezyon ile arasında zaman, şiddet ve yer açısından yakın ilişki vardır. Yara iyileşmesi süresince ağrı azalarak kaybolur (Yürüngen 2001).

Kronik Ağrı: Bir yaralanmanın beklenen iyileşme süresinden veya akut ağrılı hastalığın normal seyirinden çok daha uzun süre devam eden ağrılardır. Kronik ağrı, üç aydan uzun sürer (Courtenay ve Carey 2008).

4.1.3.2. Kaynağına Göre Ağrı Sınıflandırılması

Somatik Ağrı: Somatik sinirlerden kaynaklanır. İyi lokalize edilir. Periferik sinirler boyunca veya sinir köklerinde hissedilen keskin ve zonklayıcı ağrılardır (Yıldırım ve Akçalı 2015).

Visseral Ağrı: Yavaş başlar, sızlayıcı ve künttür, yansıyan ağrı tarzında ortaya çıkabilir. Kolik ve kramp tarzındadır (Aygin ve Var 2012).

Sempatik Ağrı: Sempatik sinir sisteminin aktivasyonu ile ortaya çıkar. Damarsal kökenlidir (Aydın 2002).

4.1.3.3. Etiyolojisine Göre Ağrının Sınıflandırılması

Nöropatik Ağrı: Sinir sisteminin fonksiyonel bozukluğu ile ilgili bir ağrı şeklidir. Santral, periferik ve sempatik sinir sistemi bozukluğu nöropati olarak adlandırılan bir duruma sebep olur (İrdesel 2005).

Nosiseptif Ağrı: Fizyopatolojik bir takım olayların nosiseptör ağrı reseptörlerini uyarması ile oluşur. Sadece doku hasarı meydana gelir (Araç 2010; Aygin ve Var 2012).

Psikojenik Ağrı: Açıklanabilir bir tıbbi neden olmamasına karşın ortaya çıkan bir veya daha fazla bölgede, günlük yaşamı etkileyecek seviyede ağrı olmasıdır (Elbi 2017; Truini 2013).

4.1.4. Ağrı Teorileri

Ağrı mekanizması ve algılanması ile ilgili farklı teoriler ileri sürülmüştür. Bunlar; Kapı Kontrol Teorisi, Endorfin Teorisi ve Pattern Teorisidir.

4.1.4.1. Kapı Kontrol Teorisi

Melzack ve Wall tarafından 1965'te ileri sürülmüştür (Melzack ve Wall 1965). Ağrı uyarıları A ve C lifleri ile spinal korda iletilir. Substantia gelatinosa hücrelerinin aktivitesi ile bu liflerle alınan uyarılar düzenlenir ve değiştirilir. Uyarıların geçişini Substantia gelatinosa hücreleri iki yol ile etkiler. Bu yollar; A ve C liflerinin aksonları üzerinde Substantia gelatinosanın kimyasal iletim maddesini inhibe etmesi veya uyarı bloğu yaparak geçişi kapatmasıdır. Substantia gelatinosaya A ve C lifleri ağrı uyarısını getirdikten sonra uyarılar kortekse gider, korteks geçmiş ağrı deneyimlerine göre ağrı

kapısının kapalı veya açık tutulacağına karar verir. Geçmişteki ağrı deneyimleri olumlu ise korteks substantia gelatinosa sinyaller göndererek geçişin kapanmasını sağlar ve ağrı uyarısının üst merkezlere geçişini engeller fakat geçmişte yaşanan ağrı deneyimleri olumsuz ise substantia gelatinosa korteks kapıyı kapat sinyallerini göndermez ağrı üst merkezlere geçer ve yoğun ağrı yaşanır (Törüner ve Büyükgönel 2012b).

4.1.4.2. Endorfin Teorisi

Opioidlere benzer maddeler ve vücudun kendisinin salgıladığı endorfin 1970'lerin ortasında tanımlanmıştır. Endojen ve morfin kelimelerinin bileşimi olan endorfin, "içinde morfin olan" anlamına gelmektedir. Endorfinler, uyarıların bilinç düzeyine ulaşmasını önlemek ve ağrı uyarısının geçişini bloke etmek için beyin ve spinal kord sinir uçlarındaki opioid reseptörlere tutulurlar. Endorfinler kan ve spinal sıvıya geçerek ağrı liflerini uyaran kimyasal medyatörlerin (bradikinin, histamin vb.) salınımını baskılayarak ağrı algısını azaltır (Yorulmaz 2012). Literatürde, yapılan araştırmalar sonucunda analjezi gereksinimi ve ağrı algılamasının kişisel farklılıklar içerdiğinden bahsedilmektedir (Bahçeli 2014).

4.1.4.3. Pattern Teorisi

Ağrı reseptörlerini diğer duyuusal modeller ile birlikte açıklamayı içerir. Ağrı duyusunun başlaması için spinal korda ulaşan ağrılı uyarının belirli bir seviyeye çıkarak beyinde birikmesi gerekmektedir (Törüner ve Büyükgönel 2012b).

4.1.5. Çocuklarda Ağrının Değerlendirilmesi

Çocuklarda ağrının değerlendirilmesindeki amaç; etkili bir ağrı yönetimi sağlamak, ağrıyı belirlemek ve azaltmaktır. Ancak ağrının bireysel farklılık göstermesi, özellikle çocukların gelişim dönemlerine göre ağrıya farklı tepkiler vermesi ağrının değerlendirilmesini güçleştirmektedir. Bu sebeple farklı yaş gruplarına uygun Prematüre Bebek Ağrı Profili, Fişler Ölçeği, Wong-Baker Yüzler Ağrı Ölçeği, Görsel Analog Skala gibi birçok ölçek bulunmaktadır (Emir ve Cin 2004; Törüner ve Büyükgönel 2012b). Ölçekler, ağrının niteliğini ve şiddetini objektif olarak değerlendirdiği için kullanıldıklarında sağlık çalışanları arasında farklı yorumlar engellenmiş olur (Beşirik 2016).

Ağrı, çocuğun yaşına göre, fiziksel değerlendirme, kişisel ifade, davranışların gözlenmesi, fizyolojik ölçümler kullanılarak değerlendirilir ve her ölçümde sosyal,

kültürel, çevresel ve fiziksel faktörler göz önünde bulundurulmalıdır (Eti-Aslan 2002; Srouji 2010).

Fiziksel değerlendirmede; solunum sistemi, kas-iskelet sistemi, kalp, boyun, baş, nörolojik sistem, ürogenital sistem deri ve abdomen kapsamlı bir şekilde değerlendirilir (Törüner ve Büyükgönelç 2012b)

Ağrı bireysel farklılıklar gösterdiği için şiddeti, yeri, özellikleri, başlangıcının kişisel ifadesi ağrının değerlendirilmesinde altın standarttır (Çöleli ve ark 2008).

Davranışların gözlenmesi; kişisel ifade ile ağrının değerlendirilemediği durumlarda ya da kişisel ifadeye ek olarak kullanır. Ağlama, inleme, sızlama, bağırma, alını kırıştırma, ajitasyon ve gözleri kapatma gibi davranışlar görülür (Törüner ve Büyükgönelç 2012b).

Fizyolojik ölçümler; kalp atım hızı, vücut ısısı, kan basıncı, huzursuzluk, terleme, kızarıklık, pupil dilatasyonu içerir. Ancak fizyolojik tepkilerin sadece ağrı zamanında ortaya çıkmadığı göz önünde bulundurulmalıdır (Dur 2014).

4.1.6. Çocuklarda Ağrı Kontrolü

Ağrının kontrol altına alınması; çocuğun sosyal, fiziksel ve ruhsal yönden rahatlamasını sağlar. Ağrı, günlük yaşam aktivitelerini, uyku düzenini, aile yaşantısı etkileyerek yaşam kalitesini düşürür. Bu sebeple ağrının kontrol altında alınması, yaşam kalitesinin yükselmesi, bireyin rahatlaması, hastanede yatış süresinin kısaltılması ve komplikasyonların azaltılması bakımından önemlidir (Özveren ve Uçar 2009). Çocuklarda ağrı kontrolünde farmakolojik ve non-farmakolojik tedavi yöntemlerinden yararlanılır (Srouji 2010).

4.1.6.1. Farmakolojik Yöntemler

Farmakolojik yöntem, ağrının ilaçlarla kontrol altına alınmasıdır. Kolay uygulanabildiği ve hızlı etki gösterdiği için en fazla tercih edilen yöntemdir (Özveren ve ark 2016). Ağrı tedavisinde non- opioid analjezikler, opioidler ve lokal analjezik ilaçlar kullanılır (Erden 2015).

Non-opioid analjezikler; genellikle hafif ağrılarda tek başına ya da orta ve şiddetli ağrılarda diğer ajanlarla birlikte kullanılırlar Aspirin, parasetamol bu gruptadır (Emir ve Cin 2004).

Opioid analjezikler, şiddetli ağrı durumlarında kullanılır. Morfin, fentanil bu gruptadır. Opioid analjeziklere karşı zamanla tolerans ve bağımlılık gelişebilir (Arslan ve ark. 2013; Kelle 2006).

Lokal analjezikler, çocuklara lomber ponksiyon, venöz girişim, invaziv girişim öncesinde giderek artan oranda kullanılmaktadır. EMLA krem bu gruptadır (Zernikow ve Hechler 2008).

4.1.6.2. Non-Farmakolojik Yöntemler

Non-farmakolojik yöntem, ağrının ilaç dışı yöntemlerle kontrol altına alınmasıdır. Farmakolojik yöntemin etkisini arttırmak ya da farmakolojik yöntemin kullanılmadığı durumlarda ağrı ve kaygıyı azaltmak için kullanılır (Nilsson ve ark 2009; Yorulmaz 2012). Fiziksel yöntemler, bilişsel-davranışsal yöntemler ve destekleyici yöntemler ağrı kontrolünde kullanılan non-farmakolojik yöntemlerdir (Çelik 2016).

Fiziksel Yöntemler

Kas, dolaşım ve lenfatik sistemi, eklem, kemikler olmak üzere vücut temel yapıları ve sistemlerine odaklanır. Masaj, sıcak uygulama, pozisyon verme, soğuk uygulama, Transkütan Elektriksel Sinir Stimülasyonu (TENS) ve cilde mentol uygulama bu yöntem içerisinde yer almaktadır (Cırık ve Efe 2014).

Masaj, sistematik ve amaçlı olarak vücudun yumuşak dokularına elle yapılan işlemdir. Gevşeme ve zihinsel rahatlamaya yol açar (Mamuk ve Davas 2010). Sıcak uygulama, ısı reseptörleri vasıtasıyla ağrıyı inhibe eder ve refleksleri harekete geçirir. Vazodilatasyon etkisi ile ağrıyı azaltır. Parafin, ılık banyo ve sıcak kompresler bu yönteme örnek verilebilir (Arslan ve Çelebioğlu 2004).

Pozisyon verme, vücudun tümünün veya belli bölgesinin pozisyonunu düzenleyerek fiziksel ve psikolojik iyilik halini artırır (Cırık ve Efe 2014).

Soğuk uygulama, vazokonstriksiyon ile dokunun kanlanmasını ve ödemi azaltarak ağrı algısını azaltır. Soğuk kompres ve banyo bu yönteme örnek verilebilir (Yorulmaz 2012).

TENS, (Transkütan Elektriksel Sinir Stimülasyonu) cilde yerleştirilen elektrotlarla sinir sistemine kontrollü olarak düşük voltajlı elektrik akımı uygulamasıdır. Kronik ve akut ağrılarda sıklıkla kullanılmaktadır (Çelik ve ark 2011).

Cilde mentol uygulaması, ağrı algılamasını azaltarak veya dikkati başka yöne çekerek ağrıyı azaltır. (Özveren 2011).

Bilişsel- Davranışsal Yöntemler

Ağrının davranışsal, duygusal, algısal boyutu olduğu ve kişinin ağrıya verdiği anlamın önemine vurgu yapar. Hayal kurma, gevşeme, müzik dinleme ve dikkati başka yöne çekme bilişsel- davranışsal yöntemler içinde yer alır (Özveren ve Uçar 2009).

Hayal kurma, gevşeme ve kontrol duygusu sağlamak için kullanılır. Hayal gücünü kullanarak duygusal imajlar geliştirip ağrının azaltılmasıdır. Ritmik gevşeme ve solunum teknikleri ile etkinliği artar (Özveren 2011).

Gevşeme, gerilimi ve anksiyeteyi etkili bir şekilde azaltır. Gevşeme sonucunda, kan basıncında düşme, oksijen tüketiminin azalması kalp ve solunum hızında azalma görülür (Demiralp ve Oflaz 2007).

Müzik dinleme, fiziksel ve mental sağlığı geliştirmek ve sürdürmek için kullanılır. Ağrı dışında bir uyarana dikkatin odaklanmasını sağlar. Kişinin ağrıya dayanma gücünü artırır (Nguyen 2010; Özveren 2011).

Dikkati başka yöne çekme, dikkati ağrıdan uzaklaştırarak, algılamasındaki şiddeti azaltır. Amaç; ağrıya duyarlılığı azaltıp toleransı arttırmaktır (Arslan ve Çelebioğlu 2004; Yoo ve ark 2011).

Destekleyici Yöntemler

Destekleyici yöntemler, psikososyal bakımı içerir. Aile merkezli bakım; destekleyici yöntemlerde önemlidir. Çocuğun hastaneye yatması ya da tanı ve tedavi amacıyla hastaneye başvurması sırasında ailenin varlığı, çocuğun ağrı ve anksiyetesini azaltmaktadır (Törüner ve Büyükgönenç 2012b).

4.1.7. Ağrı Yönetiminde Hemşirenin Rolü

Ağrı kontrolü multidisipliner bir ekip çalışması gerektirir. Hemşire bu ekip içerisinde vazgeçilmez bir role sahiptir (Dikmen ve ark 2012). Çocuklar, bebeklik döneminden itibaren topuktan kan alınması, venöz girişimler, aşı uygulaması, invaziv girişimler gibi ağrılı işlemlerle sıkça karşılaştıklarından çocuk hemşirelerinin yaşam kalitesini etkileyecek ağrı bulgusunu doğru tanılması ve değerlendirmesi oldukça önemlidir (Göl ve Onarıcı 2015).

Ağrının değerlendirilmesinde anamnez ve gözlem iki temel unsurdur. Anamnez alırken, kullandığı ilaçlar, sosyo-demografik özellikleri, hastalık öyküsü, alerji durumu, ağrının şiddeti, yayılımı, başlama ve bitiş zamanı, ağrıyı arttıran ve azaltan durumlar

sorgulanmalı ve çocuğun yaşına uygun kullanılacak ölçek, ailenin görüşleri de alınarak belirlenmelidir. Gözlem sırasında çocuğun aktivitelerindeki artma ve azalma, inleme, iç çekme, yüz ifadesi, belli bir pozisyonda kalma, ağrılı bölgeyi ovalama gibi hareketleri izlemek önemlidir. Ağrısını sözel olarak ifade edebilen çocuklarda da şimdiki ağrı ifadesi ve geçmiş deneyimleri sorgulanmalıdır (Erden 2015; Çelik 2016; Çöleli ve ark. 2008).

Çocuğu ağrısını değerlendirdikten sonra hemşire, farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemleri kullanarak ağrıyı kontrol altında tutmalıdır. Uygulanan analjeziği doğru dozda ve uygun yolla vermeli, yan etkileri bakımından çocuğu gözlemlemeli, ailenin ve çocuğun bilgi eksikliğini gidermeli, non-farmakolojik yöntemleri çocuğa uygun ve yeterli sıklıkta yapmalı ve uyguladığı girişimler sonucunda ağrı durumunu kaydetmelidir (Bacaksız ve ark. 2008; Büyükyılmaz ve Aştı 2009; Yorulmaz 2012).

4.2. Anksiyete/Kaygı

Anksiyete; hoş olmayan, kişinin kendini fizyolojik veya fiziksel olarak tehdit altında hissettiğinde yaşamdaki stresörlere karşı gösterdiği doğal bir tepkidir. Bunaltı veya kaygı olarak da isimlendirilir. Fizyolojik olarak ellerde ayaklarda terleme, çarpıntı, sık nefes alma, nefes almada zorluk; psikolojik olarak kötü bir şeyler olacakmış korkusu, sıkıntı ve heyecan gibi belirtiler görülür (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal 2011; Uyar ve Korhan 2011).

Çocuklar yaşamlarının herhangi bir döneminde hastaneye tanı veya tedavi amacıyla başvurabilir ya da yatabilirler. Hastane ortamında damar yolu açma, kan alma, tedavilerin yan etkileri, oyun arkadaşlarından ve ailesinde ayrılma çocuklarda sıklıkla görülen anksiyete ve ağrı nedenleridir (Beytut ve ark. 2009; Blount ve Loïselle 2009).

Çocukta yaşanan anksiyete sonucunda, saldırganlık, ağlama, kaçma, kusma, korkuyu saklamaya çalışma ve geri çekilme gibi farklı davranışlar görülebilir. Bu durumda hemşire bozulan dengenin düzeltilmesini, ebeveynlere ya da çocuğa bakım veren kişilere ve çocuklara düzenli eğitim vererek anksiyete düzeylerinin azaltılmasını ve sağlığın devamlılığını sağlamalıdır ayrıca yapılan işlemler hakkında aileye ve çocuğa bilgi vermeli, iletişimini açık tutmalı ve çocuğu bir birey olarak görmelidir (Başbakkal ve ark 2010; Uzun 2011).

4.3. Aile Merkezli Bakım

4.3.1. Tanımı ve ilkeleri

Aile merkezli bakım, çocuk, sağlık çalışanları ve ailesi arasındaki işbirliğine dayalı, çocuk ve ailenin duygusal, sosyal, entelektüel, fiziksel, spiritüel ve kültürel yönlerden bir bütün olarak ele alındığı en üst düzeyde sağlık hizmeti vermek ve yaşam kalitesini artırmak olarak tanımlanmaktadır (Aykanat ve Gözen 2014; Erdeve 2009; Kuşuoğlu ve ark 2009; Teksöz ve Ocakçı 2014). Aile merkezli bakım felsefesi, bakımın planlanması, uygulanması ve değerlendirmesi süreçlerinde ailenin çocuğun bakımının her aşamasına katılmasını içerir (Öztürk ve Ayar 2014).

Aile merkezli bakım ilkeleri (Boztepe 2012; Brown ve ark. 2008; Kuo ve ark. 2012; Shields ve ark 2006);

- Ailenin, çocuğun yaşamındaki önemini ve sürekliliğini bilip saygı göstermek,
- Aile ve sağlık çalışanları arasındaki işbirliğini bakımın her düzeyinde sağlamak,
- Çocuğun sağlığına ilişkin verileri aileler ile tarafsız açık ve eksiksiz bir şekilde paylaşmak,
- Ailelerin etnik, ırk, kültürel ve sosyoekonomik farklılıklarına ilişkin düşünce ve davranışlarına saygı göstermek,
- Ailelerin güçlü yönlerini desteklemek ve çocuğu ile ilgili kararlara ve bakıma katılması konusunda desteklemek,
- Aile üyelerinin birbirlerine destek olmasını ve iletişimlerinin en üst düzeyde olmasını sağlamak,
- Ailelerin gereksinimlerine ve ihtiyaçlarına uygun olan sağlık politikaları ve programları konusunda aileyi yönlendirmek ve yardımcı olmak,
- Çocukları ve aileleri sağlıklarıyla ilgili karar verme konusunda desteklemek özgüvenlerinin gelişmesini sağlamak şeklinde sıralanabilir.

4.3.2. Tarihçesi

Yirminci yüzyılın ortalarına kadar çocuklar aileleri olmadan hastaneye yatırılmakta, aileler çocuklarını ziyaret etmek için izin alamamakta, anne çocuğun bakımında olumsuz bir faktör olarak algılanmaktaydı. Ailelere çocuklarını ziyaret etmeleri için haftada en fazla yarım saat izin verilmekteydi. Bu durum çocuklarda psikolojik rahatsızlıklara, ağır ve kalıcı travmalara neden olarak, taburculuk süresini geciktirmekteydi (Boztepe 2012; Jolley ve Shields 2009).

Birinci Dünya Savaşı'ndan önce çocukların duygusal ihtiyaçlarının önemi vurgulanmaya başlandı. Hemşireler 1920'lerden önce çocukların sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarını içine alan bakım planını uygulamaya başladılar. Bununla birlikte 1920'lerde sanayileşme ile beraber çevre değişmiş ve hastaneler çocuklar için korkunç bir yer haline gelmişti. Bu dönemde hemşireler hastanede çapraz enfeksiyonlar ve bulaşıcı hastalıklar ile mücadele ediyordu. Yeterli antibiyotik olmayışı ve ailelerin enfeksiyonları yayacağı korkusu nedeniyle aileler hastaneye alınmıyor, enfeksiyon hastalıkları ile mücadele etmek çocukların ve ebeveynlerin duygusal ve sosyal ihtiyaçlarından daha öncelikli görülüyordu (Jolley ve Shields 2009).

Aile merkezli bakım yaklaşımını geliştirme çabaları 1920 ve 1970 yılları arasında başladı. Ailelerin hastaneye alınmamasını ilk sorgulayan kişi Sir James Spence 1920'lerde ilk anne ve bebek ünitesini kurdu. Amerika Birleşik Devletleri'nde 1940 ve 1950'de "enfeksiyon çocukların ziyaretini kısıtlamak için bir neden mi?" diye sorgulanmaya başlandı. Yeni Zelanda'da 1940 yılında iki plastik cerrah anneleri ile birlikte olan bebeklerin daha iyi olduğunu gösterdi. Yeni Zelanda'da yapılan başka bir çalışmada anneleri yanında olan bebekler ile anneleri yanında olmayan bebeklerin enfeksiyon oranları kıyaslanmış ve anneleri yanında olan bebeklerin enfeksiyon oranında artış gözlenmediği bildirilmiştir (Shields ve Tanner, 2004).

İkinci Dünya Savaşı'nın getirdiği büyük yıkım sonucunda Avrupa'da binlerce çocuk kırsal bölgelere ve ülke dışına tahliye edilmiş, savaş hem yetişkin hem de çocukların psikolojik sağlığına ilişkin endişeleri arttırmıştır (Bradley 2001). İkinci Dünya Savaşı sırasında Londra'da Dorothy Burlingham ve Anna Freud uzun süreli bakıma ihtiyacı olan çocukların evlerine giderek bu çocuklar üzerinde ayrılık etkilerini ve savaş travmasını incelemişlerdir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 1945 yılında Renee Spitz, "hospitalizm" terimini sağlıkla ilgili bir düşünüş olduğunu belirtmek için kullanmıştır. John Bowlby ve James Robertson adlı iki İngiliz kuramcının çalışmaları aile merkezli bakımın gelişmesine büyük katkı sağlamıştır. Araştırmacı ve film yapımcısı olan Robertson 1953 yılında "İki yaşındaki hastaneye gidiyor/a two year old goes to hospital" ve "Hastaneye Anneyle Gitmek/Going to hospital with Mother" adlı filmleri ile 1958 yılında yayınladığı "Hastanedeki Küçük Çocuk/Young Children in Hospital" adlı kitabında hospitalizasyon sürecinin çocuk üzerinde hastalıktan daha fazla

acı ve stres yarattığı ve bunun sonucunda da iyileşme sürecinin uzadığının anlaşılmasını sağlamıştır (Aykanat ve Dözen 2014; Jolley ve Shields 2009).

Bu gelişmeler sonucunda İngiltere’de Sağlık Bakanlığı tarafından 1959’da yayınlanan “Platt Raporu” önemli bir adım olmuştur. Bu raporda (Shields ve Tanner, 2004);

- Ailelerin ziyaretlerinin kısıtlı olmaması,
- Çocuk servislerinde oyun aktivitelerinin düzenlenmesi,
- Hastanede çocuk ve ailesinin beraber kalabileceği ortamın sağlanması,
- Çocukların bakım ve tedavisine katılacak sağlık personelinin çocukların duygusal ihtiyaçlarını anlayabilecek yeterlilikte olması ve eğitimlerinin bu şekilde planlanması gerektiği vurgulanmıştır.

Bowlby ve Robertson’ın kuramı, Robertson’ın filmleri ve kitabı, Platt Raporu’nun yayınlanması gibi gelişmeler pediatriistlerin, hemşirelerin ve ailelerin de içinde bulunduğu ortamlarda tartışılmıştır. İngiltere’de Çocukların Refahı için Ulusal Birlik (National Association for the Welfare of Children) kurulmuş, ayrıca “Hasta Çocuklar için Girişim (Action of Sick Children-ASC) olarak bilinen oluşum tüm Avrupa, Avustralya ve Güney Amerika’da benzer grupların hareketlerinin gelişimine katkı sağlamıştır (Jolley ve Shields 2009).

Bu gelişmelere rağmen 1960’lı yıllarda sağlık çalışanlarının kendilerinin çocuğun bakımını daha iyi sağlayacaklarını düşünmeleri ailelerin çocuğun bakımına etkin katılımını kısıtlamış, bu durum ciddi psikolojik, duygusal ve gelişimsel sorunları beraberinde getirmiştir. Anne ve çocuk ayrılığı ile ilgili yapılan çalışmalar neticesinde ailelerin fonksiyon ve yeteneklerinin farkına varılmıştır. Çocukların bakım ve tedavisinde, hemşireler ve aileler arasında yapılan işbirliğinin yararlarını ilk ortaya koyan araştırmacı hemşire Florence Blake’dir (İşler ve Conk 2006; Kuo ve ark. 2012). Amerika’da 1992 yılında Aile Merkezli Bakım Enstitüsü kurulmuş ve Çocuk Sağlık Bakım Derneği’nin görevini devralmıştır. Bu görevin amacı bebekler, çocuklar ve ergenlerin bakımına yönelik aile merkezli bakım yaklaşımının uygulanmasını geliştirmek için ülke çapında bir program geliştirmek olmuştur (Foster 2010).

Çocukların sağlığının korunup sürdürülmesinde, psikososyal ve gelişimsel ihtiyaçlarının karşılanmasında ailenin öneminin kavranması ile birlikte aile merkezli bakım yaklaşımı yirminci yüzyılın ikinci yarısından sonra giderek önem kazanmıştır.

Günümüzde ailelerin büyük çoğunluğu çocuklarıyla birlikte hastanede kalmakta ve bakıma etkin olarak katılmaktadır (Anol 2016).

4.3.3. Aile Merkezli Bakımın Yararları

Aile merkezli bakım uygulamaları, çocuklar için en iyi düzeyde bakım vermeyi hedefleyen sağlık çalışanı ile ailenin işbirliği yaptığı tek model olmakla birlikte, ailelerin anksiyete düzeylerini, çocukların anksiyete ve ağrı düzeylerini azaltmakta ve iyileşme sürecini hızlandırmaktadır (Basal ve ark 2012; Boztepe ve Çavuşoğlu 2009; Öztürk ve Ayar 2014; Pruitt ve ark 2008). Ayrıca annenin hastanedeki çocuğunun bakımına katılımının çocuğun psikolojik, fiziksel ve sosyal sağlığını iyi yönde etkilediği ve ailelerin çocuğun bakımındaki kontrol duygusunun devam etmesini sağladığı bilinmektedir. Girişimler sırasında çocuğun yanında olan ailelerin çocuklara duygusal destek sağladıkları, çocuk için her şeyin yapıldığını gördükleri, anksiyete düzeylerinin daha az olduğu ayrıca ailelerin yeniden canlandırma gibi durumlarda da çocuğun yanında olmayı istedikleri, çocuğun yanında bulunmayan ailelere göre yas süreciyle daha iyi baş ettikleri belirtilmiştir (Egemen ve ark 2006; Isoardi ve ark 2005).

Mangurten (2006)'in pediatrik acil serviste invaziv prosedürler ve resüsitasyon sırasında aile varlığının etkilerini incelediği çalışmada, ailelerin işlemler sırasında çocuklarının yanında kalmak istedikleri, onlara yardımcı olacaklarına inandıkları ve korkularının azaldığını ifade ettikleri belirtilmiştir. Ayrıca aileler işlemlere dahil olmayı bir hak olarak gördüklerini ifade etmişlerdir.

Balling ve McCubbin (2001)'in çocuklarıyla birlikte hastanede kalan 50 aile ile yaptıkları çalışmada hastane politikaları nedeniyle yapılan işlemler sırasında çocuklarının yanında olamayan ailelerin endişe yaşadıkları belirlenmiştir.

Melnyk (2006)'in hastanede çocuğun bakımına katılan ailelerin taburcu olduktan sonra çocukta oluşabilecek davranış değişikliğine etkisini inceledikleri çalışmalarında, aileleri bakıma katılan çocuklar da taburcu olduktan sonra olumsuz davranış değişikliğinin önemli ölçüde azaldığı belirlenmiştir.

Oktay (2009)'ın 'Bir Üniversite Hastanesinin Çocuk Servislerinde Verilen Bakımın Aile Merkezli Bakım Yönünden İncelenmesi ve Anne Görüşlerinin Belirlenmesi' adlı çalışmasında çocuğun bakımına katılan ailelerin anksiyetelerinin azaldığı ve çocuğun bakımında kontrol duygusu sağladığı bildirilmiştir.

Çelik ve ark (2013)'nın 'Hasta Yakınlarının Acil Serviste Yapılan Girişimsel Uygulamalar Sırasında Hastalarının Yanında Bulunabilme İsteği İle İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi' adlı çalışmasında, ailelerin artan oranda girişimsel işlemlere eşlik etmek istedikleri ve bunu kendileri ve hastalar için bir hak olarak gördükleri belirtilmiştir.

Aksun (2008)'un 'Kronik Hastalığı Olan Çocukların Annelerinin Sosyodemografik Özellikleri, Depresyon, Anksiyete, Problem Çözme Yeteneği ve Yaşam Kaliteleri Açısından Değerlendirilmesi' adlı çalışmasında ailelerin girişimler sırasında ağrı ve anksiyeteyi azaltmak için çocuklarının yanında kalmayı istedikleri ve bunun sonucunda da aileleri yanında olan çocukların ağrı düzeyinde azalma olduğu belirtilmiştir.

Byres (2006)'ın 114 preterm bebek ve aileleri ile yaptıkları çalışmada, aile merkezli bakım uygulanan gruptaki preterm bebeklerin, ağrı kesici gereksinimlerinin daha az olduğu, stres düzeylerinin daha düşük olduğu ve daha az ağladığı gözlemlenmiştir.

Hallström (2002) tarafından yapılan çalışmada, hastanede aileleri ile birlikte olan çocukların kontrol grubuna göre daha az ağrı yaşadıkları, daha erken hareketlendikleri ve taburcu olduklarını saptanmıştır.

Fein (2004) tarafından yapılan çalışmada, hemşireler ailelerin ağırlı işlemler sırasında çocuklarının yanlarında bulunmalarının yararlarını, yapılan işleme yardım etme, çocuğu sakinleştirme ve ailenin yapılan işlemleri görmesi olarak belirtmişlerdir.

McLean (2003) tarafından 961 hemşire ile yapılan başka bir çalışmada hemşireler, çocukları ile birlikte hastanede olan ailelerin çocuğa destek sağladığını ve hastaneye uyumunu kolaylaştırdığını belirtmişlerdir.

Westrup (2007) tarafından yapılan çalışmada kliniklerde aile merkezli bakım uygulanmasının bebekler de davranışsal stres bulgularını ve ağrı seviyesini azalttığı görülmüştür.

Karabudak ve ark (2010)'nın 'Girişimler Sırasında Aile Üyeleri Nerede Olmalı?' adlı çalışmasında hemşireler girişimsel işlemlere ailelerin katılmasının nedenlerini; çocuğun korku ve anksiyetesini gidermek, ekibe çocuk hakkında gerekli bilgiyi vermek ve çocuğa manevi ve duygusal destek sağlamak olarak belirtmişlerdir.

4.3.4. Aile Merkezli Bakımın Sınırlılıkları

Aile merkezli bakım yaklaşımında bakımın temelinde aile yer alır ve aile sağlık çalışanları ile işbirliği içindedir. Aile merkezli bakım felsefesi, bakımın planlanması, uygulanması ve değerlendirmesinde ailenin çocuğun bakımının her aşamasına katılmasını içermesine rağmen ailenin katılımına yönelik olumsuz düşünceler bulunmaktadır (Boztepe ve Çavuşoğlu 2009; Öztürk ve Ayar 2014). York (2004) ve Clark (2005) çalışmalarında sağlık çalışanlarının tıbbi işlemler sırasında ailenin üzgün olacağı ve müdahale edebilecekleri endişesi ile işlemler sırasında ailenin bulunması desteklemediklerini belirtmişlerdir. Boztepe ve Çavuşoğlu (2009)'nun 'Bir Üniversite Hastanesindeki Uygulamaların Aile Merkezli Bakım Yönünden İncelenmesi' çalışmasında çocuğun bakımı konusunda annelerin yaklaşık yarısına hemşireler tarafından bilgi verilmediği, bilgi verilen annelerin % 41,5'inin de verilen bilgiyi anlamadığı belirlenmiştir. Ailelerin yeterince bilgilendirilmemesi aile merkezli bakım yaklaşımında karşılaşılan en önemli güçlüklerdendir. Roden (2005) tarafından yapılan çalışmada aileler hemşirelerin kendilerine yeterli bilgi vermediğini, kaba davranıldığını ve onları dinlemediklerini ifade etmişlerdir. Karabudak ve ark. (2010)'nın çalışmasında hemşireler; ailenin duygusal tepki verme riski olduğu, sağlık çalışanlarının stresini artırıp çalışmalarını zorlaştıracağı, kargaşa ve karışıklığa neden olabilecekleri için ailelerin girişimsel işlemler sırasında bulunmaması gerektiğini ifade etmişlerdir.

Aile merkezli bakım yaklaşımının uygulanması ait engeller (Tosun ve Tüfekçi 2015; Kuo ve ark. 2012; Bamm ve Rosenbaun 2008);

- Aile ve sağlık çalışanları arasında uygun olmayan iletişim, anlayış eksikliği,
- Uygun çevresel düzenlemenin olmaması,
- Yöneticilerin aile merkezli bakımın faydalarına yönelik bilgisinin yeterli olmaması,
- Kurumun maddi kaynaklarının yetersiz olması,
- Yönetimsel olarak aile merkezli bakım yaklaşımına destek verilmemesi,
- Sağlık çalışanlarının çocuğun bakımda ailenin rolüne ilişkin algıları,
- Aile merkezli bakım yaklaşımının gerekli olmadığına inanılması,
- Ailenin sağlık çalışanlarının gizliliğini ihlal edeceği düşüncesi,
- Hasta yakınlarının sağlık çalışanlarına şiddet uygulayacağı endişesi,
- Aile merkezli bakım yaklaşımının yüksek maliyetli ve zaman alacağı düşüncesi şeklinde sıralanabilir.

4.3.5. Aile Merkezli Bakımda Çocuk Hemşiresinin Rolü

Çocuk hemşireliğinde aile merkezli bakım; çocuk ve aileyi duygusal, sosyal, entelektüel, fiziksel spiritüel ve kültürel yönlerden bir bütün olarak ele alıp en üst düzeyde sağlık hizmeti vermek olarak tanımlanabilir (Törüner ve Büyükgöneneç 2012a). Hemşireler hastanede çocuklar ve aileleri ile en yakın ilişkide olan sağlık çalışanları olduğundan hastanedeki bakımın aile merkezli bakım olması yönündeki farklılığı ve değişimi yaratabilmede önemli bir pozisyona sahiptirler (Oktay 2009).

Mackay (2010) tarafından yapılan bir çalışmada hemşirelerin büyük bir kısmı, aile merkezli bakımın çocuğa verilen ve bütün aileyi içine alan bir bakım olduğunu, çocuğun hastalığından etkilendiklerini ve aileyi bakıma katmanın gerekli ve mantıklı olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir.

Abdulkaki (2011)'nin 100 pediatri hemşiresi ve anne ile yaptığı çalışmada, pediatri hemşirelerinin ve annelerin büyük çoğunluğunun hijyen, beslenme ve fiziksel bakıma katılma faaliyetlerine olumlu baktıkları belirlenmiştir.

Petersen (2004)'in çalışmasında bütün hemşirelerin aile merkezli bakım uygulamalarını gerekli bulmalarına rağmen uygulamaya yeterli düzeyde yansıtamadıkları ayrıca deneyimli hemşirelere göre daha az deneyimli hemşirelerin aile merkezli bakım ilkelerini daha önemli bulduğu saptanmış ve bunun nedeninin son on yıldaki eğitimin aile merkezli bakım uygulamalarına odaklı olması olarak değerlendirilmiştir.

Çocuk hemşiresi ailelerin sağlık personeli ile etkili bir iletişime geçmeleri ve bakıma katılımını sağlamak için öncelikle ailelere ve çocuklara servisi tanıtmalı, çalışanlar, servis rutinleri ve diğer uygulamalar hakkında bilgi vermelidir (Tosun ve Tüfekçi 2015).

Schaffer (2000) tarafından ailelerin hemşirelerden beklentilerini ve ailelerin doyumunu belirlemek amacıyla hastaneden çocuğu taburcu olan 177 aile ile yapılan çalışmada ailelerin beklentilerinin; iletişim güvenliğini sağlama, bakım verme, fiziksel çevreyi sağlama, güvenliği sağlama ve memnuniyet olduğu belirlenmiş ve aileler hemşirelerden çocuğa bakım uygulanması sırasında kendilerine karşı destek sağlayıcı ve duyarlı olunmasını belirtmişlerdir.

Hallström (2002) tarafından hospitalizasyon sürecinde ailelerin ihtiyaçlarını belirlemek amacıyla 24 çocuk ve 35 aile ile yapılan çalışmada ailelerin çocukları hakkında sağlık personeli tarafından bilgilendirilmek istediği ve çocuğun bakımına

katılmak istediklerini belirtmiştir. Ailelerin ihtiyaçlarını; iletişim, çocuğun bakımında güvenliği sağlama, kontrol, iyi aile olma, sağlık ekibiyle uyum, kişisel ihtiyaçlarını karşılama ve çocuğun acısını dindirme şeklinde belirtmiştir.

Blower ve Morgan (2000)'ın yaptığı çalışmada ebeveynlerin hemşirelerden beklentileri arasında, hemşirelerin ebeveynlerin katılmasını bekledikleri işlemler ile ebeveynlerin katılmayı düşündükleri arasında önemli farklılıklar bulunmuştur. Hemşireler ebeveynlerin ne yapmasını istediklerini net bir şekilde görürken ebeveynler onlardan beklenenden emin olamamışlardır. Niteliksel verilerin analizi, ebeveynlerin banyo yapma ve beslenme gibi normal faaliyetlerine devam etmek istediklerini tavsiye etmiş, ancak bazı durumlarda ebeveynlerin çocuğun bakımına daha fazla katılım talep etmek istemelerine rağmen hemşirelerle olan müzakere eksikliğinden ve kendilerini ifade edememe hissi nedeniyle mümkün olmamıştır. Bazı durumlarda, hemşireler ebeveynlerin bakım vermelerine, onların gerekli becerilere sahip olmamaları ve bakıma olan katkılarını kontrol edememelerinden dolayı isteksiz olmuşlardır

Lam (2006) çalışmasında, ailelerin çocuklarının günlük ihtiyaçlarını karşılamaktan kendi ihtiyaçlarının karşılayamadıklarını belirtmiştir.

Erdim ve ark (2006)'ın "Annelerin Çocuklarının Hastaneye Yatışından Etkilenme Durumlarının Araştırılması" çalışmasında annelerin endişelerin giderilmesi yönünde sağlık ekibinden oldukça düşük oranda destek aldığı belirlenmiştir. Çocuk hemşiresi, aileyi bakıma etkin bir şekilde dahil olma konusunda desteklemelidir. Ancak ailelerin çocuğun tüm bakım gereksinimleri ile ilgilenmeye çalışması kendi bakım gereksinimlerini karşılayamamalarına neden olacağı için çocuk hemşiresi bakım planını çocuk ve ailenin gereksinimleri göz önüne alarak planlamalıdır. Ailenin güçlü ve zayıf yönlerini bilerek geliştirmeye çalışmalı, ailelerin çocuğun bakımında fiziksel ve duygusal tükenmişlik yaşamalarını önlemek için, çocuğun bakımında ailelere destek olacak düzenlemeleri hastane yönetimi ile paylaşmalı, aileleri çocuğun bakımına dahil olma sürecinde denetlemeli, aileye çocuğun bakımı ile ilgili eğitim vermeli ve bu eğitimi çocuk taburcu oluncaya kadar sürdürmelidir (Boztepe ve Çavuşoğlu 2009; Dur ve ark 2016).

Sonuç olarak, çocuk hemşiresi çocuğa ilişkin tüm bilgileri tarafsız, anlaşılır, ailenin anlayacağı şekilde ve uygun iletişim tekniklerini kullanarak anlatmalı, soru sormalarına fırsat vermeli, sosyal, kültürel, dini değerlerine ve farklılıklarına saygılı olmalı, çocuğu ile ilgili yaşadığı endişeyi paylaşmasına olanak vererek aile ile

arasındaki iletişimi açık tutmalı, çocuk ve ailesinin hastane ortamında olmaya bağlı yaşadığı ağrı ve anksiyeteyi azaltacak farmakolojik ve non farmakolojik yöntemleri uygulamalıdır (Erdim ve ark 2006).



5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, çocuk acil servise başvurusu sırasında invaziv girişim uygulanan 9-12 yaş arasındaki çocukların ebeveynlerinin işleme dahil olma, işlem sırasında yanında bulunma ve işlem sırasında yanında bulunmama durumlarının çocukların ağrı ve anksiyete düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü deneysel bir çalışma olarak gerçekleştirildi.

5.2. Araştırmanın Hipotezleri

Hipotez 0 (H0): İnvaziv girişimler sırasında ebeveynleri işleme dahil olan çocukların ağrı ve anksiyete düzeyleri ile ebeveynleri yanında bulunan ve bulunmayan çocukların ağrı ve anksiyete düzeyleri arasında fark yoktur.

Hipotez 1 (H1): İnvaziv girişimler sırasında ebeveynleri işleme dahil olan çocukların ağrı düzeyleri, ebeveynleri yanında bulunan ve bulunmayan çocukların ağrı düzeylerinden daha düşüktür.

Hipotez 2 (H2): İnvaziv girişimler sırasında ebeveynleri işleme dahil olan çocukların anksiyete düzeyleri, ebeveynleri yanında bulunan ve bulunmayan çocukların anksiyete düzeylerinden daha düşüktür.

Hipotez 3 (H3): İnvaziv girişimler sırasında işleme dahil olan ebeveynlerin anksiyete düzeyleri, çocuğunun yanında bulunan ve bulunmayan ebeveynlerin anksiyete düzeylerinden daha düşüktür.

Hipotez 4 (H4): Ebeveynlerin durumluk sürekli anksiyete düzeyleri, çocukların durumluk ve sürekli anksiyete düzeyleri etkiler.

Hipotez 5 (H5): Ebeveynlerin durumluk sürekli anksiyete düzeyleri, çocukların ağrı düzeylerini etkiler.

5.3. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın **bağımsız değişkenleri**; ebeveynlerin işleme dahil olma, işlem sırasında çocuğun yanında bulunma ve işlem sırasında çocuğun yanında bulunmama durumları **bağımlı değişkenleri**; ağrı ve anksiyete olarak belirlendi.

5.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma verileri, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Acil Bilim Dalında Ekim 2016 - Mayıs 2017 tarihleri arasında toplandı. Çocuk acil ünitesi, resüsitasyon, poliklinik ve müşahade olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. Ünitelerde toplam 11 hemşire çalışmaktadır. Resüsitasyon odasında; resüsitasyon, entübasyon, mide lavajı, konvülziyona müdahale gibi uygulamalar yapılmaktadır. Araştırmanın yapıldığı poliklinik bölümünde kan alma, damar yolu açma, intravenöz enjeksiyon, intramuskuler enjeksiyon, nebul tedaviler uygulanmaktadır. Hastanın tedavisi ve bakımının yapıldığı müşahade bölümü ise 10 yataklıdır.

5.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Acil Servisine başvuran çocuklar ve ebeveynleri, örneklemi ise evren içinden basit rastgele örnekleme yöntemi ile randomize olarak belirlenen, invaziv girişim uygulanacak, araştırmaya katılmaya gönüllü, 9-12 yaş grubu arasındaki çocuklar ve ebeveynleri oluşturdu. Örneklem sayısını belirlemek amacıyla G*Power (v3.1.9) programı kullanılarak güç analizi yapıldı. Tip 1 hata olasılığını (anlamlılık düzeyi) 0.05, bivariate testlerin gücünün %80 veya %95 (Tip 2 hatanın %20 veya 0.05) olması ve herhangi bir denetlemede '4' birimlik değişimin klinik olarak anlamlı kabulüne göre her bir grup için yaklaşık denek sayısı 40 olarak hesaplandı. Çocuklar ebeveyni işleme dahil olan ve işlem sırasında çocuğun yanında olan grup olarak ikiye ayrıldı ve ebeveyni işleme dahil olan grup 54 kişi, ebeveyni yanında olan grup 57 kişi olacak şekilde ayrıldı. Ancak verilerin toplanması sırasında ebeveyni işleme dahil olan gruptaki ebeveynlerden 14 ebeveyn ve ebeveyni yanında olan gruptaki ebeveynlerden 17 ebeveyn çocuğun yanında bulunmak istemediler ve ebeveyni yanında olmayan grup olarak 3. bir grup oluşturuldu (n=31). Böylece örneklem seçim kriterlerine uyan 111 çocuk ve ebeveyn ile araştırma gerçekleştirildi.

Örneklem Seçim Kriterleri

Araştırma grupları oluşturulurken aşağıdaki kriterler gözönüne alındı;

- İnvaziv girişim (kan alma, damar yolu açma, intramuskuler enjeksiyon, intravenöz enjeksiyon) uygulanacak olması,

- 9-12 yaş arasında olması (çocuklar için kullanılan durumluk ve sürekli kaygı envanterinin 9-12 yaş için kullanılabilir olması),
- İletişimi engelleyecek herhangi bir ruhsal ve/veya fiziksel sağlık sorununun olmaması,
- Ebeveyn ve çocuğun Türkçe konuşuyor olması,
- Ebeveyn ve çocuğun araştırmaya katılmaya gönüllü olması.

5.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri; “Veri toplama formu”, “Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (The State-Trait Anxiety Inventory)”, “Çocuklar İçin Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (The State-Trait Anxiety Inventory for Children)” ve “Görsel Analog Skala (Visual Analog Scale-VAS)” olmak üzere 4 araç kullanılarak toplandı.

5.6.1. Veri toplama formu (EK-1)

Araştırmacı tarafından literatür bilgisine dayanılarak geliştirilen veri toplama formu iki bölümden oluşmaktadır (Abdulkaki ve ark 2011; Boztepe ve Çavuşoğlu 2009; Tosun ve Tüfekçi 2015). Birinci bölümde; “çocuğun şikayeti, cinsiyeti, yaşı, uygulanan invaziv girişim, daha önce invaziv girişim uygulanma durumu, uygulandı ise hangi invaziv girişimin uygulandığı ve ne zaman uygulandığı” bilgilerini sorgulayan toplam 5 madde, İkinci bölümde; “annenin yaşı, eğitim durumu, daha önce invaziv girişimler sırasında çocuğunun yanında bulunma durumu, daha önce uygulanan invaziv girişimler sırasında işleme dahil olma durumu ve daha önce uygulanan invaziv girişimler sırasında ağrıyı azaltmak ya da gidermek için herhangi bir yöntemin kullanılıp kullanılmadığını, kullanıldı ise hangi yöntemin kullanıldığını” bilgileri sorgulayan 6 madde yer almaktadır.

5.6.2. Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (EK-2)

Kaygı/anksiyete düzeyini belirlemede kullanılan ölçek, Spielberger ve arkadaşları tarafından 1964 yılında 14 yaş ve üzeri bireylerin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Öner ve Le Compte (1983) tarafından yapılmıştır.

Kısa ifadelerden oluşan ve kendini değerlendirme türü olan ölçek; ‘durumluk kaygı ölçeği’, ‘sürekli kaygı ölçeği’ olarak iki kısımdan ve her ölçekte 20 madde olmak üzere toplam 40 maddeden oluşmaktadır. ‘Durumluk kaygı ölçeği’ o an hissedilenleri, sürekli kaygı ölçeği son bir haftadaki hissedilenleri belirlemek amacıyla oluşturulmuştur.

(1)Hiç, (2)Bazen, (3)Çok zaman, (4)Tamamıyla ifadeleri durumluk kaygı ölçeğinin ; (1)Hemen hiçbir zaman, (2)Bazen, (3)Çok zaman ve (4)Hemen her zaman ifadeleri sürekli kaygı ölçeğinin yanıtlarıdır. Ölçekte olumsuz duyguları doğrudan ifadeler, olumlu duyguları tersine dönmüş ifadeler belirtir. İfadeler puanlanırken 4 ağırlık değerinde olan puanlar 1'e, 1 ağırlık değerinde olan puanlar 4'e dönüşür. Tersine dönmüş ifadelerde 4 değerindeki cevaplar düşük kaygıyı 1 değerindeki cevaplar ile doğrudan ifadelerdeki 4 değerindeki cevaplar yüksek kaygıyı ifade eder. Tersine dönmüş ifadelerle 'kendimi sakin hissediyorum' doğrudan ifadelerle 'huzursuzum' ifadesi örnek gösterilebilir. Durumluk kaygı ölçeğinde 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddeler tersine dönmüş ifadeleri, sürekli kaygı ölçeğinde, 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. maddeler tersine dönmüş ifadeleri belirtir. Puanlama bilgisayarla veya elle olmak üzere iki şekildedir;

Elle Puanlama: Doğrudan ifadeler için ayrı, tersine dönmüş ifadeler için ayrı iki anahtar hazırlanır. Doğrudan ifadelerin toplam ağırlıklı puanından tersine dönmüş ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkarılır ve değeri sabit, önceden tespit edilmiş durumluk kaygı ölçeği için 50, sürekli kaygı ölçeği için 35 değeri bu sayıya eklenir. Elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır. Ölçeklerden elde edilen puanlar 20 ile 80 arasında değişir ve puanın büyük olması yüksek kaygıyı, küçük olması düşük kaygı seviyesini belirtir. Yüzdeler puan sırasına göre yorumlanırken de aynı kural geçerlidir. Düşük yüzdeler sıra (1,5,10) düşük kaygı seviyesini belirtir. Ortalama puan seviyesi 36 ile 41 arasında değişmektedir. Ölçeğin Kuder-Richardson (Alpha) güvenilirliğinin. 83 ile. 87 madde (Item Remainder) güvenilirliğinin. 34 ile. 72 ve test-tekrar test güvenilirliğinin. 71 ile. 86 arasında değiştiği bildirilmektedir.

Bu çalışmada durumluk kaygı ölçeğinin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı tüm grup için .82, ebeveyni işleme dahil olan grup için .75, ebeveyni yanında bulunan grup için .81, ebeveyni yanında bulunmayan grup için .88 olarak bulunmuştur. Sürekli kaygı ölçeğinin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı tüm grup için .78, ebeveyni işleme dahil olan grup için.72, ebeveyni yanında olan grup için .82, ebeveyni yanında olmayan grup için .77 olarak bulunmuştur.

Ölçekte kullanılan kaygı ifadesi yerine bu çalışmada ortak bir dil kullanmak için anksiyete kelimesi kullanılmıştır.

5.6.3. Çocuklar İçin Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (EK- 3)

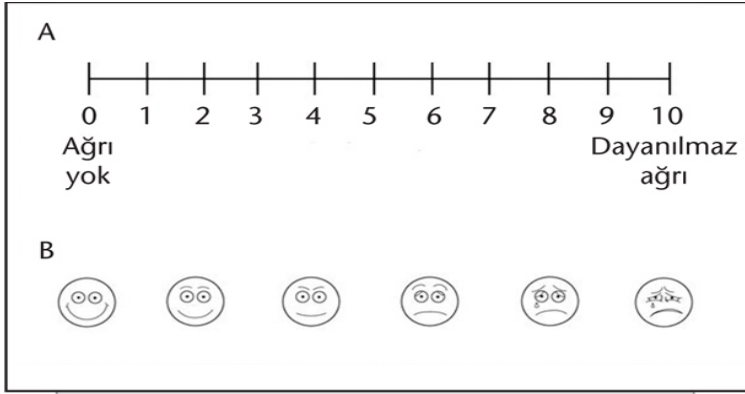
Spielberger tarafından 9-12 yaş gurubu arasındaki çocukların durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Türkçe'ye uyarlaması, geçerlik ve güvenilirliği Özusta (1993) tarafından yapılmıştır. Ölçek 'durumluk kaygı ölçeği', 'sürekli kaygı ölçeği' olmak üzere iki kısımdan ve her kısımda 20 madde olmak üzere toplamda 40 maddeden oluşmaktadır. Durumluk kaygı ölçeği çocukların o an nasıl hissettiklerini sürekli kaygı ölçeği genel olarak nasıl hissettiklerini belirlemek amacıyla oluşturulmuştur. "Hemen hemen hiç", "bazen" ve "sık sık" ifadeleri sürekli kaygı ölçeğinin cevaplarıdır. Bu ifadelerden 'sık sık' en yüksek puan olan 3'ün "hemen hemen hiç" ise en düşük puan olan 1'in alınmasına yol açar. Çocukların gerginlik, telaş, sinirlilik, gibi duyguları durumluk kaygı ölçeğiyle değerlendirilir. En yüksek puan olan 3 bu duyguların varlığının çok olduğunu, en düşük puan olan 1 ise bu duyguların varlığının olmadığını belirtir. Sürekli kaygı ölçeği ve durumluk kaygı ölçeğinden alınacak puanlar 20 ile 60 arasında değişir.

Bu çalışmada çocuklarda durumluk kaygı (nasıl hissediyorum) anketinin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı tüm grup için .90, ebeveyni işleme dahil olan grup için .90, ebeveyni yanında olan grup için .90, ebeveyni yanında bulunmayan grup için .91 olarak bulunmuştur. Sürekli kaygı (nasıl hissediyorum) anketinin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı tüm grup için .86, ebeveyni işleme dahil olan grup için .88, ebeveyni yanında bulunan grup için .83, ebeveyni yanında bulunmayan grup için .85 olarak bulunmuştur.

Ölçekte kullanılan kaygı ifadesi yerine bu çalışmada ortak bir dil kullanmak için anksiyete kelimesi kullanılmıştır.

5.6.4. Görsel Analog Skala (EK-4)

Price ve arkadaşları (1983) tarafından ağrının şiddetini ölçmek ve takip etmek amacıyla geliştirilen Görsel Analog Skalının 7 yaş ve üzerindeki bireyler için kullanımı uygundur. Kullanımı basit, etkili, geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Bir ucunda ağrı yok (0) diğer ucunda olabilecek en şiddetli ağrı (10) yazan 10 cm'lik bir cetveldir. Yatay ya da dikey olarak kullanılabilir (Şekil 1).



Kabalak, A. A., Öztürk, H., Çağır, H. (2013). Yaşam sonu bakım organizasyonu; palyatif bakım. *Yoğun Bakım Dergisi*; 11(2), 56-70.

Şekil 5-1: Görsel Analog Skala

5.7. Verilerin toplanması

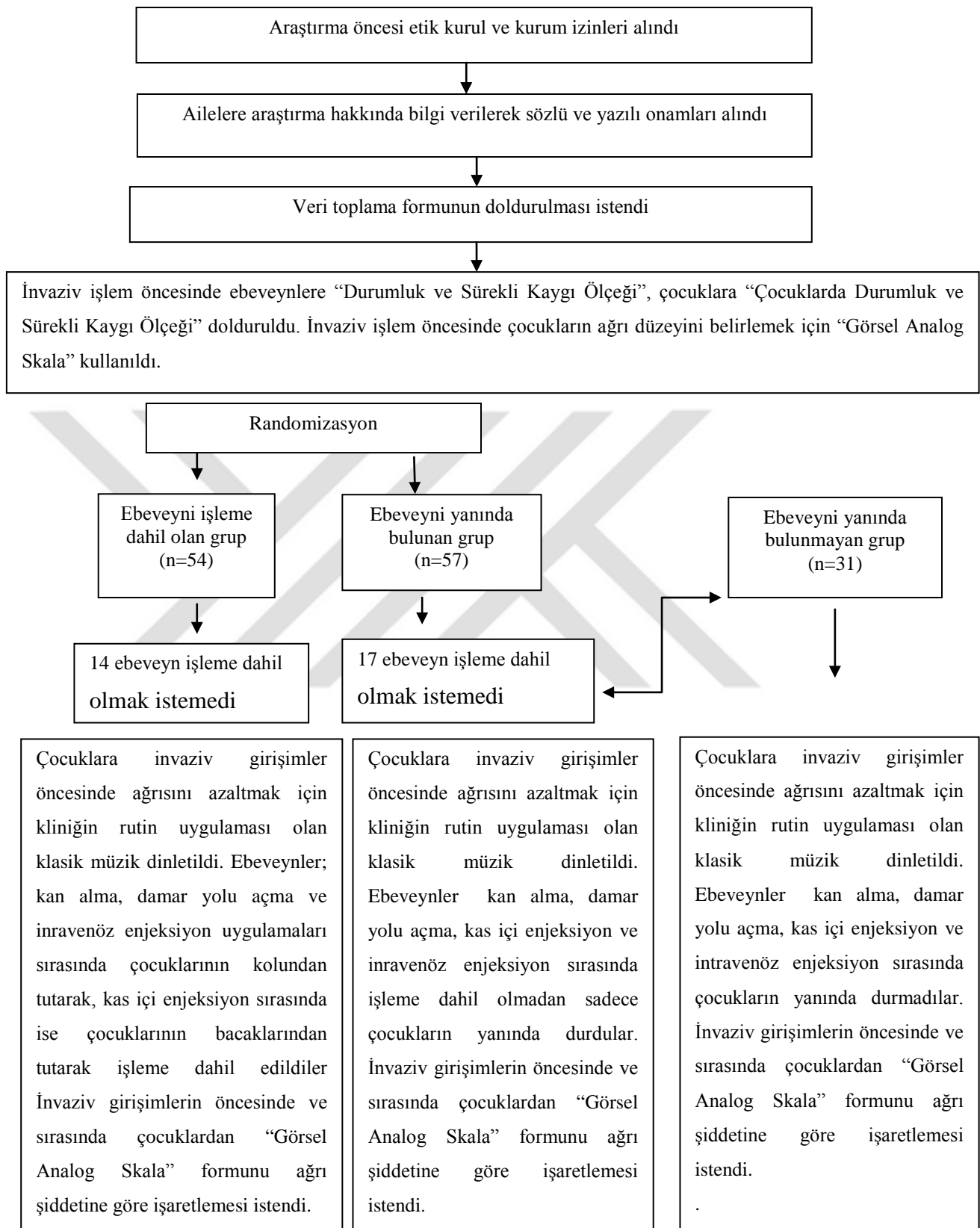
Ön Uygulama Aşaması: Araştırmanın örneklem kriterlerine uygun olan çocukların ailelerinden invaziv girişim öncesinde araştırma hakkında bilgi verilerek onayları alındı. Toplam 4 çocuğa ön uygulama yapıldı. Ön uygulama sonrası veri toplama formu ve süreci yeniden düzenlendi. Ön uygulama yapılan çocuklar da araştırma kapsamına alındı.

Uygulama Aşaması: Veri toplama sürecinde araştırma kapsamına alınan çocuklar ve ebeveynleri ebeveyni işleme dahil olan ve ebeveyni yanında bulunan grup olarak ikiye ayrıldı. Hangi vakanın hangi grupta yer alacağını belirlemek amacıyla bilgisayar destekli randomizasyon yöntemi ile iki gruba rastgele dağılım yapıldı (<https://www.randomizer.org/>). Verilerin toplanması aşamasında, ebeveyni işleme dahil olan gruptaki 14 ebeveyn ve ebeveyni yanında bulunan gruptaki 17 ebeveyn çocuğun yanında bulunmak istemediklerini ifade edince ebeveyni yanında bulunmayan grup (n=31) olarak üçüncü bir grup oluşturuldu. Kliniğin rutin invaziv işlem prosedüründe, invaziv girişimler sırasında ebeveynler çocukların yanında durmaktadır. Ayrıca ağrılı işlemler sırasında gelişen ağrıyı azaltmak için non farmakolojik ağrı geçirme yöntemlerinden müzik dinletme uygulaması yer almaktadır. Bu doğrultuda tüm gruplardaki çocuklara klasik müzik dinletildi. Araştırma kapsamına alınan çocukların daha önce invaziv girişim uygulamaları değerlendirildiğinde; tüm gruplardaki çocukların tamamına daha önce invaziv bir girişim uygulandığı belirlendi. İnvaziv girişimlere başlamadan önce çocuklardan “Çocuklar İçin Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri”, ebeveynlerden “Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri” formunu doldurmaları istendi. İnvaziv girişimlerin öncesinde ve sırasında çocuklardan “Görsel

Analog Skala” formunu ağrı şiddetine göre işaretlemesi istendi. Ebeveyni işleme dahil olan gruptaki ebeveynler; kan alma, damar yolu açma ve intravenöz enjeksiyon uygulamaları sırasında çocuklarının kolundan tutarak, kas içi enjeksiyon sırasında ise bacaklarından tutarak işleme dahil oldular; ebeveyni yanında bulunan gruptaki ebeveynler; kan alma, damar yolu açma, kas içi enjeksiyon ve intravenöz enjeksiyon sırasında işleme dahil olmadan sadece çocukların yanında durdular, ebeveyni yanında bulunmayan gruptaki ebeveynler; kan alma, damar yolu açma, kas içi enjeksiyon ve intravenöz enjeksiyon sırasında işlem yapılan odanın dışında beklediler. Üç gruptaki invaziv girişimler aynı hemşire tarafından yapıldı.

5.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde, lisanslı SPSS (Statistical Package for the Social Science) for windows 21 paket program kullanıldı. Bu çalışmada tanımlayıcı istatistik olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Gruplara göre kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson Ki-kare testi, sayısal değişkenlerin karşılaştırılmasında ise bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi, zamana göre (işlem öncesi-sonrası) ağrı puanlarının karşılaştırılmasında Wilcoxon analizi, üç grubun ağrı puanlarının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis analizi, ileri analiz olarak Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi, üç grubun kaygı puanlarının karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda varyans analizi kullanılmıştır. Önemlilik düzeyi olarak $p < 0,05$ kabul edilmiştir.



Şekil 5-2: Araştırma Deseni

5.9. Araştırmanın Etik ve Yasal Yönleri

Araştırmaya başlamadan önce İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nin Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'ndan ve yerel etik kurulundan (24.06.2017; Karar no:12) yazılı izin alındı (EK 5). Araştırma kriterlerine uyan çocukların ebeveynlerine uygulama öncesinde araştırmanın amacı, içeriği, yöntemi ve elde edilen bilgilerin nasıl kullanılacağı 'Gönüllü Bilgilendirme ve Onay Formu' (EK 6) aracılığıyla açıklandı, Araştırmanın yürütüleceği Çocuk Acil Servisinde çalışan tüm hemşire ve hekimler araştırma konusunda bilgilendirildi. Araştırmaya katılmayı kabul eden ebeveynler ve çocuklardan istediklerinde araştırmadan çekilebilecekleri bildirilerek otonomi ilkesine saygı gösterildi. Ebeveynlere ve çocuklara kendilerinden alınan bireysel bilgilerin araştırmacı dışında başka kimseye açıklanamayacağı konusunda güvence verilerek sadakat-gizlilik ilkesine bağlı kalındı. Ayrıca yapılan işlemler için ebeveynler ve çocuklardan bir ücret talep edilmeyeceği veya ebeveynlerin ve çocukların bağlı olduğu sosyal güvenlik kuruluşuna bir araştırma gideri yüklenmeyeceği konusunda bilgi verildi.

5.10. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri

Güçlü Yönler;

- Araştırmanın randomize kontrollü deneysel bir çalışma olması,
- Çocuklara uygulanan invaziv girişimlerin deneyimli ve aynı hemşire tarafından yapılması,
- Araştırmanın tek bir ünite de yapılması nedeniyle standardizasyonunun sağlanması.

Sınırlılıklar;

- Ebeveyni yanında bulunmak istemeyen üçüncü grubun araştırma sürecinde ortaya çıkması,
- Araştırma verilerinin tek merkeze (İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil Poliklinik) gelen, araştırmayı kabul eden, örneklem seçim kriterlerine uygun 111 çocuk ve ebeveyni ile sınırlı olması.

5.11. Araştırmanın Yürütülmesi Sırasında Karşılaşılan Durumlar

Olumlu durumlar,

- Araştırmanın yürütüldüğü çocuk acil servisinde görev yapan sağlık ekibi üyeleri ile olumlu işbirliği sağlanarak sürdürülmesi
- Ebeveynlerin çalışmaya istekli ve gönüllü katılımlarının olması çalışmanın sürdürülmesini kolaylaştırdı

Olumsuz durumlar;

- Araştırmanın verilerinin araştırmacı hemşirenin çalışma saatleri ve müsait olduğu durumlarda toplanması.



6. BULGULAR

Bu bölümde, çocuk acil servise başvurusu sırasında invaziv girişim uygulanan 9-12 yaş arasındaki çocukların ebeveynlerinin işleme dahil olma, işlem sırasında çocuğunun yanında bulunma ve işlem sırasında çocuğunun yanında bulunmama durumlarının çocukların ağrı ve anksiyete düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmadan elde edilen bulgular sunuldu.

Araştırma bulguları toplam 4 bölüm başlığı altında incelendi;

BÖLÜM 1. Çocukların ve ebeveynlerin tanıtıcı özellikleri

BÖLÜM 2. Gruplara göre çocukların işlem öncesi ve işlem sırasındaki ağrı düzeylerinin karşılaştırılması

BÖLÜM 3. Gruplara göre ebeveyn ve çocukların anksiyete düzeylerinin karşılaştırılması

BÖLÜM 4. Ebeveynlerin anksiyete düzeyleri ile çocukların ağrı ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin karşılaştırılması

BÖLÜM 1. Çocukların ve ebeveynlerin tanıtıcı özellikleri ile ilgili bulgular

Tablo 6-1'de araştırma kapsamına alınan çocukların tanıtıcı özelliklerinin gruplara göre dağılımları ve karşılaştırılmaları verilmiştir.

Tablo 6-1: Çocukların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması (N=111)

Özellikler	Ebeveyni işleme dahil olan grup (n= 40)		Ebeveyni yanında bulunan grup (n=40)		Ebeveyni bulunmayan grup (n=31)		Toplam		χ^2 ; p
	n	%	n	%	N	%	N	%	
	Cinsiyet								
Kız	20	50,0	28	70,0	14	45,2	62	56	5,240; 0,073
Erkek	20	50,0	12	30,0	17	54,8	49	44	
Yaş (yıl)									
9 yaş	12	30,0	15	37,5	6	19,4	33	30	6,901; 0,330
10 yaş	11	27,5	8	20,0	9	29,0	28	25	
11 yaş	11	27,5	8	20,0	5	16,1	24	22	
12 yaş	6	15,0	9	22,5	11	35,5	26	23	
$\bar{X} \pm SS$	10,28±1,06		10,28±1,20		10,68±1,17		10,37±1,15		1,388; 0,254

*Tüm gruplarda yaş değişkeninin en küçük ve en büyük değeri 9-12 arasındadır.

χ^2 : Pearson Ki-kare analizi, cinsiyet/yaş sd: 2/6

F: Bağımsız gruplarda varyans analizi, gruplar arası/grup içi/toplam sd: 2/108/110

Tablo 6-1'de araştırma kapsamına alınan çocukların tanıtıcı özellikleri incelendiğinde aşağıdaki bulgular elde edildi;

Çocukların **cinsiyetleri** değerlendirildiğinde; tüm gruptaki çocukların, %56'sının kız, %44'ünün erkek olduğu belirlendi. Ebeveyni işleme dahil olan gruptaki çocukların %50'sinin kız, %50'sinin erkek; yanında bulunan gruptaki çocukların %70'inin kız, %30'unun erkek, yanında bulunmayan gruptaki çocukların %45,2'sinin kız, %54,8'inin erkek olduğu ve gruplar arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı saptandı (χ^2 : 5,240; $p>0,05$) (Tablo 6-1).

Çocukların **yaşları** değerlendirildiğinde; tüm gruptaki çocukların %30'unun 9 yaşında, %25'inin 10 yaşında, %22'sinin 11 yaşında, % 23'ünün 12 yaşında olduğu

saptandı. ebeveyni işleme dahil olan gruptaki çocukların %30'unun 9 yaşında, %27,5'inin 10 yaşında, %27,5'inin 11 yaşında, %15 'inin 12 yaşında ve yaş ortalamasının $10,28 \pm 1,06$ yıl olduğu, yanında bulunan gruptaki çocukların, %37,5'inin 9 yaşında, %20'sinin 10 yaşında, %20'sinin 11 yaşında, %27,5 12 yaşında ve yaş ortalamasının $10,28 \pm 1,20$ yıl olduğu, yanında bulunmayan gruptaki çocukların, %19,4 'ünün 9 yaşında, %29'unun 10 yaşında, %16,1'inin 11 yaşında, %35,5 'inin yaşında ve yaş ortalamasının $10,68 \pm 1,17$ yıl olduğu ve gruplar arasında yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı saptandı ($\chi^2:6,901$; $p>0,05$) (Tablo 6-1).



Tablo 6-2 'de gruplara göre çocukların invaziv girişim türlerinin dağılımları ve karşılaştırılmaları verilmiştir

Tablo 6-2: Gruplara Göre Çocuklara Uygulanan İnvaziv Girişim Türlerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması (N=111)

İnvaziv girişim türü	Ebeveyni işleme dahil olan grup (n= 40)		Ebeveyni yanında bulunan grup (n=40)		Ebeveyni yanında bulunmayan grup (n=31)		Toplam		χ^2 ;p
	n	%	n	%	n	%	N	%	
Kan alma	29	72,5	26	65,0	21	67,7	76	68	5,889; 0,436
Damar yolu açma	1	2,5	2	5,0	2	6,5	5	4	
IM enjeksiyon	4	10,0	1	2,5	4	12,9	9	8	
IV enjeksiyon	6	15,0	11	27,5	4	12,9	21	20	

χ^2 : Pearson Ki-kare analizi, sd: 2

Tablo 6-2'de araştırma kapsamına alınan çocukların invaziv girişim türü incelendiğinde aşağıdaki bulgular elde edildi;

Tüm gruptaki çocukların %68'ine kan alma, %4'üne damar yolu açma, %8'ine IM enjeksiyon, %20'sine IV enjeksiyon işlemi uygulandığı belirlendi.

İnvaziv girişim türü değerlendirildiğinde, ebeveyni işleme dahil olan gruptaki çocukların %72,5'ine kan alma, %2,5 'ine damar yolu açma, %10'una IM enjeksiyon, %15'ine IV enjeksiyon; yanında bulunan gruptaki çocukların, %65'ine kan alma, %5'ine damar yolu açma, %2,5'ine IM enjeksiyon, %27,5'ine IV enjeksiyon; yanında bulunmayan gruptaki çocukların %67,7'sine kan alma, % 6,5'ine damar yolu açma, %12,9'una IM enjeksiyon, %12,9'una IV enjeksiyon işlemi uygulandığı ve gruplar arasında invaziv girişim türü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı saptandı (χ^2 : 5,889; p>0,05) (Tablo 6-2).

Tablo 6-3'de araştırma kapsamına alınan ebeveynlerin tanıtıcı özelliklerinin gruplara göre dağılımları ve karşılaştırılmaları verilmiştir.

Tablo 6-3: Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması (N=111)

Özellikler	Ebeveyni işleme dahil olan grup (n= 40)		Ebeveyni yanında bulunan grup (n=40)		Ebeveyni yanında bulunmayan grup (n=31)		Toplam		χ^2 ; p	
	n	%	n	%	n	%	N	%		
Ebeveyn	Anne	32	80,0	24	60,0	24	77,4	80	72	4,586; 0,101
	Baba	8	20,0	16	40,0	7	22,6	31	23	
Eğitim durumu	Eğitimi yok	1	2,5	2	5,0	-	-	3	3	1,627; 0,443
	İlköğretim	30	75,0	24	60,0	21	67,7	75	67	
	Lise ve üzeri	9	22,5	14	35,0	10	32,3	33	30	
Ebeveyn yaş (yıl)	$\bar{X} \pm SS$	38,34 \pm 9,98		38,8 \pm 5,13		38,1 \pm 4,38		38,31 \pm 4,92		F= .100; p=0,905

^a: Örneklem sayısı az olduğu için (beklenen sayı < 1) gruplar birleştirilerek analiz yapıldı.

χ^2 : Pearson Ki-kare analizi, ebeveyn türü/egitim durumu sd: 2

F: Bağımsız gruplarda varyans analizi, gruplar arası/grup içi/toplam sd: 2/108/110

Tablo 6-3'de araştırma kapsamına alınan çocukların ebeveynlerinin tanıtıcı özellikleri incelendiğinde aşağıdaki bulgular elde edildi;

Tüm gruptaki ebeveynlerin %72'sinin anne, %23'ünün baba olduğu, %3'ünün eğitiminin olmadığı, %67'sinin ilköğretim mezunu, %30'unun lise ve üzeri okullardan mezun olduğu belirlendi.

Ebeveynler değerlendirildiğinde, işleme dahil olan gruptaki ebeveynlerin %80'inin anne, %20'sinin baba, çocuğunun yanında bulunan gruptaki ebeveynlerin %60'ının anne, %40'ının baba, çocuğunun yanında bulunmayan gruptaki ebeveynlerin %77,4'ünün anne, %22,6'sının baba olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı saptandı (χ^2 1,627; p>0,05) (Tablo 6-3).

Ebeveynlerin **eğitim durumları** değerlendirildiğinde, ebeveyni işleme dahil olan gruptaki ebeveynlerin %2,5'inin eğitiminin olmadığı, %75'inin ilköğretim, %22,5'inin lise ve üzeri, yanında bulunan gruptaki ebeveynlerin %5'inin eğitiminin olmadığı, %60'ının ilköğretim, %35'inin lise ve üzeri, yanında bulunmayan gruptaki ebeveynlerin, % 67,7'sinin ilköğretim, %32,3'ünün lise ve üzeri eğitim kurumlarından mezun olduğu ve gruplar arasında eğitim durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı saptandı (χ^2 4,586; $p>0,05$) (Tablo 6-3).

Ebeveynlerin **yaş ortalaması** değerlendirildiğinde, ebeveyni işleme dahil olan gruptaki ebeveynlerin min-max yaş değerleri 29-52 yıl, yaş ortalaması 38,23 \pm 4,98 yıl, yanında bulunan gruptaki ebeveynlerin min-max yaş değerleri 29-52 yıl, yaş ortalaması 38,28 \pm 5,13 yıl, yanında bulunmayan gruptaki ebeveynlerin min-max yaş değerleri 31-48 yıl, yaş ortalamasının 38,71 \pm 4,38 yıl olduğu ve gruplar arasında yaş ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 6-3).

Tablo 6-4'de araştırma kapsamına alınan çocukların geçmişte invaziv işlem konusunda yaşadıkları deneyimlerin gruplara göre dağılımları ve karşılaştırılmaları verilmiştir.

Tablo 6-4: Çocukların Geçmişte İnvaziv İşlem Konusunda Yaşadıkları Deneyimlerin Dağılımı ve Karşılaştırılması (N=111)

Daha önceki işlemlerde deneyim öyküsü		Ebeveyni işleme dahil olan grup (n= 40)		Ebeveyni yanında bulunan grup (n=40)		Ebeveyni yanında bulunmayan grup (n=31)		Toplam		χ^2 ;p
		n	%	n	%	n	%	N	%	
		İşlem sırasında yanında bulunma	Evet	38	95,0	38	95,0	30	96,8	
Hayır	2	5,0	2	5,0	1	3,2	5	5		
İşleme dahil olma	Evet	24	60,0	17	42,5	18	58,1	59	53	2,876; 0,237
Hayır	16	40,0	23	57,5	13	41,9	52	47		

χ^2 : Pearson Ki-kare analizi, sd: 2

Tablo 6-4' de görüldüğü gibi çocukların geçmişte invaziv işlem konusunda yaşadığı deneyimlere göre karşılaştırıldığında aşağıdaki bulgular elde edildi;

Araştırma kapsamına alınan çocukların daha önce invaziv girişim uygulamaları değerlendirildiğinde; tüm gruptaki çocukların tamamına daha önce invaziv bir girişim uygulandığı belirlendi.

Tüm gruptaki ebeveynlerin %95'inin işlem sırasında çocukların yanında bulunduğu, %5'inin işlem sırasında yanında bulunmadığı; %53'ünün işleme dahil olduğu, %47'sinin işleme dahil olmadığı belirlendi.

İşlem sırasında yanında bulunma durumları değerlendirildiğinde; ebeveyni işleme dahil olan gruptaki ebeveynlerin % 95'inin yanında bulunduğu %5'inin yanında bulunmadığı, yanında bulunan gruptaki ebeveynlerin % 95'inin yanında bulunduğu %5'inin yanında bulunmadığı, yanında bulunmayan gruptaki ebeveynlerin %96,8'inin yanında bulunduğu, %3,2'sinin çocuğun yanında bulunmadığı ve gruplar arasında işlem sırasında yanında bulunma durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı saptandı (χ^2 : .163; $p>0,05$) (Tablo 6-4).

İşleme dahil olma durumları değerlendirildiğinde, ebeveyni işleme dahil olan gruptaki ebeveynlerin %60'ının işleme dahil olduğu, %40'ının işleme dahil olmadığı, yanında bulunan gruptaki ebeveynlerin %42,5'inin işleme dahil olduğu, %57,5'inin işleme dahil olmadığı, yanında bulunmayan gruptaki ebeveynlerin %58,1'inin işleme dahil olduğu %41,9'unun işleme dahil olmadığı ve gruplar arasında işleme dahil olma açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı saptandı (χ^2 : 2,876; $p>0,05$) (Tablo 6-4).

Bölüm 2. Gruplara göre çocukların işlem öncesi ve işlem sırasındaki ağrı düzeylerinin karşılaştırılması

Tablo 6-5’de araştırma kapsamına alınan çocukların İşlem Öncesi ve İşlem Sırasındaki Ağrı düzeylerinin gruplara göre dağılımları ve karşılaştırmaları verilmiştir.

Tablo 6-5: Gruplara Göre Çocukların İşlem Öncesi ve İşlem Sırasındaki Ağrı Düzeylerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması (N=111)

Çocukların ölçüm zamanına göre ağrı düzeyi	Ebeveyni işleme dahil olan grup ¹ (n= 40)	Ebeveyni yanında bulunan grup ² (n= 40)	Ebeveyni yanında bulunmayan grup ³ (n= 31)	KW; p
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	
İşlem öncesi ağrı	4,60±2,73	4,70±3,22	4,26±3,00	.499; 0,779
İşlem sırasındaki ağrı	3,15±2,79	3,70±2,92	6,00±2,88	15,705; .000 (1,2<3)
Z; p	2,409; 0,016	1,889; 0,059	3,186; 0,001	

KW: Kruskal Wallis analizi, sd: 2 (ileri analizi: Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi)

Z: Wilcoxon analizi

İşlem öncesi ve işlem sırasındaki ağrı düzeyleri grupların kendi içinde değerlendirildiğinde;

İnvaziv işlem uygulaması sırasında *ebeveyni işleme dahil edilen* çocukların işlem sırasındaki ağrı düzeylerinde işlem öncesine göre *1,45 puanlık azalma* olduğu (işlem öncesi= 4,60±2,73; işlem sırasındaki=3,15±2,79) ve ağrı puan ortalamaları arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu (p<0,05); İnvaziv işlem uygulaması sırasında *ebeveyni çocuğun yanında kalan ancak işleme katılmayan* çocuklarda işlem sırasındaki ağrı düzeylerinde işlem öncesine göre *1 puanlık azalma* olduğu (işlem öncesi= 4,70±3,22; işlem sırasındaki=3,70±2,92), ancak ağrı düzeyleri arasındaki bu farkın anlamlı düzeyde olmadığı (p>0,05); İnvaziv işlem uygulaması sırasında *ebeveyni işleme dahil olmayan ve yanında kalmayan* çocukların işlem sırasındaki ağrı düzeylerinde işlem öncesine göre *1,71 puanlık artış* olduğu (işlem öncesi= 4,26±3,00; işlem sırasındaki=6,00±2,88) ve ağrı düzeyleri arasındaki bu farkın ileri düzeyde anlamlı olduğu saptandı (p<0,01).

İşlem öncesi ve işlem sırasındaki ağrı düzeyleri gruplar arasında karşılaştırıldığında;

Üç çalışma grubunda bulunan çocukların invaziv işlem öncesi ağrı düzeyleri karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ($p>0,05$), grupların işlem sırasındaki ağrı düzeyleri arasında ise çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0,001$, Tablo 6-5). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde, ebeveyni yanında bulunmayan gruptaki çocukların işlem sırasındaki ağrı düzeylerinin ebeveyni işleme dahil olan ve yanında bulunan gruplara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu ($p<0,05$).

Bölüm 3: Gruplara göre ebeveyn ve çocukların anksiyete düzeylerinin karşılaştırılması

Çalışma Gruplarına Göre çocuk ve ebeveynlerin anksiyete düzeylerinin dağılımı ve karşılaştırılması tablo 6-6'da görülmektedir.

Tablo 6-6: Gruplara Göre Ebeveyn ve Çocukların Anksiyete Düzeylerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması (N=111)

Anksiyete düzeyleri	Ebeveyni işleme dahil olan grup (n=40)	Ebeveyni yanında bulunan grup (n=40)	Ebeveyni yanında bulunmayan grup (n=31)	F; p	
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
Çocuk	Durumluk anksiyete düzeyi	36,58±7,30	38,38±6,67	37,97±6,15	.766; 0,467
	Sürekli anksiyete düzeyi	39,13±7,98	38,10±7,16	36,45±7,66	1.084;0,342
Ebeveyn	Durumluk anksiyete düzeyi	44,05±7,71	46,05±9,35	43,42±9,,50	.893; 0,413
	Sürekli anksiyete düzeyi	43,05±6,93	44,33±8,71	42,84±8,03	.388; 0,679

F: Bağımsız gruplarda varyans analizi, gruplar arası/grup içi/toplam sd: 2/108/110

Çalışma gruplarına göre çocuklara invaziv işlem uygulanması sırasında ebeveynleri işleme dahil edilen, ebeveynleri çocuğun yanında bulunan ve ebeveynleri yanında bulunmayan çalışma gruplarına göre hem çocukların hem de ebeveynlerinin durumluk ve sürekli anksiyete düzeyleri arasındaki fark anlamlı düzeyde bulunmadı ($p>0,05$, Tablo 6-6).

Bölüm 4: Ebeveynlerin anksiyete düzeyleri ile çocukların ağrı ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin karşılaştırılması

Ebeveynlerin anksiyete düzeylerinin çocukların ağrı ve anksiyete düzeylerine etkisinin incelenmesi tablo 6-7’de görülmektedir.

Tablo 6-7: Ebeveynlerin Anksiyete Düzeyleri ile Çocukların Ağrı ve Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki (N=111)

Gruplar ve Çocuğa ait değişkenler	Ebeveynin Durumluk Anksiyete Düzeyi		Ebeveynin Sürekli Anksiyete Düzeyi		
	r	p	r	P	
Ebeveyni işleme dahil olan grup	Çocukların işlem öncesi ağrı düzeyi	.13	.410	.16	.318
	Çocukların işlem sırasındaki ağrı düzeyi	-.17	.282	-.31	.051
	Çocukların durumluk anksiyete düzeyi	.08	.617	-.05	.739
	Çocukların sürekli anksiyete düzeyi	-.01	.934	-.03	.873
Ebeveyni yanında bulunan grup	Çocukların işlem öncesi ağrı düzeyi	-.06	.709	.10	.531
	Çocukların işlem sırasındaki ağrı düzeyi	-.22	.179	.12	.464
	Çocukların durumluk anksiyete düzeyi	-.13	.438	-.00	.989
	Çocukların sürekli anksiyete düzeyi	.09	.570	.22	.149
Ebeveyni yanında bulunmayan grup	Çocukların işlem öncesi ağrı düzeyi	.01	.974	.37	.042
	Çocukların işlem sırasındaki ağrı düzeyi	.10	.603	.42	.019
	Çocukların durumluk anksiyete düzeyi	.35	.057	.29	.115
	Çocukların sürekli anksiyete düzeyi	-.04	.834	.40	.025
TOPLAM	Çocukların işlem öncesi ağrı düzeyi	r_s : .03	.782	r_s : .21	.025
	Çocukların işlem sırasındaki ağrı düzeyi	r_s : -.12	.207	r_s : .02	.831
	Çocukların durumluk anksiyete düzeyi	r: .08	.398	r: .06	.530
	Çocukların sürekli anksiyete düzeyi	r: .02	.822	r: .19	.044

r_s : Spearman korelasyon analizi

r : Pearson korelasyon analizi

Ebeveynlerin durumluk anksiyete düzeyleri incelendiğinde; her 3 grupta da çocukların işlem öncesi ve sırasındaki ağrı düzeyleri ile durumluk ve sürekli anksiyete düzeyleri arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Ebeveynlerin sürekli anksiyete düzeylerinin; ebeveyni yanında bulunmayan gruptaki çocukların işlem öncesi ($p=0,042$) ve sırasındaki ($p=0,019$) ağrı düzeyi ile çocukların sürekli anksiyete düzeylerini ($p=0,025$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği saptandı ($p<0,05$).

Ebeveynlerin sürekli anksiyete düzeylerinin; tüm gruptaki çocukların işlem öncesi ağrı ve çocukların sürekli anksiyete düzeyleri arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($p < 0,05$). Ebeveynlerin sürekli anksiyete düzeyleri arttıkça çocukların işlem öncesi ($p = 0,025$) ağrı ve sürekli anksiyete düzeyleri ($p = 0,044$) artmaktadır. Ebeveynlerin sürekli anksiyete düzeyleri ile çocukların işlem sırasındaki ağrı ve durumluk anksiyete düzeyleri arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmadı ($p > 0,05$, Tablo 6- 7).



7. TARTIŞMA

Çocukların yirminci yüzyılın ortalarına kadar aileleri olmadan hastaneye yatırıldığı, ailelerin ziyaretine izin verilmediği, bu durumun çocuklarda ağır, kalıcı travmalara ve psikolojik rahatsızlıklara neden olduğu bildirilmektedir (Boztepe 2012; Jolley ve Shields 2009). Çocukların sağlığının korunup devam ettirilmesinde, gelişimsel ve psikososyal ihtiyaçlarının karşılanmasında ailenin öneminin kavranmasıyla birlikte aile merkezli bakım yaklaşımı yirminci yüzyılın ikinci yarısından sonra önem kazanmaya başlamıştır (Anol 2016). Aile merkezli bakım, hastane ortamında çocukların ve ebeveynlerin beklenti ve gereksinimlerinin en iyi şekilde karşılandığı, sağlık çalışanları, aile ve çocuk arasında işbirliğine dayalı, aile ve çocuğun sosyal, entelektüel, spiritüel, duygusal, kültürel ve fiziksel yönlerden bir bütün olarak ele alındığı bir yaklaşımdır (Aykanat ve Gözen 2014; Dur ark 2016; Teksöz ve Ocakçı 2014). Aile merkezli bakımın, sağlık çalışanları, çocuk ve ailelere olan yararlarını değerlendirmeye yönelik çalışmalarda, ebeveynin ve çocuğun refah düzeyini arttırdığı, stres düzeyini azalttığı, hastanede kalış süresini azalttığı, ebeveyn ve sağlık çalışanları arasında iletişimi ve işbirliğini arttırdığı, iyileşme sürecini hızlandırdığı, çocukların ağrılı işlemleri daha iyi tolere ederek ağrı düzeyini azalttığı gösterilmiştir (Günay ve Polat 2017; Henderson ve Knapp 2006; Öztürk ve Ayar 2014; Ryan ve Treston 2007; Boztepe ve Çavuşoğlu 2009).

Bu bilgiler doğrultusunda 9-12 yaş arasındaki çocuklara uygulanan invaziv girişimler sırasında ebeveynlerin işleme dahil olma, işlem sırasında çocuğun yanında bulunma ve işlem sırasında çocuğun yanında bulunmama durumlarının çocukların ağrı ve anksiyete düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü deneysel olarak gerçekleştirilen araştırma sonuçları kendi içinde ve farklı literatür bilgileri ile karşılaştırılarak tartışılmıştır.

Araştırmanın bulguları 4 başlık altında tartışılmıştır;

Bölüm 1. Çocukların ve ebeveynlerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması

Bölüm 2. Gruplara göre çocukların işlem öncesi ve işlem sırasındaki ağrı düzeylerine ilişkin bulguların tartışılması

Bölüm 3. Gruplara göre ebeveyn ve çocukların anksiyete düzeylerine ilişkin bulguların tartışılması

Bölüm 4. Ebeveynlerin anksiyete düzeyleri ile çocukların ağrı ve anksiyete düzeylerine ilişkin bulguların tartışılması

Bölüm 1. Çocukların ve Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde araştırmaya alınan 9-12 yaş arası çocuklar ve ebeveynlerinin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular tartışılmıştır.

Literatürde; cinsiyet, yaş, daha önceki deneyimler, çizgi film izletme, müzik dinletme, koleidoskop kullanımı, dikkati başka yöne çekme kartlarının kullanılmasının işlem sırasındaki ağrıyı etkileyebileceği bildirilmektedir (Al Abbas 2016; Baygın ve ark 2012; Dovney ve Zun 2012; İnal ve Kelleci 2012; Kristjansdottir ve Kristjansdottir 2011; Lange ve ark 2006; Tüfekçi ve Erci 2007, Tüfekçi ve ark. 2009).

Araştırmada tüm gruptaki çocukların, %56'sının kız, %44'ünün erkek olduğu (Tablo 6-1); %68'ine kan alma, %4'üne damar yolu açıldığı, %8'ine IM enjeksiyon, %20'sine IV enjeksiyon yapıldığı belirlendi (Tablo 6-2). Tüm gruptaki ebeveynlerin %72'sinin anne , %23'ünün baba olduğu, %3'ünün eğitiminin olmadığı, %67'sinin ilköğretim mezunu, %30'unun lise ve üzeri okullardan mezun olduğu (Tablo 6-3); %95'inin işlem sırasında çocukların yanında bulunduğu, %5'inin işlem sırasında yanında bulunmadığı; %53'ünün işleme dahil olduğu, %47'sinin işleme dahil olmadığı belirlendi (Tablo 6-4) .

Tüm gruptaki çocukların %30'unun 9 yaşında, %25'inin 10 yaşında, %22'sinin 11 yaşında, % 23'ünün 12 yaşında olduğu saptandı.

Ebeveyni işleme dahil olan gruptaki çocukların, yaş ortalamalarının $10,28 \pm 1,06$ yıl; ebeveyni yanında bulunan gruptaki çocukların yaş ortalamalarının $10,28 \pm 1,20$ yıl; ebeveyni yanında bulunmayan gruptaki çocukların yaş ortalamalarının $10,68 \pm 1,17$ yıl olduğu belirlendi (Tablo 6.1).

Ebeveynleri işleme dahil olan gruptaki ebeveynlerin yaş ortalamasının $38,23 \pm 4,98$; ebeveyni yanında bulunan gruptaki ebeveynlerin yaş ortalamasının $38,28 \pm 5,13$, ebeveyni yanında bulunmayan gruptaki ebeveynlerin yaş ortalamasının $38,71 \pm 4,38$ yıl olduğu bulunmuştur. (Tablo 6.3). Gruplar arasında çocukların ve ebeveynlerin tanıtıcı özellikleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir.

Bölüm 2. Gruplara Göre Çocukların İşlem Öncesi ve İşlem Sırasındaki Ağrı düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde araştırmaya alınan 9- 12 yaş arasındaki çocukların işlem öncesi ve sırasındaki ağrı düzeylerine ilişkin bulgular tartışılmıştır.

Literatürde, ebeveynlerin invaziv girişimler sırasında çocuklarının yanında bulunmasının çocukların ağrı düzeylerini azalttığını ebeveynler için potansiyel avantajları olduğu ve klinisyenlerin ebeveyn katılımını destekledikleri bildirilmektedir (Basal ve ark 2012; Mangurten 2006; Piira ve ark 2004)

Çalışmada İşlem öncesi ve işlem sırasındaki ağrı düzeyleri grupların kendi içinde değerlendirildiğinde;

İnvaziv işlem uygulaması sırasında ebeveyni işleme dahil edilen gruptaki çocukların işlem sırasındaki ağrı düzeylerinin işlem öncesine göre azaldığı (1.45 puanlık azalma) ve ağrı düzeyleri arasındaki bu farkın anlamlı düzeyde olduğu saptandı ($p<0,05$). İnvaziv işlem uygulaması sırasında ebeveyni çocuğun yanında kalan ancak işleme katılmayan çocukların işlem sırasındaki ağrı düzeylerinin işlem öncesine göre azaldığı (1 puanlık azalma), ancak ağrı düzeyleri arasındaki bu farkın anlamlı düzeyde olmadığı saptandı ($p>0,05$). İnvaziv işlem uygulaması sırasında ebeveyni işleme dahil olmayan ve yanında kalmayan çocukların işlem sırasındaki ağrı düzeylerinin işlem öncesine göre arttığı (1.71 puanlık yükselme) ve ağrı düzeyleri arasındaki bu farkın çok anlamlı düzeyde olduğu bulundu ($p<0,01$).

İşlem öncesi ve işlem sırasındaki ağrı düzeyleri gruplar arasında karşılaştırıldığında;

Ebeveynleri işleme dahil olan grup, işlem sırasında yalnızca çocuğun yanında bulunan grup ve işlem sırasında çocuğun yanında bulunmayan gruptaki çocukların invaziv işlem öncesi ağrı düzeyleri arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ($p>0,05$); grupların işlem sırasındaki ağrı düzeyleri arasında ise çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0,001$, Tablo 6-5). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde, ebeveyni işlem sırasında çocuğun yanında bulunmayan gruptaki çocukların işlem sırasındaki ağrı düzeylerinin ebeveyni işleme dahil olan grup ve ebeveyni işlem sırasında çocuğun yanında bulunan gruba göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu ($p<0,05$). Bu sonuçlar çalışmanın H1 hipotezini desteklemektedir (İnvaziv girişimler sırasında ebeveynleri işleme dahil olan

çocukların ağrı düzeyleri, ebeveynleri yanında bulunan ve bulunmayan çocukların ağrı düzeylerinden daha düşüktür).

Al-Abbass ve ark (2016) 4-9 yaş arasındaki 102 çocuğu damar yolu açılması sırasında ebeveyni yanında olan grup ve ebeveyni yanında olmayan grup olmak üzere ikiye ayırmış ve ebeveyni yanında olan gruptaki çocukların ağrı düzeyinin daha düşük olduğunu belirtmiştir.

Matziou ve ark (2013) invaziv girişim uygulanan 7-10 yaş arasındaki 130 çocuğu ebeveyn desteği olan grup, oyuncak grubu ve kontrol grubu olarak 3 gruba ayırmış ve ebeveyn desteği olan gruptaki çocukların ağrısının, olumsuz davranışlarının ve stresinin azaldığını belirtmiştir.

Özçetin ve ark (2011) 3-6 yaş arası 135 çocukla damar yolu açma sırasında ebeveyn varlığının ağrıya etkisini ebeveyni yanında olan grup ve sağlık personeli yanında olan grup olmak üzere iki gruba incelemiş ve ebeveyn varlığının ağrı üzerinde minimal bir etkiye sahip olduğunu belirtmiştir.

Hallström (2002) tarafından yapılan çalışmada, aileleri ile birlikte hastanede olan çocukların kontrol grubuna göre daha erken taburcu olduğu ve daha az ağrı yaşadıklarını belirtilmiştir.

Çalışma sonuçları, Al-Abbass ve arkadaşları (2016), Matziou ve arkadaşları (2013), Özçetin ve arkadaşları (2011), Hallström (2002) çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Tüfekçi ve Erci (2007) 6-11 yaş arasındaki 141 çocuğun ağrılı işlemler sırasında ebeveynlerinin varlığının ve bazı faktörlerin ağrı toleransına etkisini değerlendirmiş ve ağrılı işlemler sırasında ebeveynlerin çocukları destekleme şekli ve yanında bulunmasının ağrı toleransını etkilemediğini belirtmiştir.

Çalışma sonuçları Tüfekçi ve Erci (2007) sonuçlarıyla farklılık göstermektedir. Bu farklılığın nedeninin ebeveyni tarafından utandırıcı sözlere maruz kalan çocukların ağrıyı daha az tolere ettiklerini belirtmiştir. Çalışma sonuçlarından farklı olma nedeninin çalışmada ebeveynlerin çocuklarına karşı utandırma davranışları sergilememesinden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Bölüm 3. Gruplara Göre Ebeveyn ve Çocuk Anksiyete Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde ebeveyn ve çocukların anksiyete düzeylerine ilişkin bulgular tartışılmıştır.

Literatürde aile merkezli bakım uygulamalarının çocuğa duygusal destek sağlama ve anksiyete düzeylerini azaltmada etkili olduğu bildirilmektedir (Aksun 2008; Isoardi ve ark 2005; Karabudak 2010).

Bu çalışmada invaziv işlem uygulanması sırasında ebeveynleri işleme dahil olan grup, işlem sırasında çocuğun yanında bulunan grup ve işlem sırasında çocuğun yanında bulunmayan gruptaki çocukların ve ebeveynlerinin durumluk ve sürekli anksiyete düzeyleri arasındaki fark anlamlı düzeyde bulunmadı ($p>0,05$, Tablo 6-5). Bu bulgular H2 hipotezini desteklememektedir (İnvaziv girişimler sırasında ebeveynleri işleme dahil olan çocukların anksiyete düzeyleri, ebeveynleri yanında bulunan ve bulunmayan çocukların anksiyete düzeylerinden daha düşüktür).

Chundamala ve ark (2009) anestezi indüksiyonu sırasında aile varlığına ilişkin ikinci ve üçüncü seviye kanıt düzeyi sağlayan randomize kontrollü ve karşılaştırmalı 14 çalışmayı incelemiş ve çoğu durumda ebeveyn varlığının çocuğun ve ebeveynin kaygılarını hafifletmediğini belirtmiştir.

Afshar ve ark (2011) diş hekimliğinin pediatrik bölümüne başvuran 5 yaşındaki 67 çocuğu ebeveyni yanında olan ve ebeveyni yanında olmayan grup olarak ikiye ayırmış birinci ve ikinci diş muayenesi esnasında çocukların kaygı ve klinik işbirliği puanları arasında ebeveyni yanında olan ve ebeveyni yanında olmayan grup arasında bir farklılık olmadığını belirtmiştir.

Shindova ve Belcheva (2013) diş muayenesi yapılan 6-12 yaş arasındaki 48 çocuğu ebeveyni yanında olan ve olmayan grup olarak ikiye ayırmış, gruptaki kaygı düzeylerini değerlendirmiş ve ebeveyni yanında olan grup ile ebeveyni yanında olmayan grup arasında kaygı düzeyleri arasında fark bulunmadığını belirtmiştir.

Cox ve ark (2011) 4- 12 yaş arasındaki 90 çocuğu diş muayenesinde ebeveyni yanında olan grup ve ebeveyni yanında olmayan grup olarak ikiye ayırmış ve gruplar arasında çocukların tepkileri arasında bir fark olmadığını belirtmiştir.

Çalışma sonuçları, Chundamala ve ark (2009), Afshar ve ark (2011), Shindova ve Belcheva (2013), Cox ve ark (2011), çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Pani ve ark (2016) 6-8 yaş arasındaki 142 çocuk ile ilk diş muayenesi sırasında ebeveyni yanında olmayan grup, babası yanında olan grup ve annesi yanında olan grup olmak üzere 3 e ayırmış ve ebeveyn varlığının çocuklarda anksiyete ve fizyolojik belirtileri azalttığını belirtmiştir.

Kristi ve ark (2010) gün içinde çeşitli cerrahi girişim uygulanan 3- 6 yaş arası 61 çocuğu ebeveyn varlığı olan grup ve ebeveyn varlığı olmayan grup olarak ikiye ayırmış ve ebeveyn varlığı olan gruptaki çocukların anksiyetelerinin daha düşük olduğunu belirtmiştir

Scully (2012) anestezi indüksiyonu sırasında ebeveyn varlığının etkinliği inceleyen 6 araştırma çalışmasını gözden geçirmiş ve anksiyeteyi azaltmak için premedikasyon olarak midazolam yapılması, davranışsal olarak dikkatin dağılması ve ebeveyn varlığının etkilerini karşılaştırmış ve ebeveyn varlığının anestezi indüksiyonu sırasında bir çocuğun kaygı düzeyini azaltmanın en az etkili yolu olduğunu belirtmiştir

Pani ve ark (2016), Kristi ve ark (2010) ve Scully (2012) çalışma sonuçlarıyla farklılık göstermektedir. Bu araştırma sonuçlarının araştırmadan farklı olma nedeninin çalışmalardaki çocukların yaşlarının daha küçük olmalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bölüm 4. Ebeveynlerin Anksiyete Düzeyleri İle Çocukların Ağrı ve Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması

Bu bölümde ebeveynlerin anksiyete düzeyleri ile çocukların ağrı ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkiye ait bulgular tartışılmıştır.

Literatürde aile merkezli bakım uygulamalarının çocukların ağrı ve anksiyete düzeylerini, ebeveynlerin anksiyete düzeylerini azalttığı ve iyileşmeyi hızlandırdığı bildirilmektedir (Basal ve ark 2012; Boztepe ve Çavuşoğlu 2009; Egemen ve ark 2006; Isoardi ve ark 2005).

Çalışmada, tüm gruplarda *ebeveynlerin durumluk anksiyete düzeyleri* ile çocukların hem işlem öncesi ve sırasındaki ağrı düzeyleri hem de durumluk ve sürekli anksiyete düzeyleri arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmadığı belirlendi ($p>0,05$). Tüm gruplarda *Ebeveynlerin sürekli anksiyete düzeylerinin* çocukların işlem öncesi ağrı ve çocukların sürekli anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği saptandı ($p<0,05$).

Gruplar karşılaştırıldığında; *Ebeveynlerin sürekli anksiyete düzeylerinin* sadece ebeveyni yanında bulunmayan *gruptaki* çocukların işlem öncesi ve sırasındaki ağrı düzeyleri ile çocukların sürekli anksiyete düzeylerini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği belirlendi ($p<0,05$).

Tantikul ve Theeranate (2014)'nin 4 yaş altındaki çocuğa sahip 72 aile ile yaptığı çalışmada; aileleri invaziv girişimler sırasında çocuğun yanında bulunan, invaziv girişimler sırasında çocuğun yanında bulunmak isteyen fakat izin verilmeyen ve invaziv girişimler sırasında çocuğun yanında bulunmak istemeyen ebeveynler olmak üzere 3 gruba ayırarak yaptığı çalışmada gruplar arasında ağrı ve anksiyete düzeyleri açısından fark olmadığı belirtilmiştir.

Cui ve ark (2016)'nın yaptıkları çalışmada 6-12 yaş arasındaki çocukların ameliyat öncesindeki anksiyete düzeyleri ile ebeveynlerinin durumluk kaygıları arasında ilişki gözlenmediğini belirtmiştir.

Çalışma sonuçları, Tantikul ve Theeranate (2014), Cui ve arkadaşları (2016) sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir

İnan (2017) 6-10 yaş arasındaki 180 çocuk ile yaptıkları çalışmada kan alma sırasında ebeveyn desteği ile dikkati başka yöne çekmenin çocuğun ağrı ve anksiyetesini azaltmada etkili olduğunu belirtmiştir.

Çalışma sonuçları, İnan (2017) sonuçlarıyla farklılık göstermektedir. Bu farklılığın İnan'ın çalışma grubundaki çocukların yaş ortalamalarının daha düşük olması ve ebeveyn desteğine ek olarak dikkati başka yöne çekme yöntemini uygulamış olmalarından kaynaklanmış olacağı düşünülmektedir. Literatürde ebeveynlerin durumluk ve sürekli anksiyete düzeylerinin çocukların durumluk sürekli anksiyete düzeylerini etkilemesine yönelik bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Sürekli anksiyetesi yüksek olan ebeveynlerin çocuklarının da anksiyetesinin yüksek olduğu ancak invaziv girişim sırasındaki anksiyete durumunu etkilemediği görülmektedir. Bunun nedeninin araştırma grubundaki çocukların daha önce en az bir kez ebeveynleriyle birlikte invaziv girişim deneyimi yaşamış olmalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak;

Çocuk acil servise başvurusu sırasında invaziv girişim uygulanan 9-12 yaş arasındaki çocukların ebeveynlerinin işleme dahil olma, işlem sırasında çocuğunun yanında bulunma ve işlem sırasında çocuğunun yanında bulunmama durumlarının çocukların ağrı ve anksiyete düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü deneysel olarak gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda özetlenmiştir.

- Ebeveyni işleme dahil olan, işlem sırasında yanında bulunan ve işlem sırasında yanında bulunmayan gruptaki çocukların ve ebeveynlerin tanıtıcı özellikleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlendi.
- Ebeveyni işlem sırasında çocuğun yanında bulunmayan gruptaki çocukların işlem sırasındaki ağrı düzeylerinin ebeveyni işleme dahil olan grup ve ebeveyni işlem sırasında çocuğun yanında bulunan grubundakilerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi.
- İnvaziv işlem uygulanması sırasında ebeveynleri işleme dahil olan grup, işlem sırasında çocuğun yanında bulunan grup ve işlem sırasında çocuğun yanında bulunmayan gruptaki çocukların ve ebeveynlerinin durumluk ve sürekli anksiyete düzeyleri arasındaki anlamlı bir fark olmadığı belirlendi.
- Ebeveyni işleme dahil olan, işlem sırasında yanında bulunan ve işlem sırasında yanında bulunmayan gruptaki ebeveynlerin durumluk anksiyete düzeyleri ile çocukların hem işlem öncesi ve sırasındaki ağrı düzeyleri hem de durumluk ve sürekli anksiyete düzeyleri arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmadı.
- Ebeveynlerin sürekli anksiyete düzeylerinin çocukların işlem öncesi ağrı ve çocukların sürekli anksiyete düzeylerini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği saptandı.

Öneriler,

- Sağlık çalışanlarının ve ebeveynlerin aile merkezli bakım yaklaşımı konusunda bilgilendirilmesi,
- Aile merkezli bakım uygulamalarının sağlık kuruluşlarında yaygınlaştırılması,
- Ebeveynlerin invaziv girişimlere katılması konusunda desteklenmesi önerilebilir

KAYNAKLAR

- Abdulbaki, M. A., Gaafar, Y. A. E., Waziry, O. G. (2011). Maternal versus pediatric nurses attitudes regarding mothers' participation in the care of their hospitalized children. *Journal Of American Science*, 7(9), 316-32.
- Afshar, H., Nakhjavani, B. Y., Mahmoudi-Gharaei, J., Paryab, M., Zadhoosh, S. (2011). The effect of parental presence on the 5 year-old children's anxiety and cooperative behavior in the first and second dental visit. *Iran J Pediatr Jun*, 21(2), 193-20.
- Aksun, M. T. (2008). Kronik hastalığı olan çocukların annelerinin sosyo demografik özellikleri depresyon, anksiyete, problem çözme yeteneği ve yaşam kaliteleri açısından değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Al- Abbass, T. M., Abdelkader, R. H., Shoqirat, N., Obeidat, H. (2016). The effect of parental presence in decreasing pain level for children during venipuncture. *Pyrex Journal of Nursing and Midwifery*, 2(3), 12-19.
- Anol, S. (2016). Pediatri yoğun bakım ünitesinde çalışan sağlık personeli ile çocuğu yatan ebeveynlerin aile merkezli bakıma yönelik görüşlerinin karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, İzmir.
- Araç, N. (2010). Nöropatik-nosiseptif ağrı tanımı ve ayırımı. *Türkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics*, 3(4), 30-3.
- Arslan, S., Çelebioğlu, A. (2004). Postoperatüf ağrı yönetimi ve alternatif uygulamalar. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi ISSN*, 1303-5134.
- Arslan, D., Tatlı, M. A., Üyetürk, Ü. (2013). Kansere bağlı ağrı ve tedavisi. *Abant Medical Journal*, 2(3), 256-260.
- Atay, G., Eras, Z., Ertem, İ. (2011). Çocuk hastaların hastane yatışları sırasında gelişimlerinin desteklenmesi. *Çocuk Dergisi*, 11(1), 1-4.

- Aydın, O. N. (2002). Ağrı ve ağrı mekanizmalarına güncel bakış. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 3(2),37-48.
- Aygin, D., Var, G. (2012). Travmalı hastanın ağrı yönetimi ve hemşirelik yaklaşımları. *Sakaryamj*, 2(2), 61-70.
- Aykanat, B., Gözen, D., (2014). Çocuk sağlığı hemşireliğinde aile merkezli bakım yaklaşımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi /Gümüşhane University Journal of Health Sciences*, 3(1), 683.
- Ay, F., Alpar, E., Ş. (2010). Postoperatif ağrı ve hemşirelik uygulamaları. *Ağrı*, 22(1), 21-29.
- Bacaksız, D. B., Çöçelli, P. L., Ovayolu, N., Özgür, S. (2008). Hastaya bakım veren sağlık çalışanlarının ağrı kontrolünde uyguladıkları girişimlerin değerlendirilmesi. *Ağrı*, 20(3), 26-36.
- Bahçeli, A. (2014). Progresif gevşeme egzersizlerinin lomber disk hernisi ameliyatı olan hastaların anksiyete ağrı ve uyku kalitesine etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum.
- Balling, K., McCubbin, M. (2001). Hospitalized children with chronic illness: parental caregiving needs and valuing parental expertise. *Journal Of Pediatric Nursing*, 16(2), 110-18.
- Bamm, L. E., Rosenbaun, P. (2008). Family-centered theory: origins, development, barriers, and supports to implementation in rehabilitation medicine. *Arch Phys Med Rehabil*, 89, 1618-1624.
- Basal, A. A., Al Sai, A. E. O., Elazazy, M. H. (2012). Perception of health care providers, patient's families and patients towards family presence during invasive procedures in emergency care units. *Journal of American Science* 8(11),152-161.
- Başbakkal, Z., Sönmez, S., Celasin, Ş. N., Esenay, F. (2010). 3-6 yaş grubu çocuğun akut bir hastalık nedeniyle hastaneye yatışa karşı davranışsal tepkilerinin belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 7(1), 457-468.

- Baygın, Ö., Tüzüner, T., Işık, B., Arslan, İ., Tanrıver, M. (2012). Preoperatif anksiyetenin süt dişi çekimi yapılan çocuklarda ağrı düzeyi ile korelasyonunun değerlendirilmesi. *İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 46(1), 32-42.
- Beşirik, S. (2016). Emzirme ve dikkati başka yöne çekme yönteminin bebeklerde hissedilen akut ağrı düzeyine etkisi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.
- Beytut, Ş. D., Bolışık, B., Solak, U., Seyfioğlu, U. (2009). Çocuklarda hastaneye yatma etkilerinin projektif yöntem olan resim çizme yoluyla incelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 35-43.
- Blount, L. R., Loisel, A.K. (2009). Behavioural assessment of pediatric pain. *Pain Res Manage*, 14(1), 47-52.
- Blower, K., Morgan, E. (2000) Great expectations? parental participation in care. *Journal of Child Health Care*, 4(2), 60.
- Boztepe, H., Çavuşoğlu, H. (2009). Bir üniversite hastanesindeki uygulamaların aile merkezli bakım yönünden incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 11-24.
- Boztepe, H. (2012). Pediatri hemşirelerinin ağırlı işlemler sırasında ebeveynlerin bulunması hakkında görüşleri. *Ağrı*, 24(4), 171-179.
- Bradley, S. (2001). Suffer the little children: the influence of nurses and parents in the evolution of open visiting in children's wards 1940–1970. *International History of Nursing Journal*, 6, 44–51.
- Brown, K., Mace, E. S., Dietrich, M. A., Knazik, S., Schamban, E. N. (2008). Patient and family-centred care for pediatric patients in the emergency department. *Janvier*, 10 (1),38-43.
- Büyükyılmaz, F., Aşti, T. (2009). Ameliyat sonrası ağrıda hemşirelik bakımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(2), 84-93.

- Byers, J. F., Lowman, L.B., Francis, J., Kaigle, L., Lutz, H. N., Waddell, T., Diaz, L.A. (2006). A quasi experimental on individualized, developmentally supportive family-centered care. *JOGNN*, 35, 105-115.
- Chundamala, j., Wright, G. J., Kemp, M. S. (2009). An evidence-based review of parental presence during anesthesia induction and parent/child anxiety. *Can J Anesth/J Can Anesth*, 56, 57–70.
- Cırık, V., Efe, E. (2014). Yoğun bakım ünitesinde ağrı ve hemşirenin rolü. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 18(1), 15-21.
- Courtenay, M., Carey, N. (2008). The impact and effectiveness of nurse-led care in the management of acute and chronic pain: a review of the literature. *Journal Of Clinical Nursing*, 2001-2013.
- Cox. J. C. I., Krikken B. J., Veerkamp, J.S. J. (2011). Influence of parental presence on the child's perception of and behaviour during dental treatment. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 12(4), 200–204.
- Cui, X., Zhu, B., Zhao, J., Huang, Y., Luo, A., Wei, J. (2016). Parental state anxiety correlates with preoperative anxiety in chinese preschool children. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 52, 649–655.
- Clark, A. P., Aldridge, M. D., Guzzetta, C. E., Nyquist-Heise, P., Norris, M. R., Loper, P., Meyers A. T., Voelmeck W. (2005). Family presence during cardiopulmonary resuscitation. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 17(1), 23-32.
- Çelik, Y., Günüşen, İ., Eyigör, C., Karaman, S., Uyar, M., Durmaz, B. (2011). Abdominal histerektomi operasyonundan sonra düşük frekanslı tens ile konvansiyonel tens uygulamasının postoperatif analjezik etkilerinin karşılaştırılması. *Türk Anest Rean Der Dergisi*, 39(5), 224-231.
- Çelik, K. G., Keleş, A., Demircan, A., Bildik, F., İlhan, M., Günaydın, P. G., Ergin, M., Doğan, Ö., N. (2013). Hasta yakınlarının acil serviste yapılan girişimsel uygulamalar sırasında

hastalarının yanında bulunabilme isteği ile ilgili görüşlerinin değerlendirilmesi. *JAEM*, 12, 61-5.

Çelik, S. (2016). Yoğun bakım hastalarında ağrı yönetimi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 20(1),1-8.

Çöleli, P.L., Bacaksız, D. B., Ovayolu, N. (2008). Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 14, 53-58.

Demiralp, M., Oflaz F. (2007). Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 8,132-139.

Dikmen, D. Y., Usta, Y. Y., İnce, Y., Gel, T. K., Kaya, A. M. (2012). Hemşirelerin ağrı yönetimi ile ilgili bilgi, davranış ve klinik karar verme durumlarının belirlenmesi. *Journal of Contemporary Medicine*, 2(2), 162-172.

Dougal, L. R., Anderson, H. J., Reavy, K., Shirazi, C. C. (2011). Family presence during resuscitation and/or invasive procedures in the emergency department: one size does not. *Journal of Emergency Nurse*, 37, 152-7.

Dovney, L. V., Zun, L. S. (2012).The impact of watching cartoons for distraction during painful procedures in the emergency department *Pediatr Emerg Care*, 28,1033-5.

Dunst, J. C., Trivette, M. C. (2009). Meta-analytic structural equation modeling of the influences of family-centered care on parent and child psychological health. *International Journal of Pediatrics*, 1-10. Article ID 576840, 9 pages doi:10.1155/2009/576840.

Dur, Ş. (2014). Yenidoğanlarda ayak topuğundan kan alma işlemi sırasında kullanılan iki farklı lanset tipinin etkinliğinin karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.

Dur, Ş., Gözen, D., Bilgin, M. (2016). Devlet ve özel hastanedeki hemşirelerin aile merkezli bakıma ilişkin tutum ve davranışları. *J Curr Pediatr*, 14, 1-9.

- Egemen, A., İkizoğlu, T., Karapınar, B., Coflar, H., Karapınar, D. (2006). Parental presence during invasive procedures and resuscitation: attitudes of health care professionals in Turkey. *Pediatr Emerg Care*, 22, 230-4.
- Elbi, H. (2017). Kronik ağrıda psikiyatrik değerlendirme. *TOTBİD Dergisi*, 16, 169–173.
- Erden, S. (2015). Yoğun bakımda ağrı yönetiminde hemşirenin anahtar rolleri. *Van Tıp Dergisi*, 22(4), 332-336.
- Emir, Ş., Cin, S. (2004). Çocuklarda ağrı: değerlendirme ve yaklaşım. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 57(3),153-160.
- Erdeve, Ö. (2009). Aile merkezli bakım ve yenidoğan yoğun bakım ünitesi tasarımında ailenin yeri. *Gülhane Tıp Dergisi*, 51, 199-203.
- Erdim, L., Bozkurt, G., İnal, S. (2006). Annelerin çocuklarının hastaneye yatışından etkilenme durumlarının araştırılması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(3),36-43.
- Eti-Aslan, F. (2002) Ağrı Değerlendirme Yöntemleri. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(1), 9-16.
- Fein, J. A., Ganesh, J., Alpern, E. R. (2004). Medical staff attitudes toward family presence during pediatric procedures. *Pediatr Emerg Care*, 20(4), 224-7.
- Foster, M., Whitehead, L., Maybee, P. (2010). Parents' and health professionals' perceptions of family centred care for children in hospital, in developed and developing countries: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 1184–1193.
- Giannini, A., Miccinesi, G. (2011). Parental presence and visiting policies in Italian pediatric intensive care units: a national survey. *Pediatr Crit Care Med* 12, 46–50.
- Göl, İ., Onarcı, M. (2015). Hemşirelerin çocuklarda ağrı ve ağrı kontrolüne ilişkin bilgi ve uygulamaları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 20–29.

- Günay, U., Polat, S. (2017). Pediatrik onkoloji kliniğinde verilen aile merkezli bakım eğitiminin değerlendirilmesi: hekim ve hemşire görüşleri. *Bozok Tıp Derg*, 7(1),12-21.
- Gürel, S. (2011). Ağrının fizyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*, 2(2),10-4.
- Hallström, I., Runesson, I., Elander, G. (2002). Observed parental needs during their child's hospitalization. *J Pediatr Nurs*, 17, 140-8.
- Henderson, P. D., Knapp, F. J. (2006). Report of the national consensus conference on family presence during pediatric cardiopulmonary resuscitation and procedures. *Journal of Emergency Nursing*, 32(1), 23-29.
- International Association for the Study of Pain (IASP): IAPS Taxonomy (2012) Erişim Tarihi 21 Temmuz 2017 <https://www.iasp-pain.org/Taxonomy?navItemNumber=576#Pain>.
- İnan, G. (2017). Kan alma işlemi sırasında uygulanan üç farklı dikkati başka yöne çekme yönteminin çocukların ağrı ve anksiyete düzeyine etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik, İstanbul.
- İnal, S., Kelleci, M. (2012) Distracting children during blood draw: looking through distraction cards is effective in pain relief of children during blood draw. *Int J Nurs Pract*, 18,210-9.
- Isoardi, J., Slabbert, N., Treston, G. (2005). witnessing invasive paediatric procedures, including resuscitation in the emergency department: a parental perspective. *Emerg Med Australas*, 17, 244-8.
- İrdesel, J. (2005). Nöropatik ağrı tedavisi. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*, 1(10), 41-52.
- İşlekdemir, B., Kaya, N. (2016). Effect of family presence on pain and anxiety during invasive nursing procedures in an emergency department: a randomized controlled experimental study. *International Emergency Nursing*, 24, 39-45.
- İşler, A., Conk, Z. (2006). Pediatrik aile merkezli bakım. *Pediatrici Bülteni*, 13 (3), 187-193.
- Jolley, J., Shields, L. (2009). The evolution of family-centered care. *Journal of Pediatric Nursing*, 24(2), 164-170.

- Karabudak, S. S., Ak, B., Başbakkal, Z. (2010). Girişimler sırasında aile üyeleri nerede olmalı?. *Türk Ped Arşivi*, 45, 53-60.
- Karamustafaloğlu, O., Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni* , 45(2), 65-74.
- Kelle, İ. (2006). Ağrı tedavisinde alternatif ilaçlar. *Dicle Tıp Dergisi*,33(3),192-200.
- Köken, İ., Uyar, M. (2017). Kronik ağrı nörofizyolojisi. *TOTBİD Dergisi*,16, 70–76.
- Kuğuoğlu, S., Çevener, Ç., Aktaş, E., Tanır, K.M. (2009). Yatağa bağımlı çocuğun aile merkezli bakımında sinerji modelinin kullanımı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* ,2(1), 59-64.
- Kuo, Z. D., Houtrow, J.A., Arango, P., Kuhlthau, A. K., Simmons, M. J. Neff, M. J. (2012). Family-centered care: current applications and future directions in pediatric health care. *Matern Child Health J* ,16, 297–305
- Kristjansdottir, O., Kristjansdottir, G. (2011) Randomized clinical trial of musical distraction with and without headphones for adolescents' immunization pain. *Scand J Caring Sci*, 25,19-26.
- Kristi, D., Stewart, H.S., Finley, A.G. (2010). When are parents helpful? a randomized clinical trial of the efficacy of parental presence for pediatric anesthesia. *Can J Anesth/J Can Anesth*, 57, 751–758.
- Lam, W. L., Chang, A, M., Morrissey, J. (2006). Parents' experiences of participation in the care of hospitalised children: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 535-45.
- Lange, B., Williams, M., Fulton, I. (2006). Virtual reality distraction during pediatric medical procedures. *Pediatric Pain Letter*, 8,6-10.
- Legrow, K., Rossen, B. (2005). Development of professional practice based on a family systems nursing framework: nurses' and families' experiences. *Journal Of Family Nursing* 11 (1), 38–58.

- Mangurten, J., Scott, H., S., Guzzetta, E., Clark, P., A., Vinson, L., Sperry, J., Hick, B., Voelmeck, W. (2006). Effects of family presence during resuscitation and invasive procedures in a pediatric emergency department. *Journal Of Emergency Nursing*, 32(3), 225-233.
- Mackay, J. L., Gregory, D. (2010). Exploring family centered care among pediatric oncology nurses. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 28(1),43-52.
- MacLean, S. L., Guzzetta, C. E., White, C., Fontaine, D., Eichhorn, D. J., Meyers, T. A., Desy, P. (2003). Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures: practices of critical care and emergency nurses. *Journal Of Emergency Nursing*, 29(3), 208-221.
- Mamuk, R., Davas, İ. N. (2010). Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik gevşeme ve tensel uyarılma yöntemleri. *Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni*, 44,137-144.
- Matziou, V., Chrysostomou, A., Vlahioti, E., Perdikaris, P. (2013). Parental presence and distraction during painful childhood procedurs. *Br J Nurs*, 22(8), 470-475.
- Melnyk, B. M., Feinstein, N. F., Alpert-Gillis, L., Fairbanks, E., Crean, H.F., Sinkin R.A., Stone, W. P., Small, L., Tu, X., Gross, J. S. (2006). Reducing premature infants' length of stay and improving parents' mental health outcomes with the creating opportunities for parent empowerment (cope) neonatal intensive care unit program: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 118(5), 414-427.
- Melzack, R., Wall, P., D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150 (3699), 971-979.
- Mwangi, R., Chandler, C., Nasuwa, F., Mbakilwa, H., Poulsen, A., Bygbjerg, I., Reyburn, H. (2008). Perceptions of mothers and hospital staff of paediatric care in 13 public hospitals in northern tanzania. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygien*, 102, 805—810.
- Nguyen, N. T., Nilsson, S., Hellström, A., Bengtson, A. (2010). Music therapy to reduce pain and anxiety in children with cancer undergoing lumbar puncture: a randomized clinical trial. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 27(3), 146–155.

- Nilsson, S., Kokinsky, E., Nilsson, U., Sıdenvall, B., Enska, A. (2009). School-aged children's experiences of postoperative music medicine on pain, distress, and anxiety. *Pediatric Anesthesia*, 19, 1184–1190.
- Oktay, H. (2009). Bir üniversite hastanesinin çocuk servislerinde verilen bakımın aile merkezli bakım yönünden incelenmesi ve anne görüşlerinin belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 16(1),11–24.
- Özçetin, M., Süren, M., Karaaslan, E., Çolak, E., Kaya, Z., Güner, O. (2011). Effects of parent's presence on pain tolerance in children during venipuncture: a randomised controlled trial. *HK J Paediatr (New Series)*, 16, 247-252.
- Öztürk, C., Ayar, D. (2014). Pediatri hemşireliğinde aile merkezli bakım. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7 (4), 315-320.
- Öztürk, C. (2012). Acil serviste çocuk hastaya hemşirelik yaklaşımı. İçinde Karaböcüoğlu, M., Yılmaz, L. H., Duman, M., (Ed). *Çocuk Acil Tıp*. (1. Baskı), İstanbul Tıp Kitapevi İstanbul, 2501-2503.
- Özveren, H., Uçar, H. (2009). Öğrenci hemşirelerin ağrı kontrolünde kullanılan farmakolojik olmayan bazı yöntemlere ilişkin bilgileri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 59-72.
- Özveren, H. (2011). Ağrı kontrolünde farmakolojik olmayan yöntemler. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 83-92.
- Özveren, H., Faydalı, S., Özdemir, S. (2016). Hemşirelerin ağrının farmakolojik olmayan yöntemlerle kontrolüne ilişkin bilgi ve uygulamaları. *Turk J Clin Lab*, 7(4), 99-105.
- Pani, C. S., Al Anazi, S. G., Al Baragash, A., Al Mosaihel, M. (2016). Objective assessment of the influence of the parental presence on the fear and behavior of anxious children during their first restorative dental visit. *J Int Soc Prev Community Dent*, 148–152.
- Petersen, M. F., Cohen, J., Parsons, V. (2004). Family-centered care: do we practice what we preach?. *JOGNN*, 33, 421-427.

- Piira, T., Sugiura, T., champion, D. G., Donnelly, N., Cole, J. S. A. (2004) The role of parental presence in the context of children's medical procedures: a systematic review. *Blackwell Publishing Ltd, Child: Care, Health & Development*, 31, 2, 233–243.
- Pruitt, L. M., Johnson, A., Elliott, J. C., Polley, K. (2008). Parental presence during pediatric invasive procedures. *J Pediatr Health Care*, 22(2), 120-7.
- Ryan, G., Treston, G. (2007). Do family members interfere in the delivery of care when present during invasive paediatric procedures in the emergency department? *Emergency Medicine Australasia*, 19, 234–240.
- Roden, J. (2005). The involvement of parents and nurses in the care of acutely-ill children in a non-specialist paediatric setting. *Journal of Child Health Care* (3), 222-40.
- Sarajarvi, A., Haapamaki, M., Paavilainen, E. (2006). Emotional and informational support for families during their child's illness. *International Nursing Review* 53 (3), 205–210.
- Schaffer, P., Vaughn, G., Kenner, C., Donohue, F., Longo, A. (2000). Revision of a parent satisfaction survey based on the parent perspective. *J Pediatr Nurs*, 15, 373-7.
- Scully, M. S. (2012). Parental presence during pediatric anesthesia induction. *AORN Journal*, 96(1),26-33.
- Shields, L., King, S. (2001a). Qualitative analysis of the care of children in hospital in four countries—part 1. *Journal of Pediatric Nursing*, 16(2),177-145.
- Shields, L., King, S. (2001b). Qualitative analysis of the care of children in hospital in four countries—part 2. *Journal of Pediatric Nursing*, 16(3),206-213.
- Shields, L., Tanner, A. (2004). Pilot study of a tool to investigate perceptions of family-centered care in different care settings. *Pediatric Nursing*, 30(3), 189-196.
- Shields, L., Pratt, J., Hunter, J. (2006). family centred care: a review of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1317–1323.

- Shindova, M., Belcheva, A. (2013). The effect of parental presence on the dental anxiety during clinical examination in children aged 6-12 years. *Journal of IMAB - Annual*, 19(4),435-438.
- Srouji, R., Ratnapalan,S:, Schneeweiss,S. (2010). Pain in children: assessment and nonpharmacological management. *International Journal of Pediatrics*, 1-12.
- Tantikul, C., Theeranate, C. (2014). Effect of parental presence while children undergo common invasive procedures. *J Med Assoc Thai*, 97(2),153-158.
- Teksöz, E., Ocakçı, F. A. (2014). Çocuk hemşireliği'nde sanat uygulamaları. *DEUHYO ED*, 7(2), 119-123.
- Truini, A., Barbanti, P., Pozzilli, C., Cruccu, G. (2013). A mechanism-based classification of pain in multiple sclerosis. *J Neurol*, 260, 351–367.
- Tosun, A., Tüfekçi, G. F., (2015). Çocuk kliniklerinde aile merkezli bakım uygulamalarının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(2), 131.
- Törüner, K. E., Büyükgönenç, L. (2012a). Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları. *Çocuk Sağlığı Hemşireliği*. Ankara: Göktuğ Yayıncılık; 24-25.
- Törüner, K. E., Büyükgönenç, L. (2012b). Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları. *Çocuklarda Ağrı Yönetimi*. Ankara: Göktuğ Yayıncılık; 147-171.
- Tüfekçi, G., F., Erci, B. (2007). Ağrılı işlemler sırasında ebeveynlerin bulunmasının ve bazı faktörlerin çocukların ağrı toleransına etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*,10(2), 30-40.
- Tüfekci, G., F., Celebioğlu, A., Küçükoğlu, S. (2009) Turkish children loved distraction: using kaleidoscope to reduce perceived pain during venipuncture. *J Clin Nurs*, 18, 2180-6.
- Urbaniak GC, Plous S. Research randomizer (Version 3.0); 2007. Available at: <http://randomizer.org> (accessed 5 January 2016)

- Uyar, M., Korhan, A. E., (2011). Yoğun bakım hastalarında müzik terapinin ağrı ve anksiyete üzerine etkisi. *AGRI*, 23(4),139-146.
- Uzun, C. (2011). Çocuklarda dental anksiyetenin nonfarmakolojik giderilme yolları. Bitirme Tezi. Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, İzmir.
- Vavarouta, A., Xanthos, T., Papadimitriou, L., Kouskouni, E., Lacovidou, N. (2011). Family presence during resuscitation and invasive procedures: physicians' and nurses' attitudes working in pediatric departments in Greece. *Resuscitation*, 82, 713–6.
- Yıldırım, F., Akçalı, D. (2015). Sempatik bloklar. *Türkiye Klinikleri J Anest Reanim-Special Topics*, 8(3), 204-12.
- Yoo, H., Kim, S., H.H., Kim,S. (2011). The effects of an animation distraction intervention on pain response of preschool children during venipuncture. *Applied Nursing Research*, 24 (2), 94–100.
- York, N. L. (2004). Implementing a family presence protocol option. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 23 (2), 84-88.
- Yorulmaz, G. (2012). Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin ağrı ile ilgili bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Yürügen, B. (2001). Ağrı ve opioid analjeziklerin kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan komplikasyonlarda hemşirelik yaklaşımları. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*,4(1),1-6.
- Zernikov, B., Hechler, Z. (2008). Pain therapy in children and adolescents. *Dtsch Arztebl Int*, 105(28–29). 511–22.
- Westrup B., Sizun, J., Lagercrantz, H. (2007). Family-centered developmental supportive care: a holistic and humane approach to reduce stress and pain in neonates. *Journal of Perinatology*, 27, 12–18.

HAM VERİLER

FORMLAR

EK 1- EBEVEYNE VE ÇOCUĞA AİT BİLGİ FORMU

Anket no: ()

Grup Adı: DENEY GRUBU () KONTROL GRUBU ()

1. BÖLÜM EBEVEYN VE ÇOCUĞA AİT VERİLER

Çocuğun

1. Şikayeti:
2. Cinsiyeti: Kız () Erkek ()
3. Yaşı:
4. Uygulanan invaziv girişim
 - a) Kan alma b) Damar yolu açma c) Kas içi enjeksiyon d) İntravenöz enjeksiyon
5. Daha önce invaziv girişim uygulandı mı? Uygulandı ise hangi işlem ne zaman uygulandı?
 - a) Evet b) Hayır

Ebeveynin Anne () Baba ()

6. Yaşı:
7. Eğitim durumu:
 - a) Okuma yazma bilmiyor b) Okuma yazma biliyor c) İlkokul mezunu
 - d) Ortaokul mezunu e) Lise mezunu f) Yüksekokul/Üniversite mezunu
 - g) Yüksek lisans h) Doktora
8. Mesleği:
9. Daha önce invaziv girişim uygulanması sırasında çocuğunuzun yanında buldunuz mu?
 - a) Evet b) Hayır
10. Daha önce uygulanan invaziv girişim uygulanması sırasında işleme dahil oldunuz mu?
 - a) Evet b) Hayır
11. Daha önce uygulanan invaziv girişimler sırasında ağrıyı azaltmak ya da geçirmek için herhangi bir yöntem uygulandı mı? Uygulandı ise hangi yöntem uygulandı?
 - a) Evet..... b) Hayır

EK-2 DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ

STAI FORM TX – I

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:..... Tarih:...../...../.....

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

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

STAI FORM TX – 2

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:..... Tarih:...../...../.....

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüznü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

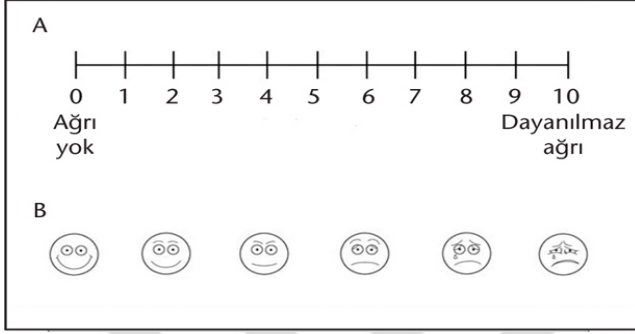
NASIL HİSSEDİYORUM ANKETİ

Kızların ve erkeklerin kendilerini anlattıkları bazı cümleler aşağıda verilmiştir. Her cümleyi dikkatle okuyun ve **su anda** nasıl hissettiğinize karar verin. Daha sonra **sizi en doğru anlatan ifadenin** önündeki kutucuğa (x) işareti koyun. Yanlış ya da doğru cevap diye bir şey yok. Herhangi bir cümle üzerinde fazla zaman geçirmeyin. **Tam bu anda , bu dakikada** nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan ifadeyi seçmeyi unutmayın.

1.	Kendimi	<input type="checkbox"/> çok sakin hissediyorum	<input type="checkbox"/> sakin hissediyorum	<input type="checkbox"/> sakin hissetmiyorum
2.	Kendimi	<input type="checkbox"/> çok öfkeli hissediyorum	<input type="checkbox"/> öfkeli hissediyorum	<input type="checkbox"/> öfkeli hissetmiyorum
3.	Kendimi	<input type="checkbox"/> çok huzurlu hissediyorum	<input type="checkbox"/> huzurlu hissediyorum	<input type="checkbox"/> huzurlu hissetmiyorum
4.	Kendimi	<input type="checkbox"/> çok sinirli hissediyorum	<input type="checkbox"/> sinirli hissediyorum	<input type="checkbox"/> sinirli hissetmiyorum
5.	Kendimi	<input type="checkbox"/> çok huzursuz hissediyorum	<input type="checkbox"/> huzursuz hissediyorum	<input type="checkbox"/> huzursuz hissetmiyorum
6.	Kendimi	<input type="checkbox"/> çok dinlenmiş hissediyorum	<input type="checkbox"/> dinlenmiş hissediyorum	<input type="checkbox"/> dinlenmiş hissetmiyorum
7.	Kendimi	<input type="checkbox"/> çok ürkmüş hissediyorum	<input type="checkbox"/> ürkmüş hissediyorum	<input type="checkbox"/> ürkmüş hissetmiyorum
8.	Kendimi	<input type="checkbox"/> çok rahatlamış hissediyorum	<input type="checkbox"/> rahatlamış hissediyorum	<input type="checkbox"/> rahatlamış hissetmiyorum
9.	Kendimi	<input type="checkbox"/> çok endişeli hissediyorum	<input type="checkbox"/> endişeli hissediyorum	<input type="checkbox"/> endişeli hissetmiyorum
10.	Kendimi	<input type="checkbox"/> çok hoşnut hissediyorum	<input type="checkbox"/> Hoşnut hissediyorum	<input type="checkbox"/> hoşnut hissetmiyorum
11.	Kendimi	<input type="checkbox"/> çok korkmuş hissediyorum	<input type="checkbox"/> Korkmuş hissediyorum	<input type="checkbox"/> korkmuş hissetmiyorum
12.	Kendimi	<input type="checkbox"/> çok mutlu hissediyorum	<input type="checkbox"/> mutlu hissediyorum	<input type="checkbox"/> mutlu hissetmiyorum
13.	Kendimde	<input type="checkbox"/> çok eminim	<input type="checkbox"/> eminim	<input type="checkbox"/> emin değilim
14.	Kendimi	<input type="checkbox"/> çok iyi hissediyorum	<input type="checkbox"/> iyi hissediyorum	<input type="checkbox"/> iyi hissetmiyorum
15.	Kendimi	<input type="checkbox"/> çok başım dertte hissediyorum	<input type="checkbox"/> başım dertte hissediyorum	<input type="checkbox"/> başım dertte hissetmiyorum
16.	Birşeyleri n beni	<input type="checkbox"/> çok rahatsız ettiğini hissediyorum	<input type="checkbox"/> rahatsız ettiğini hissediyorum	<input type="checkbox"/> rahatsız ettiğini hissetmiyorum
17.	Kendimi	<input type="checkbox"/> çok keyifli hissediyorum	<input type="checkbox"/> keyifli hissediyorum	<input type="checkbox"/> keyifli hissetmiyorum
18.	Kendimi	<input type="checkbox"/> çok dehşete kapılmış hissediyorum	<input type="checkbox"/> dehşete kapılmış hissediyorum	<input type="checkbox"/> dehşete kapılmış hissetmiyorum
19.	Kafamda	<input type="checkbox"/> herşeyi çok karmakarışık hissediyorum	<input type="checkbox"/> herşeyi karmakarışık hissediyorum	<input type="checkbox"/> herşeyi karmakarışık hissetmiyorum
20.	Kendimi	<input type="checkbox"/> çok neşeli hissediyorum	<input type="checkbox"/> neşeli hissediyorum	<input type="checkbox"/> neşeli hissetmiyorum

Kızların ve erkeklerin kendilerini anlattıkları bazı cümleler aşağıda verilmiştir. Her cümleyi okuyun ve hangisinin sizin için en doğru olduğuna karar verin. 'Hemen hemen hiç' mi, 'bazen' mi yoksa 'sık sık' mı. Daha sonra sizi en doğru anlatan ifadenin önündeki kutucuğa (x) işareti koyun. Yanlış ya da doğru cevap diye bir şey yok. Herhangi bir cümle üzerinde fazla zaman geçirmeyin. **Genellikle** nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan ifadeyi seçmeyi unutmayın.

Yanlış yapacağım diye endişelenirim	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Ağlayacak gibi olurum	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Kendimi mutsuz hissedirim	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Karar vermekte güçlük çekerim	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Sorunlarımla yüz yüze gelmek bana zor gelir	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Çok fazla endişelenirim	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Evde sınırlarım bozulur	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Utangacım	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Sıkıntılıyım	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Aklımdan engelleyemediğim önemsiz düşünceler geçer ve beni rahatsız eder	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Okul beni endişelendirir	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Ne yapacağıma karar vermekte zorluk çekerim	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Kalbimin hızlı hızlı çarptığını fark ederim	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Nedenini bilmediğim korkularım var	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Annem ve babam için endişelenirim	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Ellerim terler	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Kötü birşeyler olacak diye endişelenirim	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Geceleri uykuya dalmakta güçlük çekerim	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Karnımda bir rahatsızlık hissedirim	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık
Başkalarının benim hakkımda ne düşündükleri beni endişelendirir	<input type="checkbox"/> hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sık sık

EK-4 GÖRSEL ANALOG SKALA

EK-5 ETİK KURUL KARARI

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



Sayı : 867
Konu : Doç. Dr. Metin UYSALOL


Tarih : 28.06.2016

Sayın Doç. Dr. Metin UYSALOL
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

İlgi: Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalının 20/06/2016 tarih ve 227296 sayılı yazısı

Sorumlu araştırmacılığını üstlendiğiniz ve Hemşire Dilek Sönmez SAĞLIK' ın yürüteceği 2016/806 dosya numaralı "Çocuk Acil Servisindeki İnvaziv Girişimler Sırasında Ebeveynleri İşlemlere Dahil Etmenin Çocukların Ağrı ve Anksiyete Düzeylerine Etkisi" başlıklı çalışma kurulumuzun 24/06/2016 tarih ve 12 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup, tutanaklar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.


Prof. Dr. A. Yağız ÜRESİN
İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı

Eki: İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu Karar Formu

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	İ.Ü.İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ HULUSİ BEHÇET KÜTÜPHANESİ KAT:3 FATİH/İSTANBUL
	TELEFON	0 (212) 414 21 53
	FAKS	0 (212) 414 21 53
	E-POSTA	iffetikkurul@istanbul.edu.tr.

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Çocuk Acil Servisindeki İnvaziv Girişimler Sırasında Ebeveynleri İşlemlere Dahil Etmenin Çocukların Ağrı ve Anksiyete Düzeylerine Etkisi"			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	---			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Metin UYSALOL			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı			
	DESTEKLEYİCİ	---			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	---			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	<input type="checkbox"/>			
	Yüksek Doz Araştırması	<input type="checkbox"/>			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Diğer ise belirtiniz :				
	TEK MERKEZ	ÇOK MERKEZLİ	ULUSAL	ULUSLARARASI	
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI "Çocuk Acil Servisindeki İnvaziv Girişimler Sırasında Ebeveynleri İşlemlere Dahil Etmenin Çocukların Ağrı ve Anksiyete Düzeylerine Etkisi"

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	20.06.2016	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	<input checked="" type="checkbox"/>		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU	<input type="checkbox"/>		Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	<input type="checkbox"/>		Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	<input type="checkbox"/>		Açıklama
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	HASTA KARTI/GÖNÜLLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:12	Tarih: 24/06/2016		
	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında görevli Doç. Dr. Metin UYSALOL' un sorumluluğunda ve Hemşire Dilek Sönmez SAĞLIK' ın yürüteceği yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU						
ÇALIŞMA ESASI		19.08.2011 tarihli, 28030 sayılı Resmî Gazetede yayınlanan Klinik Araştırmalar Hakkındaki Yönetmelik				
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. A. Yağız ÜRESİN				
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi *	Katılım **	İmza
Prof. Dr. A. Yağız ÜRESİN	Farmakoloji ve Klinik Farmakoloji	İstanbul Tıp Fakültesi (Etik Kurul Başkanı)	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	İZİNLİ
Prof. Dr. Berrin UMMAN	Kardiyoloji	İstanbul Tıp Fakültesi (Etik Kurul Başkan Yardımcısı)	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ahmet GÜL	Romatoloji	İstanbul Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Oğuzhan ÇOBAN	Nöroloji	İstanbul Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr. Sevdâ ÖZEL YILDIZ	Biyostatistik	İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Biyostatistik	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

* :Araştırma ile ilişkisi
** :Toplantıda Bulunma

İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Klinik araştırmalar Etik kurulu 13.04.2013 tarih, 28617 sayılı Resmî Gazetede yayınlanan Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik çerçevesinde kurulmuş ve T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu tarafından onaylanmıştır. İlgili yönetmelik kapsamında kalan araştırmalar Sağlık Bakanlığında izin almak zorundadır. Yönetmelik kapsamı dışında kalan araştırmalar ise Etik Kurul bünyesinde oluşturulmuş 5 kişilik alt komisyon tarafından değerlendirilmekte olup Sağlık Bakanlığı iznine tabi değildir.

EK- 6 GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME VE ONAY FORMU ÖRNEĞİ

Araştırma, İstanbul ilinde İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Acil Servisine başvurusu sırasında invaziv işlem uygulanan 9-12 yaş arasındaki çocukların ebeveynlerinin işleme dahil olma ya da işlem sırasında çocuğun yanında bulunmasının çocuğun ağrı ve anksiyete düzeyleri ile ebeveynin anksiyetesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü deneysel bir çalışma olarak planlandı.

Bu araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde; ebeveyn ve çocuğa ait bilgi formu, ebeveynlere İnvaziv işlem öncesinde “Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği”, çocuğa ise “Çocuklarda Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği” doldurulacaktır. İnvaziv işlem yapıldıktan sonra ise çocuğun ağrı düzeyini belirlemek için “Görsel Analog Skala” işaretlenecektir.

Bu çalışmaya katılmama hakkına ve katıldığınız takdirde yazılı onay vermiş olmanıza rağmen çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz. Ayrıca sizin isteğinize bakılmaksızın araştırmacılar tarafından da araştırma dışı bırakılabiliyorsunuz. Çalışmaya katılımınız ile ilgili olarak isminiz saklı tutulacak ve tedavi planınız aksatılmayacaktır. Ancak etik kurullar ve resmi makamlar size ait tıbbi bilgilere ulaşabilir. Araştırma sırasında size ait bir bilgi söz konusu olduğunda, bu size veya yasal temsilcinize bildirilecektir.

Çalışmada yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Sorumlu Araştırmacı

Doç. Dr. Metin UYSALOL

Yardımcı Araştırmacı

Dilek SÖNMEZ SAĞLIK

İmza

İmza

Katılımcının/Hastanın Beyanı

(Bu bölüm hazırlanan gönüllü olur formunun sonuna eklenmelidir)

Sayın Doç. Dr. Metin Uysalol tarafından İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Bilim Dalı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağını bilincindeyim) Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Doç. Dr. Metin UYSALOL'u 02124142000/32980 numaralı telefonda ve İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Acil Servis Ünitesi'den arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararımı aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-soyadı/ İmzası/Tarih/ Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Araştırma ekibinde yer alan ve yetkin bir araştırmacının

Adı-soyadı/ İmzası/ Tarih

Gerekliyse olur işlemine tanık olan kişinin Adı-soyadı/ İmzası/Tarih/ Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

PATENT HAKKI İZİNİ

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

ÇOCUK ACİL SERVİSİNDEKİ İNVAZİV GİRİŞİMLER SIRASINDA EBEVEYNLERİ İŞLEME DAHİL ETMENİN ÇOCUKLARIN AĞRI VE ANKSİYETE DÜZEYLERİNE ETKİSİ

Yazar Dilek Sönmez Sağlık

Gönderim Tarihi: 20-Eki-2017 09:34AM (UTC+0300)

Gönderim Numarası: 865965004

Dosya adı: AH_L_ETMEN_N_OCUKLARIN_A_RI_VE_ANKS_YETE_D_ZEYLER_NE_ETK_Sdocx (195.01K)

Kelime sayısı: 15331

Karakter sayısı: 105623



ÇOCUK ACİL SERVİSİNDEKİ İNVAZİV GİRİŞİMLER SIRASINDA
EBEVEYNLERİ İŞLEME DAHİL ETMENİN ÇOCUKLARIN AĞRI
VE ANKSİYETE DÜZEYLERİNE ETKİSİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 12	% 9	% 6	% 5
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	% 2
2	angora.baskent.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
3	dergipark.ulakbim.gov.tr İnternet Kaynağı	% 1
4	sosyalb.gop.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
5	acikerisim.deu.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
6	ozgrdnrc.blogspot.com İnternet Kaynağı	<% 1
7	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	<% 1
8	earsiv.atauni.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1