

T.C.
YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ - KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI ORTAK
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
(ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ)

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Kazım BAĞCI

**ÇOCUK HASTALARIN ACİLE GETİRİLME SÜRELERİ, GECİKMEYE
NEDEN OLAN FAKTÖRLER VE EBEVEYNLERİN SAĞLIK İNANÇ
TUTUMLARININ BELİRLENMESİ**

TEZ YÖNETİCİSİ
PROF. DR. YURDAGÜL ERDEM

YOZGAT 2019



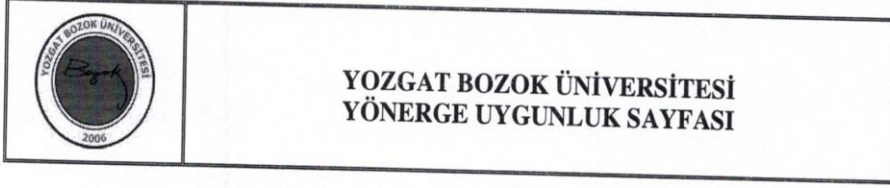
**YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK SAYFASI**

T.C.

**YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

İmza
K. Aygün BAĞCI
.....



T.C.
YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

“Çocuk Hastaların Acile Getirilme Süreleri, Gecikmeye Neden Olan Faktörler ve Ebeveynlerin Sağlık İnanç Tutumlarının Belirlenmesi” adlı Hemşirelik Ana Bilim Dalı yüksek lisans tezi, Yozgat Bozok Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi 'ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan

Latim BAĞCI

İmza

Danışman

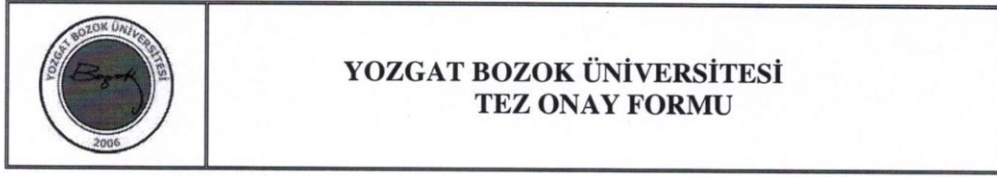
Prof. Dr. Yurdagül ERDEM

İmza

Prof. Dr. Fatma F. ÖZALP

Ana Bilim Dalı Başkanı

İmza



T.C.
YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Enstitümüzün Hemşirelik Ana Bilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı 90110115011 öğrenci numaralı öğrencisi Kazım BAĞCI'nın hazırladığı "Çocuk Hastaların Acile Getirilme Süreleri, Gecikmeye Neden Olan Faktörler ve Ebeveynlerin Sağlık İnanç Tutumlarının Belirlenmesi" başlıklı tezi ile ilgili tez savunma sınavı, Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri gereğince 25/03/2019 tarihinde (saat: 11:00) yapılmış, tezin onayına oy birliği/oy çokluğu ile karar verilmiştir.

Başkan : Prof. Dr. Faime POZAT

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Yurdagül ERDEM
(Danışman)

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Zehne CAUSKAN

ONAY:

Bu tezin kabulü, Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve sayılı Enstitü Yönetim Kurulu Kararı ile onaylanmıştır.

...../...../.....

Prof. Dr. Yalçın ARAL
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ÇOCUK HASTALARIN ACİLE GETİRİLME SÜRELERİ, GECİKMEYE NEDEN OLAN FAKTÖRLER VE EBEVEYNLERİN SAĞLIK İNANÇ TUTUMLARININ BELİRLENMESİ

Kazım BAĞCI

Hayatının ilk yıllarında çocuklar pek çok sağlık sorunları ile karşılaşmaktadır ve sağlıklı büyümeleri, uygun beslenmeleri, öğrenme ve psikososyal gelişimleri doğrudan ebeveynlerinin sağlık inanç tutumlarından etkilenmektedir. Ülkemizde acil servise başvuru süresi, gecikmeye neden olan faktörler ile ilgili çalışmalar kısıtlıdır. Bu çalışmada, çocuk hastaların acile getirilme süreleri, gecikmeye neden olan faktörler ve ebeveynlerin sağlık inanç tutumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Veriler; “Sosyo-demografik veri formu” ve “Ebeveyn Sağlık İnanç Tutum Ölçeği” ile toplanmıştır. Araştırmanın evrenini Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Fevzi MERCAN- Mustafa ERASLAN Çocuk Hastanesi acil serviste gözetim altındaki 0-18 yaş arası çocukların ebeveynleri oluşturmuştur. Çalışmaya toplam 400 ebeveyn katılmış olup, ebeveyn tutum ölçeği yalnız annelerde kullanıldığından, 299 anne üzerinde değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdeler, t testi, khi-kare, ANOVA, Pearson korelasyon katsayısı, Cronbach α katsayısı, Kurtosis ve skewness katsayıları kullanılmıştır.

Araştırmaya katılanların %74,8’ini (n=299) anneler oluşturmuştur. Annelerin %43,8’i (n=175) 26-34 yaş aralığında iken, babaların %57,6’sı (n=228) 35 yaş üstüdür. Annelerin %29,2’si (n=111) ilkokul mezunu, babaların %31,8’i (n:135) lise mezunudur. Ailelerin ekonomik durumu %51,3 (n=205) gelir gidere eşittir. Ebeveynlerin çocuklarının %51,0’i (n=204) erkek, %44,3’ü (n=177) 1-6 yaş aralığında, ikinci ya da üçüncü çocuktur. Hastalık belirtisi ve acile başvuru arasında geçen süre min.6 dakika ile 720 saat arasında değişmekte olup, ortalama $\bar{X}=25.78\pm 67.34$ saat olarak belirlenmiştir. Ebeveynlerin %29,6’sı (n=32) önceki geçmiş deneyimlerine bağlı geç geldiğini belirtmiştir.

Çocuklar gözlem altında ilk sırada %24,3’le (n=96) konvülsiyon tanısı ile izlenmiştir. Ebeveynlerin iç faktörler puan ortalaması $\bar{X}=27.27\pm 6.36$, dış faktörler puan ortalaması $\bar{X}=31.99\pm 7.70$ ve şans faktörleri puan ortalaması $\bar{X}=12.14\pm 5.19$ olarak bulunmuştur. Buna

göre annelerin içsel ve dışsal kontrollerinin ortanın üstünde olduğu, çocuğun sağlığını şansa bırakmadığı düşünülmüştür. Anne yaşı, annenin eğitim durumu, gelir düzeyi ile ebeveyn sağlık inanç tutumları arasında fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre ileri yaş anneler ile okur yazar olmayan annelerin ve gelir düzeyi düşük ailelerin sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi konusunda eğitim ve danışmanlık verilmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, acil, hemşire, ebeveyn sağlık inancı, acile başvuru süresi



ABSTRACT**MASTER'S THESIS****ADMISSION TIME TO EMERGENCY OF CHILDREN PATIENT'S, FACTORS CAUSING DELAY AND EVALUATE OF PARENTS HEALTH BELIEF ATTITUDES****Kazım BAĞCI**

In the early years of life, children face many health problems and they are directly affected by their parents' health belief and attitudes, including their healthy growth, appropriate nutrition, learning and psychosocial development. Studies on the duration of admission to the emergency department in our country are limited. In this study, it was aimed to determine the duration of admission to the emergency department, the factors causing delay and parent health belief scale.

The data were collected using "Parental Health Belief Scale" with "Socio-demographic data form". The convenience sample of the study recruited in children who aged 0-18 years and hospitalized in the emergency department of the Pediatric Hospital of Erciyes University Medical Faculty Fevzi MERCAN-Mustafa ERASLAN Children's Hospital. A total of 400 parents were included in the study, and evaluated on 299 mothers because the parental attitude scale was used on mothers. Percentage, t-test, chi-square, ANOVA, Pearson correlation, Cronbach α , Kurtosis and skewness coefficients were used in the evaluation of the data.

As a result of the analysis; 74.8% (n = 299) of the interviewees were mothers. 43.8% (n = 175) of the mothers were between the ages of 26-34, 57.6% of the fathers (n = 228) were over 35 years of age. 29.2% (n = 111) of the mothers were primary school graduates and 31.8% (n: 135) of the fathers were high school graduates. 51.0% (n = 204) of the children were male and 44.3% (n = 177) were between 1-6 years of age. The children included in the study had a mean $\bar{X}=1.64\pm 1.27$ siblings, the patient was the second or third child. The time between the symptoms of the disease and admission to the emergency room ranged from a minimum of 6 minutes to 720 hours and the mean duration was determined $\bar{X}=25.78\pm 67.34$ hours. 29.6% (n = 32) of the parents who thought they were late for the emergency department and they came late because of their previous experience.

Child patient was hospitalized to the emergency department with 24.3% (n = 96) convulsions. The economic situation of the families who admitted to emergency care services

are 51.3% (n = 205) equal to the income and expenditure. The mean score of the internality factors was $\bar{X} = 27.27 \pm 6.36$, the mean of the powerfull others was $\bar{X} = 31.99 \pm 7.70$ and the mean of chance factors was $\bar{X} = 12.14 \pm 5.19$. According to this, it can be thought that the internal and external controls of the mothers are above the middle and the health of the child does not leave them to chance. Internatily factor score was found maternal age of 26-34 mothers to be higher than the mothers aged 35 and over. Accordingly, it can be said that mothers over the age of 35 need to develop health literacy. Similarly, it was observed that literate mothers were more externally controlled than mothers at other educational levels. It can be suggested that mothers who are over 35 years old and literate can be given training and counseling on the internal causes of diseases.

Key Words: Child, emergency, nursing, parent health belief, admission time to emergency

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

| | |
|--|-------------|
| BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK SAYFASI | i |
| YÖNERGE UYGUNLUK SAYFASI | ii |
| TEZ ONAY FORMU | iii |
| ÖZET | iv |
| ABSTRACT | vi |
| İÇİNDEKİLER DİZİNİ | viii |
| TABLolar DİZİNİ | x |
| KISALTMALAR DİZİNİ..... | xi |
| TEŞEKKÜR..... | xii |
| 1.GİRİŞ VE AMAÇ..... | 1 |
| 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi | 1 |
| 1.2. Çalışmanın Amacı | 5 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 6 |
| 2.1. Acil Tıp ve Tarihsel Gelişim | 6 |
| 2.1.1. Acil tıp | 6 |
| 2.1.2. Acil tıbbın tarihsel gelişimi..... | 7 |
| 2.1.3. Türkiye’de çocuk acil tıp | 7 |
| 2.2.Triyaj..... | 8 |
| 2.3. Çocuk Acil ve Hemşirelik | 9 |
| 2.4. Sağlık İnanç Modeli (SiM)..... | 11 |
| 2.4.1. Ebeveyn sağlık inanç modeli | 13 |
| 3. YÖNTEM..... | 15 |
| 3.1.Araştırmanın Tipi | 15 |
| 3.2.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi..... | 15 |
| 3.2.1. Ön uygulama..... | 16 |
| 3.3.Araştırmanın Yapıldığı Yerin Özellikleri..... | 16 |
| 3.4.Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi | 16 |
| 3.4.1. Sosyo-demografik veri formu..... | 16 |
| 3.4.2. Ebeveyn sağlık inanç ölçeği | 17 |
| 3.5.Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri..... | 18 |
| 3.6.Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi..... | 18 |
| 3.7. Araştırmanın Etik Boyutu..... | 19 |

| | |
|--|-----------|
| 4. BULGULAR | 20 |
| 5. TARTIŞMA | 39 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER | 42 |
| 6.1. SONUÇLAR | 42 |
| 6.1.1. Ebeveynlerin sosyo-demografik özellikleri | 42 |
| 6.1.2. Çocuk acil servise başvuran çocukların özellikleri | 42 |
| 6.1.3. Çocuk hastaların çocuk acile getirilme süreleri ve geç gelmeye neden olan faktörlerin belirlenmesi. | 42 |
| 6.1.4. Ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerine göre ebeveyn sağlık inanç tutum ortalamaları | 43 |
| 6.1.5. Acil servise başvuru sürelerine göre ebeveyn sağlık inanç tutum puanları..... | 44 |
| 6.1.6. Acil servise başvuru süresinde gecikmeye neden olan faktörlere göre ebeveyn sağlık inanç tutum puan ortalamaları | 44 |
| 6.1.7. Çocuğun cinsiyeti, anne eğitim durumu ve acile geç gelme sebebine göre başvuru süresindeki fark | 44 |
| 6.2. ÖNERİLER..... | 45 |
| 7. KAYNAKÇA | 46 |
| 8.EKLER..... | 53 |
| EK -1 Etik Kurul Kararı | 53 |
| EK-2 Kurum İzni Belgesi | 55 |
| EK-3 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu | 57 |
| EK-4 Sosyo-Demografik Veri Formu | 60 |
| EK-5 Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği..... | 63 |
| 9.ÖZGEÇMİŞ..... | 65 |

TABLOLAR DİZİNİ

| | |
|---|----|
| Tablo 3.1. Verilerin normallik dağılım analizleri..... | 19 |
| Tablo 4.1. Ebeveynlerin sosyo-demografik özellikleri(N:400)..... | 20 |
| Tablo 4.2. Acil servise getirilen çocuğun özellikleri (N:400) | 21 |
| Tablo 4.3. Ebeveynlerin çocuk acile başvuru süreleri, nedenleri ve gecikmeye neden olan durumlar | 22 |
| Tablo 4.4. Hastalık belirtisi ve acile başvuru arasında geçen süre (Saat) | 23 |
| Tablo 4.5. Acil servise geç gelme nedenlerinin dağılımı (N:108)..... | 24 |
| Tablo 4.6. Annelerin ebeveyn sağlık inanç ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanların ve puan ortalamalarının dağılımı | 25 |
| Tablo 4.7. Annelerin sağlık inanç tutum ölçeği puan ortalamalarının bazı değişkenlere göre karşılaştırılması | 26 |
| Tablo 4.8. Bazı sosyo-demografik özellikler ile annelerin sağlık inanç tutum ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi (Sürekli veriler için)..... | 32 |
| Tablo 4.9. Anne Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Annelerin Sağlık İnanç Tutum Ortalamalarının Karşılaştırılması | 33 |
| Tablo 4.10. Ebeveyn sağlık inanç tutum puanları ile acil servise başvuru süreleri arasındaki ilişkinin incelenmesi | 36 |
| Tablo 4.11. Acil servise başvuru süresinde gecikmeye neden olan faktörlere göre ebeveyn sağlık inanç tutum puanlarının karşılaştırılması (N:78)..... | 37 |
| Tablo 4.12. Çocuğun cinsiyeti ve anne eğitim durumuna göre başvuru süresi farkının incelenmesi | 38 |

KISALTMALAR DİZİNİ

- ACE** : Amerikan Acil Tıp Hekimleri Birliği (American College Of Emergency Physicians)
- CAYD** : Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği
- IOM** : Amerikan Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine)
- P-CTAS** : Pediatric Canadian Triage and Acuity Scale (Pediatrik Kanada Triaj ve Doğruluk Skalası)
- LSD** : Least Significant Difference (Test En Küçük Anlamlı Fark Testi)
- SİM** : Sağlık İnanç Modeli



TEŞEKKÜR

“Çocuk Hastaların Çocuk Acile Başvuru Süreleri, Gecikmeye Neden Olan Faktörler Ve Ebeveynlerin Sağlık İnanç Tutumlarının Belirlenmesi” başlıklı yüksek lisans tezimde gece gündüz yardımını esirgemeyen, tecrübelerinden faydalanırken göstermiş olduğu hoşgörü ve sabırdan dolayı çok kıymetli tez danışmanım, Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı Sayın Prof. Dr. Yurdağül ERDEM’e, bilimsel katkılarından dolayı Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı Sayın Prof. Dr. Sevinç POLAT’a, Erciyes Üniversitesi Çocuk Acil ekibine, ailem ve eşim Sevda Yeşim BAĞCI’ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.



1.GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Acil tıbbi bakımın amacı, yaşamı tehdit eden veya sakatlığa neden olabilecek bir hastalığı olan kişilerin tıbben ihtiyaç duyduğu gereksinimlerinin anında karşılanmasıdır(Razzak, Kellermann, 2002). Acil bakım bütün hastalık ve yaralanmaların en kısa zamanda değerlendirme, tanı, tedavi ve gerekiyorsa uygun birimlere sevkini kapsar.Acil bakım iki ana bileşeni içerir: (1) zamanında tıbbi karar verme ve (2) hastanın yaşı, cinsiyeti, yeri veya durumu ne olursa olsun, zaman açısından kritik sağlık sorunları nedeniyle gereksiz ölüm veya sakatlığın önlenmesidir(Razzak, Kellermann, 2002).Acil servise geç başvurulması hastalarda tıbbi, psikoloji ve ekonomik olumsuz sonuçlara neden olabilir. Çeşitli çalışmalar acil servislerde acil olmayan vaka oranını %6-81 oranında değiştiğini göstermektedir. (Jeffrey M. 2000; Esmail A., Ann J., Roberts C., 2000; Florance T., Michael C., Anne M., Mark I., 2014)

Teknolojik olarak tıp biliminin hızla gelişmesi ve koruyucu sağlık hizmetleri ile doğru tıbbi karar verme olanakları günümüzde artmıştır. Yaşamı tehdit eden hastalığı olan çocuklarda yaşamın sürdürülmesi ve sistem fonksiyonlarının düzenlenmesi de tıbbi gelişmelerle yaşam süresinin artmasına katkı sağlamıştır. Çocukların mortalite ve morbidite oranlarını etkileyen en önemli faktörler olarak iklim, çevre ve coğrafya, hastalıkların görülme sıklığı, ebeveyn eğitimi, kırsal veya kentsel geçmiş yaşam öyküsü ve belki de bunlardan en önemli faktör semptomların ortaya çıkış zamanı ile doktora başvuru arasında geçen zamandır. Semptomların görülmeye başladığı andan hastaneye başvuruncaya kadar geçen zaman çocuğun sağlığı üzerinde büyük rol oynar. Ayrıca hastalığın seyri de bu süre ile yakından ilişkili bulunmaktadır (Sharma U, Sharma A, Hanspal R, Sharma J, Kumar A, 2014). Yapılan çalışmalara göre hastanelere yapılan geç başvuruların çoğunda altta yatan en önemli etmen ebeveynlerin kültürel yapısı ya da dikkatsizliğinden kaynaklı gecikmeler olmasıdır (Sharma U, Sharma A, Hanspal R, Sharma J, Kumar A, 2014; Katiyar, Ahmed, Sing, Singh, 2017) Terzioğlu, F., Uslu Şahan, F,2017).

Acil polikliniklerinin gereksiz kullanılması ülkelerin genel sorunu olarak görülmektedir. Bu gereksiz kullanım acil servislerde yığılmaların olmasına neden olmakta ve gerçek acil bakım gereksinimi olan hastalarda tıbbi karar verme ve tıbbi müdahalelerde gecikmelere neden olmaktadır (Köse, Köse, Öncü, Tuğrul, 2011). Acil servislerdeki bu durum hasta memnuniyetini kötü yönde etkilemektedir (Ersel vd., 2006). Yapılan çalışmalarda acil servise yapılan başvuruların her yıl daha da arttığı görülmektedir(Ersel vd., 2006; Altındış, Ünal,2017).

Amerikan Tıp Enstitüsü (IOM)'ne göre acil sağlık hizmetlerinin sunulmasında güvenlik, etkililik, zamanlılık ve hasta merkezilik sağlık kalite çerçevesinde belirtilmiştir. Güvenlilik; sağlık bakım sistemine başvuran hastanın, hasta güvenliğini tanımlamakta olup yanlış tanı ve tedaviden, tıbbi hatalardan ve sağlık kurumunda oluşabilecek kaza ve yaralanmalardan korunmasını kapsar. Etkililik, bakımla ilişkili yarar ve risklerin bilimsel kanıta temelli olarak uygun hizmetin verilmesini içermektedir. Hasta merkezli olmak, hasta, sağlık çalışanı ve aile arasında paydaşlar olarak etkili bir ortaklığın kurulması, hastaya saygı duyma, tıbbi kararlara ve kendi bakımına katılımını desteklemeyi içerir. Zamanlılık, tıbbi hizmete erişimde gecikmenin olmaması, erişime olan zamanın azaltılması ve disiplinler arası koordinasyonda gecikmenin olmamasının sağlanmasını içermektedir (Institute of Medicine, 2006).Çocuk acillerde bu ilkeler doğrultusunda hizmet verilmesi gerekmektedir.

Çocuk acil servisler, hizmeti alıcılar tarafından sıklıkla birinci basamak sağlık hizmeti gibi kullanılmakta, bu durum acil servislerde yığılmalara neden olarak hizmetin zamanında, etkili ve verimli olarak sunulmasına engel olmaktadır (Köse, Köse, Öncü, Tuğrul, 2011; Erdem, 2016). Acil servislerin birinci basamak sağlık hizmetlerinin yerine kullanılmasında ki en önemli nedenler ise sağlık ekibine hızlı ulaşmak, yapılan tetkik işlemlerinin ücretsiz ve hızlı olması, acil servislerde çalışan personelin ve acil servisin daha kapsamlı olduğuna inanmak olduğu belirtilmektedir (Edirne, Edirne, Atmaca, Keskin, 2008; Köse, Köse, Öncü, Tuğrul, 2011; Gözübüyük, Akbulut, 2014).

Acil servislerde bekleme sürelerine ilişkin yapılan çalışmalarda uzun süren bekleme sürelerinin çocukların gereksiz ağrı ve acı çekmelerine neden olduğu ve yaşamını tehdit ettiği bildirilmektedir. Literatürde acil serviste bekleme süresi ile ilgili çalışmalar mevcut olup (Altındış, Ünal, 2017), hastalığın semptomlarının ortaya çıkış

süresi ile hekime başvuru süresi arasında geçen zamana yönelik sınırlı sayıda çalışma bulunmamaktadır.(Koç vd. 2003; Biçer, Yılmaz, Keleş, Aydoğan, 2007; Küçük, Balcı, 2011).

Ülkemizde acil servislerin genel sorunları ile ilgili yapılan bir çalışmada acil servise başvuru sayısının çok fazla olması ve sağlık personeli başına düşen iş yükü, müşahede altında tutulan hastaların uzun bekleme süresi ve yoğunluğa bağlı tetkiklerin yavaş sonuçlanması, acil servis fiziki şartlarının yetersizliği, triaj uygulamalarının hala etkili bir şekilde yürütülememesi, sevk sisteminin düzgün işlememesi ve yetersiz güvenlik düzeyi olarak belirtilmektedir (Söyük, 2017).

Dünyada ve Ülkemizde acil servislerin kullanımı değişik oranlarda yer almaktadır. Gelişmiş ülkelerde acile başvuru oranları %10'u geçmemekte iken ülkemizde Sağlık Bakanlığı verilerine göre acilden giriş %31 oranlarında belirtilmektedir (Çocuk Acil Tıp Ve Yoğun Bakım Derneği (CAYD), 2008). İngiltere'de acil olmayan vakaların acil servise başvuru oranı %31 olarak görülürken(Mason 2017), ülkemizde Civaner ve ark. (1999)'ınca yapılan bir çalışmada %47.7'sinin acil olmadığı; Atabek ve ark.(1999)'ınca yapılan bir çalışmada çocuk acil servisine yapılan başvuruların %37'sinin acil olmadığı; Köse ve ark.(2011)'ın yaptığı çalışmada çocuk acile yapılan başvuruların %88,4'ünün acil olmadığı ve yatış yapılmadan taburcu edildikleri; Ersel ve ark.(2006)'ınca yapılan bir çalışmada vakaların %32,2'nin acil olmadığı; Edirne ve ark. (2008)'ınca yapılan bir çalışmada vakaların %19.5'inin acil olmayarak ayaktan tedavi edildiği belirtilmiştir. Acil servislerde bir diğer sorun ise çocuğa uygun ekipman olmaması, yeterli uzman hekim hemşire eksikliği olmasıdır. Gelişmiş ülkelerde de ülkemize benzer şekilde çocuk acillerin hala çok özelleşmiş olmayıp, çocuğa uygun ekipmanın çocuk acillerin sadece %6'sında olduğu bildirilmiştir(ACEP, Amerikan Acil Tıp Hekimleri Birliği, 2004). Ülkemizde de çocuk aciller pek çok hastanede ayrı üniteler olmayıp erişkin acil vakalarla aynı yerde izlenmekte, personellerin çocuk hastaya yaklaşıma yönelik bilgi ve beceri eksiklikleri söz konusu olabilmektedir (CAYD, 2008; Erdem, 2016; Altındiş, Ünal, 2017). Anıl ve ark. (2014)'ınca yapılan bir çalışmada acil servise yapılan başvuruların hekim sayısına oranına bakıldığında, 20 dakikada bir yeni hasta ile karşılaştıkları hesaplanmıştır.(Anıl, 2014)

Literatürde çocuk hastalarda semptomların başlamasından acile başvuru arasında geçen süre ve bekleme nedenlerine ilişkin çalışmalar sınırlıdır. Çocuk acil servisine zehirlenme nedeni ya da korozif madde içimi ile başvuran vakalarda yapılan çalışmalara rastlanmıştır. Bu zehirlenme vakalarında acile başvuruncaya kadar geçen süre ortalama 2.20 saat ile 3.4 (Akçay, Gürsel, Özdemir, Kılıç, Ergin, 2005) saat arasında hesaplandığı bildirilmiştir. Küçük ve Balcı'nın (2005) çalışmasında zehirlenme vakalarında ailelerin %63.8'nin korozif madde içiminden sonra su, süt veya yoğurt verdiği,%11.2'sinin hiçbir şey yapmadan acil servise geldiği görülmüştür. Reçetesiz ilaç kullanımı ve uygulanan geleneksel yöntemler hastaneye başvuru süresini etkilediği gibi tedaviyi geciktirmekte, çocukta geriye dönüşü olmayan zararlar verebilmektedir(Akçay vd. 2005).

Yaşamın ilk yıllarında çocuklar pek çok sağlık sorunları ile karşılaşmaktadır ve sağlıklı büyümeleri, uygun beslenmeleri, öğrenme ve psikososyal gelişimleri de dâhil doğrudan ebeveynlerinin sağlık inanç tutumlarından etkilenebilmektedir (Amen, Clark 2001).Sağlık bakım çalışanları ile çocuklar arasındaki sağlığa erişimi sıklıkla anneler sağlamaktadır. Pek çok anne çocuklarının ne zaman doktora götürüleceğine kendi sağlık inanç tutumlarına göre karar vermekte ve ona göre sağlık bakım hizmetlerine başvurabilmektedir (Amen, Clark 2001).

Kişilerin hastalıkları nasıl algıladıkları kültürel özellikler, yaşadıkları deneyimler, hastalık süreci, baş etme mekanizmalarından etkilenebilmektedir (Armay, Özkan, Kocaman, Özkan, 2007; Tokur Kesgin, Özcebe, 2004). Doğrudan ebeveynlerine bağımlı olan çocukların sağlığının geliştirilebilmesi için ebeveynlerin sağlık inanç tutumlarının geliştirilmesi gereklidir (Shashank KJ1 , MM Angadi, 2016)

Acile başvuru süresini etkileyen faktörler ile doğrudan ilgili olmamakla beraber, Dang ateşi (Dengue Fever) ile ilgili 2008-2014 yılları arasında yapılan bir çalışmada gecikmeye neden olan pek çok faktör bildirilmiştir. Çalışmada %70'i 0-14 yaş çocuklardan oluşan 16357 dang ateşi vaka, hastaneye başvuruda gecikmeye neden olan faktörler, hastalığın şiddeti, çocuk hastadan ziyade yetişkin hasta olmak, özel hastane yerine devlet hastanesine başvurmak, salgın dönemlerinden ziyade sakin dönemde olmak, hastaneye uzaklık, belirtilerin geç farkedilmesi olarak sıralanmıştır (Nimmanutya, 2002; Abello, Cuesta, Cerro, Sapir, 2016). Bu vakalarda şiddetli

olmayan vakaların sıklıkla hastalığın başlangıcından sonra 3. veya 4. gün hastaneye başvurduğu bildirilmiştir (Gibson vd, 2013; Abello vd. ,2016). Dolayısıyla hastalığın şiddeti başvuruda gecikmeyi etkileyen faktörlerden birisidir.

1.2. Çalışmanın Amacı

Ülkemizde ebeveynlerin çocuk acile başvuru sürelerine yönelik sınırlı çalışmalar yer almakta olup, ebeveyn tutumlarına ilişkin çalışmalara rastlanmamıştır. Oysa literatürde çocukların sağlığına yönelik yapılan çalışmalarda ebeveynlerinin kararlarının çocuğun sağlığı üzerinde çok önemli etkileri olabileceği yer almaktadır. Bu nedenle bu çalışmada çocuk acile başvuru süreleri, başvuruda gecikmeye neden olan faktörler ve ebeveynlerin sağlık inanç tutumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu doğrultuda bu çalışmada yanıt aranan sorular:

- 1- Acil servise başvuran çocuk hastaların başvuru süresi nedir?
- 2- Başvuru süresinde gecikmeye neden olan faktörler nelerdir?
- 3- Annelerin ebeveyn sağlık inanç tutum ortalama puanları nedir?
- 4- Annelerin ebeveyn sağlık inanç tutumları ile acil servise başvuru süreleri arasında ilişki var mıdır?
- 5- Annelerin ebeveyn sağlık inanç tutumu ile acil servise başvuru süresinde gecikmeye neden olan faktörler arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Acil Tıp ve Tarihsel Gelişim

2.1.1. Acil tıp

Acil tıp; ani gelişen hastalık yada kaza sonucunda, hasta yada yaralı bireyi değerlendirmek, hayatı tehdit edici etmenleri ortadan kaldırmak, ve gerekli medikal tedavinin ilk basamağını başlatmak ve daha sonra ki hayatı tehdit eden sekel ve yaralanmaları önlemek için kurulan uzmanlık alanıdır(Yıldız S, 2006; Acil Sağlık Hizmetlerinin Yapısı, Ankara 2011).

Acil hizmet, birey veya bireylerin sağlık bütünlüğünü bozan ve yaşamı tehdit eden durumları ekarte etmek ve gerekli iyileşmeyi sağlamak için sağlık profesyonelleri tarafından en kısa zamanda verilen hizmetlerdir. Acil hizmeti veren kurum ve kuruluşlar 7 gün 24 saat kesintisiz hizmet vermektedir (Oktay, Çete, Eray, Pekdemir, Günerli, 2017).

ACEP'e göre aciller 13 maddede toplanmıştır.

1. Hastane yada bakım hizmeti veren kurumlara ilk 24 saat içinde gereksinim yaratacak durumlar.
2. 72 saatten daha az süre içerisindeki akut travmalar.
3. Hızlı gelişen ve hayat kalitesini azaltan ağrılar.
4. Akut enfeksiyonlar.
5. Toplum sağlığını olumsuz etkileyen olaylar.
6. Doğum, doğum öncesi ve doğum sonrası ilk müdahale.
7. Kan kaybı veya kanamanın önlenmesi.
8. Şok veya şok öncesi erken müdahale.
9. Engellenmediği zaman hayatı tehdit eden veya fiziksel ve psikolojik zararlara neden olabilecek istismar durumları.
10. Çeşitli girişimsel yöntemlerle doğum anomalisi ve eksikliklerin giderilmesi.
11. Hayatı idame ettiren sistemlerin, organların, bilinç ve duyu sistemlerinin işlevinin kısmi veya tam kaybı.

12. Bireyin bir başkası veya kendi sağlığını tehlikeye atan akli hastalıklar.
13. Muhtemel sakat kalma, durumun kötüye gitmesi veya ölümün engellenmesi için alınacak her türlü hızlı ve hasta odaklı kararlar ve girişim gereken durumlar.(Acil Sağlık Hizmetlerinin Yapısı, Ankara 20114)

2.1.2. Acil tıbbın tarihsel gelişimi

Acil sağlık hizmetleri, Eski Mısır'da 5000 yıl kadar tarihi olan geçmişe sahiptir. Yunan ve Roma medeniyetlerinde savaş esnasında yaralıları güvenli bölgeye taşıma ve ilk yardımı savaş bölgesinde uygulama olarak yapıldığı bilinmektedir. Yakın tarihe baktığımız zaman ilk ambulansın, atlar tarafından çekilen atlı arabalar olduğu ve 1487 yılında İspanya'da kullanıldığı bilinmektedir. İlk askeri acil hizmeti birliği 1793 yılında, ilk sivil dernekleşme 1878 yılında ve ilk 24 saat hizmet veren ambulans hizmeti 1897 Londra'da hizmete girmiştir. Paramedik ve hekimlerin ambulansla hizmet vermeye başlaması 1960 yılında ilk kez ABD ve Fransa'da başlamıştır. 1970 yılında ilk kez acil tıp anabilim dalı olarak kabul edilip Cincinnati Üniversitesinde okutulmaya başlanmıştır (CAYD, 2008).

2.1.3. Türkiye'de çocuk acil tıp

Çocukluk döneminin gelip geçici bir dönem olduğu düşünülen önceki yıllarda çocuk acil tıp hizmetleri göz ardı edilmiş ve çocuk yetişkin bireyin minyatürü olarak kabul görmüştür. Oysaki çocuklar; yetişkin bireylerden anatomik, fizyolojik ve psikolojik açıdan farklılık gösterirler. Toplumun en değerli varlığı olan çocuk; sağlık hizmeti alırken, konusunda uzmanlaşmış ve branşlaşmış bir ekipten sağlık hizmeti almak zorundadır. Özellikle acil durumlarda bu hizmetin önemi artmaktadır (Karaböcüoğlu, Yılmaz, Duman, 2012; Yılmaz, Anıl, 2016)

Türkiye'de çocuk acil resmi olarak kabul edilmeden önce, birçok üniversite ve eğitim-araştırma hastanelerinde sadece çocuk acil ile ilgilen çok sayıda uzman doktor bulunuyordu. Çocuk acil olarak ülkemizde ilk adım, 1980 yılında İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD tarafından atıldı. İçinde bir uzman ve bir asistanın bulunduğu çocuk acil servisi kuruldu. 1998 yılında Acil Pediatri Derneği

kuruldu ve 2003 yılında Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği olarak güncellendi(Karaböcüoğlu, Yılmaz, Duman, 2012; Yılmaz, Anıl, 2016)

2.2.Triyaj

Triyaj; Fransızca kökenli olan ve sınıflamak, ayırt etmek anlamına gelen “trier” kelimesinden gelir. Triyaj; acil sağlık hizmeti gereksinimi bulunan bireyin aciliyetinin belirlenmesi, gerekli sağlık hizmetinin en uygun düzeyde verilmesi ve yaşamı tehdit eden durumun ciddiyetine göre acil sağlık hizmetinin verilmesini sağlayan sistemdir (Akyolcu, 2007; Tekşam, 2009).

Triyajın ilk kullanımı savaş alanlarına dayanır. Savaş alanında yaralı askerlerin seçilmesi ve cepheye en kısa sürede ve en az tedaviyle dönebilecek askerlerin, uzak mesafedeki hastanelere taşınmasına karar verilmesi ile başlamıştır. Günümüzde ise triyaj, acil servislerin kalabalığına çözüm bulmak için düzenlenmiştir. Acil kliniğine gelen vakaların ciddiyetine göre öncelik belirleyip vakaların sıraya konulması ve sıra ile acil sağlık hizmetinin verilmesi olarak değiştirilmiştir (Akyolcu, 2007; Tekşam 2009).

Mevcut sınırlı kaynakları en iyi şekilde nasıl kullanılabilir düşüncesi triyajı doğurmuştur. Acil servislerde etkin sağlık hizmetinin sunulması ya da sağlık hizmeti sınırlı veya yetersiz kaldığı durumlarda triyaj yapmak gerekir. Kaynakların ve hizmet verecek uzmanların yeterli olduğu durumlarda triyaj yapmak gereksiz ve yanlış olacaktır. Dünya üzerinde pek çok triyaj sistemi kullanılmaktadır. Bunlardan en çok kullanılanı 5’li triyaj sistemidir. Avustralya Triyaj skalası, Manchester Triyaj Skalası, Pediatrik Kanada Triyaj ve Doğruluk Skalası(P-CTAS) en çok kullanılan triyaj sistemleridir. P-CTAS pediatrik aciller için uyarlanmış tek triyaj sistemidir. Diğer triyaj skalaları sadece yetişkinler için geliştirilmiş olup pediatrik hastalar içinde kullanılmaktadır (Gottschalk S. B. 2006; Özüçelik DN. 2013; Öner Şimşek, 2018).

Ülkemizde triyaj sistemi 2009 yılında çıkan ”Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulanma Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ” ile 3 kademeli renkten oluşmaktadır. Çok acil olan ve hemen müdahale edilmesi gereken vakaları için “kırmızı” renk, acil olan ve 15 dakika bekletilebilecek vakalar için “sarı” renk, acil olmayan ve bekletilebilecek hastaları için ise “yeşil” renk kullanılmaktadır. 112 acil ambulansları ile acil servise getirilen hastalarda triyaj uygulaması yapılmaz, acil gelen

hastaların kabul işlemleri en kısa zamanda yapılmaktadır. (Sağlık Bakanlığı; Ataseven Tarhan M., Akın S. 2016).

Dal hastaneleri ve bünyesinde 1. Seviye acil servisi bulunan hastanelerde triaj uygulaması yapılması kanunen zorunlu değildir. Acil servisteki ilk kayıt ve triaj uygulaması tabip veya acil tıp teknisyeni, hemşire ve benzeri nitelikteki sağlık personeli tarafından yapılır. (Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ, 2009)

2.3. Çocuk Acil ve Hemşirelik

Çocuk acil hemşireliği ile ilgili ilk adımlar Almanya ve İngiltere tarafından atıldığı fakat 2. Dünya Savaşı ile ABD’de geliştiği bildirilmektedir. 1960’lı yılların başında acil servislerde çalışan hemşirelerin, diğer hemşirelerden daha donanımlı olması gerektiği ve daha spesifik eğitilmesi gerektiği kanısına varılmış ve 1970 yılların başında ise acil hemşireliği profesyonel kimlik kazanmıştır. Aynı yıllarda ABD’de Acil Hemşireliği Birliği(Emergency Department Nurses Association-EDNA) kurulmuş, 1985 yılında ismi Acil Hemşireler Birliği(Emergeny Nurses Association-ENA) olarak değiştirilmiştir. Birlik sayesinde acil hemşireleri yetki ve sorumlulukları değiştirilerek acil hemşireliğinde uzmanlaşma sağlanmıştır (Karaböcüoğlu, Yılmaz, Duman, 2012).

Türkiye’de acil bakım hemşireliğinin tarihi 1854 yılına dayanmaktadır. Florence Nightingale’in Kırım savaşı sırasında yaralanmış askerlerin bakımını üstlenmesi ile başlayan acil bakım hemşireliği, 1911 Trablusgarp ve 1912 Balkan Savaşları ile daha fazla önem kazanmıştır. Eksikliğin giderilmesi için 1913 ve 1914 yılları arasında üniversiteler tarafından hasta bakım kursları verilmiş, Çanakkale ve Balkan Savaşlarında bu kurslardan mezun olan kişilerin, gönüllü olarak yaralı askerlerin bakımında görev almaları sağlanmıştır. Yine Çanakkale Savaşında hastaneye çevrilen Reşit Paşa gemisinde görev alan ve ülkenin ilk hemşiresi olan Safiye Hüseyin ELBİ, 1925 yılında ilk hemşirelik ve hastabakıcı okulunu açmıştır (Karaböcüoğlu, Yılmaz, Duman, 2012).

Ülkemizdeki acil servislerle ilgili gelişmelere baktığımızda ilk “Acil Hemşirelik” kitabı 1990 yılında Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu tarafından basıldığı, 1996 yılında Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü bünyesinde yüksek lisans programı başlatıldığı, 2005 yılından günümüze kadar yılda iki kez olmak üzere 8 ilde

“Acil Hemşireliği Sertifika Programı” düzenlendiği, 2011 yılında ise Çocuk Acil ve Yoğun Bakım Derneği tarafından “Ulusal Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Kongresi ve Ulusal Çocuk Acil Tıp Hemşireliği Kongresi” yapıldığı görülmüştür(Karaböcüoğlu, Yılmaz, Duman, 2012)

Çocuklar, yetişkin bireylerden farklı olarak anatomik, fizyolojik ve psikolojik farklılıklara sahiptir. Tam olarak gelişimini tamamlamamış çocuklar, hastalık ya da travmalara yetişkin bireylerden daha fazla maruz kalmaktadır. Bu nedenle acil servise gelen çocukların kabulü, izlenmesi ve sürecin yönetilmesi yetişkin bireylerden farklıdır ve gelişim gruplarına göre özellikleri farklı ele alınmalıdır (Korkmaz, Erkol, Kahramansoy, 2014; Mutlu, Yıldız, 2016).

Çocuk acile başvuran çocuğun hayatını tehdit eden vakalarda, gereken tıbbi tanı, medikal tedavinin en kısa sürede yapılması ve gerekli bakımın optimum düzeyde verilmesi gereklidir. Verilen sağlık hizmetinin kalitesi ve sağlık profesyonellerinin yaklaşımı çocuklarda mortalite oranının düşürülmesinde önemli rol oynar. Acil servis ortamı çocuk ve aileleri için korkutucudur. Tek tip kıyafet giyen çalışanlar, farklı görünümlü araçlar ve çıkardıkları yüksek sesler, diğer hastaların gürültüsü ve izolasyon duygusu korku oluşmasının en büyük etkilerindedir (Yıldız, 2006).

Acil bir olay karşısında çocuk ve ailenin hastaneye yatışı için hazırlanmak gibi bir şansları yoktur. Hasta çocuğa sahip bireyler, hastalık ve hastane ortamı yüzünden anksiyete yaşarlar. Bu nedenle sağlık personeli hasta çocuğa müdahale ederken, diğer sağlık personelinin de aile ile ilgilenmesi ve yapılan işlemleri kısa cümlelerle açıklaması ailenin anksiyete düzeyini azaltacaktır. Hemşire rahat, sakin ve sevecen tavırla, empati yaparak, çocuk ve aileyi destekleyerek ailenin rahatlamasını sağlayabilir; ebeveynlerin bakıma katılımını destekleyerek çocukta oluşabilecek ayrılık anksiyetesinin giderebilir (Conk, Başbakkal, Bal Yılmaz, Bolışık, 2013)

Çocuk acil hemşiresi, çocuğun yaş dönemlerine göre yaklaşmalı, çocuğun gelişim dönemine göre vital ve laboratuvar bulgularının farklılıklarını bilmeli, tedavide verilecek ilaçların doz ve verilecek mayi miktarının hesabını yapabilmeli ve tartı ölçümünü doğru hesaplamalıdır (Mutlu, 2016). 0-1 yaş dönemi bebeklerde hastaneye yatmaya bağlı olarak temel güven duygusunda gerilemeler olabilir. Güven duygusunu korumak için ağırlı girişimsel işlemlerden sonra bebek kucaklanmalı, ten teması

sağlanmalı, sarsmadan sallanmalı ve yumuşak bir ses tonu ile bebeğe seslenme gibi girişimler uygulanmalıdır. Hastaneye yatmayla beraber rutin hayattaki değişimler beslenme ve dışkılamayı da etkilediğinden, aile bu konuda bilgilendirilmeli ve aldığı-çıkardığı takibi yapılmalıdır. Ağlama, el ve ayak çekme, itme, tekme gibi stres davranışları yönünden iyi takip edilmeli ve stresin yol açacağı fazla enerji kullanımı ve gelişme geriliğinin de önüne geçilmelidir. 1-3 yaş çocuklar daha önce kazandığı kendini besleme, idrar ve dışkı kontrolü gibi becerilerini sergilemesi engellenebilir. Bu durum şüphe ve utanma duygusunu artırır. Bu nedenle çocuğa seçenek sunulması ve kararlara katılmasının sağlanması bu karmaşanın önüne geçebilir. Bebeklik döneminde olduğu gibi rutin hayatın devamlılığı sağlanmalıdır. 3-6 yaş çocuklar hastalıklarını dış faktörlere bağlarlar bu nedenle hastalık ve hastaneye yatmayı ceza olarak görebilirler. Çocukla işbirliği yapılması anksiyete, suçluluk ve korkuyu azaltır. 6-12 yaş çocuklar hastalıkların sebebini dış faktörler, mikroorganizma ve kötü davranışlara bağlayabilirler. İş birliğinde isteklidirler. 12-18 yaş adölesan döneminde hastaneye yatışa negatif durum sergileyebilirler. İşbirliği yapmama içe kapanma ya da geri çekilme şeklinde duygusal davranışlar olabilir. Saygılı, dürüst ve sevecen tavırla desteklenen adölesanlar duygu ve düşüncelerini rahatça paylaşabilir ve tedavi için işbirliği yaparlar (Yıldız,2006; Giganti, 1998).

2.4. Sağlık İnanç Modeli (SiM)

1950’li yıllarda geliştirilen Sağlık İnanç Modeli (SiM), erken tanı ile önlenilecek hastalıkların engellenmesi ve tanılmasında bireylerin katılımın az olması sebebiyle geliştirilmiştir. Ana amaç katılımın azlığının sebebini bulmak ve koruyucu sağlık becerilerinin geliştirilmesidir. Bir değer-beklenti modeli olan SiM, ilk kez tüberküloz hastalarında tarama testlerine başvuruyu kolaylaştıran ve zorlaştıran faktörleri belirlemek için kullanılmıştır (Çenesiz, Atak, 2007; Sunmaz, 2003).

1950 ve devam eden yıllarda Amerika’lı halk sağlığı araştırmacıları tarafından, sağlık eğitimi konusunda etkin bir model oluşturmak için çalışmalar yapılmıştır. Yapılan araştırmalar sonucunda cinsiyet, yaş ve etnik köken gibi etmenlerin koruyucu sağlık davranışında etkisinin olduğunu ve koruyucu sağlık hizmetlerinin ücretsiz olması halinde düşük ekonomik seviyeli kişilerin sağlık hizmetlerinin ücretsiz olmasına rağmen sağlık hizmetlerini daha az kullandıklarını bulmuşlardır. Çalışma sonuçları başka

etmenlerin koruyucu sağlık davranışlarında etkili olduğunu göstermektedir. Bunu ilk fark eden Rosenstoch, 1966 yılında SİM'i ilk geliştiren ve kullanan kişidir (Gözüm, apık, 2014; Kalhleen, Galvin, 1991).

SİM kişilerin değer, yargı, inanç ve tutumlarının koruyucu sağlık davranışlarını etkilediğini savunmaktadır. Kişinin sağlık inancını kötü yönde etkileyen tutumların belirlenmesi ve bu tutumların giderilmesine yönelik yapılan çalışmalar ve eğitim, koruyucu sağlığın sürdürülmesi ve hastalıkların nlenmesindeki en önemli aşamadır (Gözüm, apık, 2014).

SİM halk sağlığının korunmasında ve sağlıkla ilişkili davranışların geliştirilmesi gibi birçok alanda kullanılmaktadır. SİM meme kanserinin erken tanılmasında kendi kendine meme muayenesi, yüksek tansiyonun kontrol altına alınması, pap smear testi ile serviks kanserinin kontrolü ve koroner arter hastalığı gibi durumlarda halk sağlığının geliştirilmesi gibi konularda çok sık kullanılır.(Kartal, Altuğ zsoy, 2006)

SİM kişilerin sağlığın sürdürmesindeki sergilediği tutumları, nelerin etkilediğini ve hangi değerkenler göre şekil aldığını ortaya koyar. Sağlığın sürdürülmesi ve kaybedilen sağlığın yeniden kazanılması için kişilerin kendizerine düşeni yapıp yapmadıklarını yadazerine düşeni yapanların başarılı olup olamadığını açığa kavuşturmaya yarayan bir modeldir (Nişancı Kılınç, akır, Daşgın, Temizhan, 2018).

Geleneksel inancı benimseyen bireyler, birincil olarak etraflarındaki geleneksel iyileştiricilere başvurabilir veya tıp tarafından kabul görmemiş yöntemleri deneyebilirler. Uygulanan bu girişimler sonucunda hastalıkların erken tanılanması mümkün olmamakta, hastalıkların önlenmesi konusunda engel teşkil etmekte, mevcut hastalıkların iyileşme süresi uzamakta ve kalıcı hastalıklara dönüşmektedir (enesiz, Atak, 2007; Sunmaz,2003).

Hayatın ileri dönemlerini kötü etkileyebilecek hastalıklar ve bazı ocuk ölümleri, erken çocukluk döneminde yapılacak olan basit ve etkili uygulamalarla nlenebilir. Okul ncesi döneme kadar olan çocukların sağlığı bozulduğunda, kendi öz bakımlarını kendileri yapamaz duruma gelirler. Bu sebeple çocuğun tedavisinde ve bakımında sadece ocuk değil, çocukla beraber ailede ele alınır (enesiz, Atak, 2007; Sunmaz,2003).

SİM değer ve beklenti kavramları üzerine kurulmuştur. Değer, mevcut hastalığın olmaması yada hastalıkların engellenmesi; beklenti, değiştirilen davranışların hastalığı engelleyeceği inancıdır (Çenesiz, Atak, 2007; Sunmaz,2003)

2.4.1. Ebeveyn sağlık inanç modeli

Çocukların sağlıkları ile ilgili ilk yıllarda alınan kararlar ve uygulamalar çoğunlukla ebeveynler tarafından alınmaktadır. Sağlık inanç modeli sıklıkla erişkinlerin sağlık inançları ile ilgili geliştirilmiş olup, çocukla ilgili kararlarda sağlık inançlarına yönelik model ilk olarak “Çocukların Sağlık Odağı Kontrolü Ölçeği” olarak Parsel ve Mayer tarafından (1978) yapılmıştır. Sonraki uyarlaması Tinsley ve Holtgrave tarafından (1989) “Ebeveyn Sağlık İnanç Skalası” olarak değiştirilmiş ve Amen ve Clarke (2001) tarafından son kez revize edilmiştir. Hayatın başlangıcından itibaren ebeveynler tarafından inanç ve tutumlar doğrultusunda yapılan uygulamalar, çocuğun hayatının sonraki dönemlerinde çocuğun sağlığını etkilemektedir Bu modelde daha çok ebeveyn olarak annelerin ilgilendiği düşünülerek anneler üzerinde durulmuştur (Sunmaz, 2003; Erci, Güdücü Tüfekçi, 2007).

“Ebeveyn Sağlık İnancı Modeli” kendi bakımını yerine getiremeyen, ebeveynlerinin sağlık inancı ve davranışları doğrultusunda sağlıkları etkilenen çocukların; kaybolan sağlığın yeniden kazanılması ya da sağlığının sürdürülmesi için sadece çocuğun değil aynı zamanda ailenin de ele alınmasını sağlar (Parcel, Meyer P, 1978; Amen, Clark, 2000; Sunmaz, 2003; Erci, Güdücü Tüfekçi, 2007).

Sağlık ve hastalık sadece tıbbın bir konusu değil aynı zamanda toplumsal boyutu ile sağlık sosyolojisinin de bir konu alanıdır. Belirli bir çevresel ve kültürel bağlamda ortaya çıkar. İnsanlar yaşadığı toplumdan ayrı düşünülemez, sosyal ilişkiler sağlığa katkıda bulunur. İnsanlar problemlerin çoğunu sosyal, ekonomik ve kültürel çevreye bağlarlar. Yaşam ve çalışma koşulları, toplumsal ve siyasi yapının sağlık hizmetlerini doğrudan etkilediği düşünülür. Bütün toplumlarda cinsiyet değişkeni açısından kadın ve erkek rolü olarak tutum davranış, tercih ve yönelimler belirlenir. Kadınlar sağlık bakım hizmetlerinin ana kullanıcıları olarak görülmektedir. Kadınlar sosyolojik açıdan erkeklere oranla daha fazla doktora başvurmakta ve daha fazla sağlık bakım hizmeti almaktadırlar. Ancak daha fazla kronik hastalıklara da maruz kaldıkları bilinmektedir. Bu doğrultuda kadınların anne olarakta çocuklarının sağlık bakımının karar vericisi

konumunda yer almaktadırlar(Aytaş, Kurtdaş, 2015; Cirhinlioğlu Z., 2012). Bu geliştirilmiş Ebeveyn Tutum Ölçeği 'de annelerin tutumlarını değerlendirmek üzere geliştirilmiştir.



3. YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Bu çalışma çocukların acile başvuru sürelerinin belirlenmesi, geç başvuru nedenlerinin araştırılması ve ebeveyn sağlık inanç tutumlarının belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Bu çalışmanın evrenini Erciyes Üniversitesi Mustafa Eraslan ve Fevzi Mercan Çocuk Hastanesi Acil Kliniği'nde gözetim altında tutulan 0-18 yaş arası çocukların görüşmeyi kabul eden ebeveynleri oluşturmuştur. Hastane kayıtlarından elde edilen verilere göre 2017 yılı içinde yaklaşık 77500 hasta çocuk acil polikliniğinde muayene edilmiş olup yaklaşık 12000 çocuk hasta klinikte gözetim altında tutulmuştur(yapılan hesaplamada acile gelen başvuruların yaklaşık %16'sı).

Çalışmanın örneklem hacmi ise güç analizi yapılarak belirlenmiştir. Çalışma başlamadan önce yapılan güç analizinde %95 güven aralığında 0.05 anlamlılık düzeyinde ve orta etki büyüklüğü (0.25) varsayılarak en az %80 güce ulaşmak için en az 159 bireye ulaşılması gerektiği belirlenmiştir. Fakat bu çalışmada eldeki imkanlarda göz önünde bulundurularak 299 birey çalışmaya dâhil edilmiştir. Çalışma 299 birey ile tamamlandıktan sonra ise %95 güven aralığında 0.05 anlamlılık düzeyinde etki büyüklüğünün 1.11 (yüksek etki büyüklüğü), gücün ise 0.99 olduğu saptanmıştır. Bu değerler örneklem hacminin yeterli olduğuna işaret etmektedir (Çapık 2014)..

Örnekleme dahil edilme kriterleri:

- 1- Herhangi bir konuşma ve iletişim problemi olmayan
- 2- Türkçe konuşan
- 3- 0-18 yaş arası çocuğa sahip
- 4- Travma ve kaza nedeni ile acile başvurmamış
- 5- Gözlem odasında takip edilen çocukların çalışmaya katılmaya gönüllü ebeveynleri alınmıştır.

3.2.1. Ön uygulama

Araştırmaya başlamadan önce ebeveyn anket anlaşılabilirliğini ve ölçeği test etmek üzere bir ön uygulama yapılmıştır. Bu doğrultuda formlarda gerekli düzeltmeler yapılarak son hali verilmiştir. Ön uygulamaya alınan ebeveynler çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.3.Araştırmanın Yapıldığı Yerin Özellikleri

Bu çalışma, Erciyes Üniversitesi Mustafa Eraslan ve Fevzi Mercan Çocuk Hastanesi Acil Kliniği'nde gözetim altında tutulan çocukların ebeveynleri üzerinde yapılmıştır. Çocuk acil servisi, 4 gözlem odası ve 20 yatak kapasitesi olup, 17 hemşire, 4 doktor ve 1 seminer odası, gerekli evrakların ve kayıtların tutulduğu 1 hemşire deski bulunmaktadır. 1 öğretim üyesi 3 yan dal asistanı, 4 asistan, 4 intörn doktor ve 4 hemşire çalışmaktadır. Gözlem odasında ilk poliklinik muayenesinden geçip yakın takip edilmesine ihtiyaç duyulan vakalar yatırılmaktadır. Bu vakalar en az 24 saat gözlem altında tutulmakta, konsültasyon sonrası ileri vakaların ilgili kliniklere yatışı yapılmaktadır. Bu çalışmada ilk poliklinik başvurusunda ailelerin endişeleri yüksek olacağı, ankete yanıt vermeyeceği düşünülerek gözlem odasındaki vakalar çalışma kapsamına alınmıştır. İleri travma vakaları, erişkin acil servis travma ünitesine yönlendirilmektedir

3.4.Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi

Araştırmanın verileri, sosyo-demografik veri formu(Ek-3) ve ebeveyn sağlık inanç ölçeği(Ek-4) kullanılarak anket yoluyla yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Anketler ortalama 30 dakika sürmektedir.

3.4.1. Sosyo-demografik veri formu

Sosyo-Demografik veri formu, literatür taranarak araştırmacı tarafından oluşturulmuş çocukların yaş, cinsiyet, kardeş sayısı ve ebeveynlerinin yaşı, eğitim durumu, ekonomik durum gibi demografik özellikleri ve acil servis başvuru nedenlerini içeren 25 sorudan oluşan bir formdur.

3.4.2. Ebeveyn sağlık inanç ölçeği

Bu araştırmada “Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği” kullanılmıştır. “Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği” ilk uyarlaması “Çocukların Sağlık Odağı Kontrolü Ölçeği” olarak Parsel ve Mayer tarafından (1978) yapılmıştır. Tinsley ve Holtgrave tarafından (1989) “Ebeveyn Sağlık İnanç Skalası” olarak değiştirilmiş ve Amen ve Clarke (2001) tarafından son revize edilen ölçek, “Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği” olarak annelerin sağlık ile ilgili inançlarını değerlendiren 20 maddeli ve 3 alt boyuttan oluşmuştur. Ülkemizde geçerlik güvenirliği Erci ve Güdücü (2007) tarafından anneler üzerinde yapılmış olup güvenirlik kat sayısı $r=0.75$ ve Cronbach’s α katsayısı 0.69 bulunmuştur (Sunmaz D,2003; Erci, Güdücü, 2007).

Ölçek likert tipte olup 1-6 (1:kesinlikle katılmıyorum, 2:katılmıyorum, 3: pek katılmıyorum, 4: biraz katılıyorum, 5: katılıyorum, 6: tamamen katılıyorum) arasında değişen puanlama ile annelerin sağlık inançlarının değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Ölçekte 3 alt ölçek yer almaktadır.

İç faktörler alt boyutu; 2, 7, 9, 11, 16, 19, ve 20. sorular olmak üzere 7 sorudan oluşmakta, iç faktörler ölçeğinden en az 7 ve en fazla 42 puan alınmaktadır. Puan arttıkça annenin içsel kontrolünün daha fazla olduğu biçiminde yorumlanmaktadır. Ölçeğin kendi iç faktör cronbach’s α değeri 0.74 olarak hesaplanmıştır (Sunmaz D, 2003; Erci, Güdücü, 2006).

Dış faktörler alt boyutu; 4, 8, 12, 13, 14, 15, 17, 18. sorulardan oluşmaktadır. Ölçekten en az 8 ve en fazla 48 puan alınabilmektedir. Puan arttıkça annenin çocuğun hastalığı üzerinde dışsal faktörlerin etkilediğini düşündüğü şeklinde yorumlanmaktadır. Ölçeğin kendi dış faktör cronbach’s α değeri 0.64 olarak hesaplanmıştır(Sunmaz, 2003; Erci, Güdücü, 2006).

Şans faktörleri alt boyutu ise 1, 3, 5, 6 ve 10. Sorulardan oluşmakta olup ölçekten en az 5 ve en fazla 30 puan alınabilmektedir. Annenin sağlık inançlarının şans ve benzeri nedenlerden etkilendiğini gösterir. Mevcut puan arttıkça annenin çocuğunun sağlığını şansa bıraktığı biçiminde yorumlanır. Ölçeğin kendi şans faktörleri cronbach’s α değeri 0.69 olarak hesaplanmıştır.(Sunmaz D, 2003; Erci, Güdücü, 2006).

Bu ölçek geçerlik ve güvenilirliği anneler üzerinde yapıldığından, bu çalışmada sadece anneler alınarak değerlendirilmiştir. Ölçeğin bu çalışmadaki cronbach's α değeri 0.81 ve iç faktör alt boyutu için 0.66, dış faktör alt boyutu için 0.72 ve şans faktörlerin alt boyutu için 0.63 olarak belirlenmiştir.,

3.5.Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bu araştırmada acil servise başvuru süresi ve ebeveynlerin sağlık inanç ölçeği puan ortalaması bağımlı değişken olarak alınmıştır. Araştırmamızın bağımsız değişkenleri; çocuk ve ebeveynlerin sosyo-demografik değişkenlerden oluşmuştur.

3.6.Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Veriler, SPSS for Windows 17 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayılar, yüzdeler, tanımlayıcı istatistikler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmaların yanı sıra aşağıda yer alan istatistiksel analizler kullanılmıştır.

Normal dağılan ölçümlerde; ikili grupların karşılaştırılmasında bağımlı gruplarda t testi, çoklu grupların karşılaştırılmasında varyans analizi (ileri analiz olarak LSD (Least Significant Difference)), ilişkisel çıkarımlarda Pearson korelasyon analizi, iç geçerlilik için Cronbach α katsayısı, verilerin normallik dağılımı için Kurtosis ve skewness katsayılarına bakılmıştır.

Normal dağılmayan ölçümlerde; ilişkisel çıkarımlarda spearman korelasyon analizi, ve ki-kare analizi yapılmıştır.

Verilerin normallik dağılım analizleri Tablo 3.1 sunulmuştur.

Tablo 3.1. Verilerin normallik dağılım analizleri

| | n | Skewness | | Kurtosis | |
|---|-----|-----------|------------|-----------|------------|
| | | Statistic | Std. Error | Statistic | Std. Error |
| Çocuğun yaşı | 400 | 1.226 | 0.122 | 0.453 | 0.243 |
| Anne yaşı | 400 | 0.125 | 0.122 | -0.695 | 0.243 |
| Baba yaşı | 396 | 0.281 | 0.123 | 0.126 | 0.245 |
| Hastalık belirtisi ve acile başvuru arasında geçen süre* | 400 | 7.012 | 0.122 | 62.553 | 0.243 |
| Kardeş sayısı | 400 | 1.166 | 0.122 | 4.196 | 0.243 |
| Kaçıncı çocuk hasta* | 400 | 1.872 | 0.122 | 9.611 | 0.243 |
| İç Faktörler | 400 | -0.801 | 0.122 | 0.934 | 0.243 |
| Dış Faktörler | 400 | -0.884 | 0.122 | 0.958 | 0.243 |
| Şans Faktörleri | 400 | 0.685 | 0.122 | 0.169 | 0.243 |

*normal dağılmayan verilerdir.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışma için Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi İlaç Dışı Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmaları Etik Kurul kararı (Ek-1) alınmıştır. Etik kurul tarihi 21.03.2018 ve kurul kabul numarası 2018/142'dir. Araştırmaya katılan ebeveynlere yazılı ve sözlü olarak açıklama yapılmış ve onamları alınmıştır (Ek-3).

4. BULGULAR

Bulgular kısmında Erciyes Üniversitesi Mustafa Eraslan ve Fevzi Mercan Çocuk Hastanesi acil serviste gözetim altında tutulan çocukların ebeveynlerinin tanıtıcı özellikleri, acile başvuru süreleri, gecikmeye neden olan faktörler ve ebeveyn sağlık inanç tutumlarına ilişkin bulgular ve istatistiksel analiz sonuçlarına yer verilmiştir.

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri Tablo 4.1’de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Ebeveynlerin sosyo-demografik özellikleri(N:400)

| Özellikler | n | % | |
|---------------------------|------------------------|-----|------|
| Görüşülen Kişi | Anne | 299 | 74.8 |
| | Baba | 77 | 19.2 |
| | Diğer(yakın akrabalar) | 24 | 6.0 |
| Anne Yaşı | 17-25 | 82 | 20.6 |
| | 26-34 | 175 | 43.8 |
| | 35 ve üstü | 143 | 26.6 |
| Baba Yaşı(n:396)* | 17-25 | 18 | 4.55 |
| | 26-34 | 150 | 37.9 |
| | 35 ve üstü | 228 | 57.6 |
| Sosyal Güvence | Sosyal güvenlik kurumu | 286 | 71.5 |
| | On sekiz yaş altı | 64 | 16.0 |
| | Bağ-Kur | 30 | 7.5 |
| | Emekli sandığı | 20 | 5.0 |
| Aile Tipi | Çekirdek | 304 | 76.0 |
| | Geniş | 96 | 24.0 |
| Ekonomik Durum | Gelir gidere eşit | 205 | 51.3 |
| | Gelir giderden az | 159 | 39.7 |
| | Gelir giderden yüksek | 36 | 9.0 |
| Anne Eğitim Durumu | Okur-yazar | 34 | 8.4 |
| | İlkokul | 111 | 27.8 |
| | Ortaokul | 82 | 20.5 |
| | Lise | 95 | 23.8 |
| | Üniversite | 78 | 19.5 |
| Baba Eğitim Durumu | Okur-yazar | 17 | 4.3 |
| | İlkokul | 92 | 23.0 |
| | Ortaokul | 78 | 19.5 |
| | Lise | 125 | 31.2 |
| | Üniversite | 88 | 22.0 |

* 4 baba sağ değildir

Tablo 4.1’de görüldüğü gibi, katılımcıların %74.8’i çocuğun annesidir. Annelerin %43.8’i 26-34 yaş grubunda olup, yaş ortalaması \bar{x} :35.71±6.55’tir. Babaların %57.6’sı 35 yaş ve üzerinde olup, yaş ortalaması \bar{x} :35.91±6.56’dır. Katılımcıların %51.3’ünün geliri giderine eşittir. Annelerin %29.2’si ilkokul mezunudur ve babaların %31.8’i lise mezunudur. Katılımcıların %76’sı çekirdek aile yapısında olup, sosyal güvenceleri büyük çoğunluğun (%71.5’i) SSK’lıdır.

Acil servise getirilen çocuğun özellikleri Tablo 4.2 de sunulmuştur.

Tablo 4.2. Acil servise getirilen çocuğun özellikleri (N:400)

| Özellikler | | n | % |
|----------------------|------------|-----|------|
| Cinsiyet | Erkek | 204 | 51.0 |
| | Kız | 196 | 49.0 |
| Çocuk Yaşı | >1 yaş | 121 | 30.3 |
| | 1-6 yaş | 177 | 44.3 |
| | 7-12 yaş | 60 | 15.0 |
| | 13-18 yaş | 42 | 10.4 |
| Kardeş Sayısı | Tek çocuk | 77 | 19.3 |
| | 1-2 kardeş | 232 | 58.0 |
| | 3 ve üzeri | 91 | 22.7 |

| | Ortalama | Standart sapma |
|-----------------------------|----------|----------------|
| Çocuğun doğum sırası | 2.08 | ±1,13 |

Tablo 4.2 incelendiğinde çocukların %51’i erkek, %44.3’ü 1-6 yaş aralığında olup, yaş ortalaması \bar{x} :4.60±4.77’dir. Çocukların %58’i 1-2 kardeşe sahiptir. Çocukların ortalama doğum sıraları \bar{x} :2.08±1,13 hesaplanmıştır.

Tablo 4.3. Ebeveynlerin çocuk acile başvuru süreleri, nedenleri ve gecikmeye neden olan durumlar

| Özellikler | n | % | |
|--|---|-----|------|
| Çocuğun acile getirilme nedenleri | Konvülsiyon | 96 | 24.3 |
| | Enfeksiyon hastalıkları(menenjit, artrit, selülit vb.) | 80 | 22.5 |
| | GİS hastalıkları(akut gastro enterit, ishal) | 72 | 16.3 |
| | Solunum sist hast (bronşit, bronşiyolit) | 63 | 15.0 |
| | Zehirlenmeler | 28 | 6.8 |
| | Genetik hastalıklar (kistik fibrosiz, West sendromu vb.) | 13 | 3.6 |
| | Yabancı cisim aspirasyonu | 9 | 2.2 |
| | Basit yaralanmalar | 7 | 1.8 |
| | Diğer (ITP, ev tipi ventilatöre bağlı komp. vb.) | 32 | 7.5 |
| Daha Önce Acile Başvuru Durumları | Evet | 207 | 51.8 |
| | Hayır | 193 | 48.2 |
| Başvurulan Acil Birimi | Devlet hastanesi polikliniği | 86 | 41.6 |
| | Üniversite hastanesi | 64 | 30.9 |
| | Özel hastane | 47 | 22.7 |
| | Aile hekimliği | 10 | 4.8 |
| Acil Servise Geç Geldiğini Düşünme Durumları | Evet | 108 | 27.0 |
| | Hayır | 292 | 73.0 |
| Çocuğun hastalığı konusunda endişe duyanlar (n:362) | Anne | 274 | 75.6 |
| | Baba | 67 | 18.5 |
| | Diğer (teyze, hala, dede vb.) | 21 | 5.9 |
| İlk Belirti Fark Edince Yapılanlar | En yakın kliniğe başvururum | 299 | 74.8 |
| | Bir süre beklerim daha sonra bir kliniğe başvururum | 84 | 21 |
| | Diğer (Aynı hastalığı geçiren birisine sorarım, kendiliğinden iyileşmesini beklerim vb.) | 17 | 4.2 |
| Acil servise başvuru süreleri | İlk 24 saat | 333 | 83.3 |
| | 1-5 gün | 48 | 12.0 |
| | 6-10 gün | 15 | 3.7 |
| | 11 gün ve üzeri | 4 | 1.0 |

Ebeveynlerin çocuk acile başvuru nedenleri ve gecikme durumuna ilişkin düşünceleri Tablo 4.3'te verilmiştir. Tablo 4.3 incelendiğinde ebeveynlerin çocuğunu acile getirip gözlem odasına alınmada ilk üç neden %24.3 ile konvülsiyon, %22,5 ile enfeksiyon hastalıkları(menenjit, suçiçeği vb.) ve %16.3 ile gastro intestinal sistem sorunları (akut gastro enterit, bulantı kusma vb.) olmuştur. Ebeveynlerin %51.8'i çocuğunu daha önce acile getirmiştir. Ebeveynlerin %41.6'ı daha önce devlet hastanesine başvurmuştur. Aynı sorun ile %7.3 ebeveyn bir günönce acile geldiğini ifade etmiştir. Ebeveynlerin %73'ü acil servise geç gelmediğini düşünmektedir, %74.8 ebeveyn ilk belirtiler fark edilince yaptığı ilk şeyin en yakın kliniğe başvurmak olduğunu belirtmiştir. Çocuklarının hastalıkları konusunda en çok endişe duyanlar %91.6 ile anneler olmuştur.

Ebeveynlerin kendi ifadelerine göre hesaplanmış olarak çocuklarındaki acile başvurdıkları hastalığın belirtilerinin ilk ortaya çıkması ile acile başvurmaları arasındaki geçen sürenin dağılımı Tablo 4.4'de sunulmuştur.

Tablo 4.4. Hastalık belirtisi ve acile başvuru arasında geçen süre (Saat)

| n | Min. | Max. | Ort. | SS. |
|-----|------|------|-------|--------|
| 400 | 0.1 | 720 | 25.78 | ±67.34 |

Tablo 4.4'de görüldüğü gibi, hastalık belirtisi ve acile başvuru arasında geçen süre minimum 6 dakika ile 720 saat arasında değişmekte olup, ortalama \bar{x} :25.78±67.34 saat olarak belirlenmiştir. Yapılan incelemede 6 dakika içinde gelen vakaların alerjik reaksiyon, konvülsiyon ve yenidoğan apnesi olduğu; 720 saat içinde gelen vaka bir vaka olup, gastro enterit vakası olduğu belirlenmiştir.

Ebeveynlerden çocuğunu acil servise geç getirdiğini düşünenlerin geç gelme nedenlerinin dağılımı Tablo4.5'te verilmiştir

Tablo 4.5. Acil servise geç gelme nedenlerinin dağılımı (N:108)

| Özellikler | N | % |
|--|-----|-------|
| Geçmiş deneyimler | 32 | 29.7 |
| Hastaneye erişimin zor olması | 31 | 28.7 |
| Hastalığın geçeceğini düşünme | 21 | 19.4 |
| Hastalık hakkında bilgisinin olmaması | 9 | 8.3 |
| Geleneksel yöntemleri uygulama | 7 | 6.5 |
| Aile baskısı | 4 | 3.7 |
| Sağlık personelinin davranışlarından çekinmesi | 4 | 3.7 |
| Toplam | 108 | 100.0 |

Tablo 4.5'de acile geç geldiğini düşünenlerin geç gelme nedenlerinin dağılımına göre en sıklıkla %29.6 (n:32) önceki geçmiş deneyime güvenmesi, %28.7 (n:31) hastaneye erişimin zor olduğunu düşünmesi, %19.4 (n:21) ile kendine süre tanıması olarak yer almıştır. Sağlık personelinin hal ve hareketlerinden çekinmesi ve aile baskısı daha az sıklıkta(%3.7) (n:4) belirtilmiştir. Yapılan incelemede geç geldiğini düşünmeyenlerin %25.6'sının (n:74) acile gelmeden evvel herhangi bir uygulama yaptıkları da görülmüştür. Bu uygulamalar arasında kusturma, nane limon içirme, ılık duş aldırma, ağrı kesici verme, süt içirme, yoğurt yedirme ve doktorun daha önceden reçete ettiği ilacı verme gibi uygulamalar yaptıkları görülmüştür. Evde herhangi bir uygulama yapmadan doğrudan hastaneye getirilen çocukların oranı ise %72.5 (n:290) olarak görülmüştür.

Annelerin, Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı Tablo 4.6'de sunulmuştur.

Tablo 4.6. Annelerin ebeveyn sağlık inanç ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanların ve puan ortalamalarının dağılımı

| | n | Min. | Max. | Ort. | SS. |
|------------------------|----------|-------------|-------------|-------------|------------|
| İç Faktörler | 299 | 7.00 | 42.00 | 27.27 | 6.36 |
| Dış Faktörler | 299 | 8.00 | 48.00 | 31.99 | 7.70 |
| Şans Faktörleri | 299 | 5.00 | 30.00 | 12.14 | 5.19 |

Tablo 4.6 incelendiğinde, iç faktörler puan ortalaması $\bar{X}:27.27\pm6.36$ puanı ile ortanın üstünde puan aldıkları, dış faktörler puan ortalaması $\bar{X}:31.99\pm7.70$ ile ortanın üstünde puan aldıkları ve şans faktörleri puan ortalaması $\bar{X}:12.14\pm5.19$ 'nın düşük olduğu görülmüştür.

Sosyo-demografik özelliklere göre annelerin sağlık inanç tutum ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.7'de sunulmuştur

Tablo 4.7. Annelerin sağlık inanç tutum ölçeği puan ortalamalarının bazı değişkenlere göre karşılaştırılması

| | n | İç Faktörler | | Dış Faktörler | | Şans Faktörleri | |
|---------------------------------|-----|--------------------|------|--------------------|------|---------------------|------|
| | | Ort. | SS | Ort. | SS | Ort. | SS |
| Çocuğun Yaşı | | | | | | | |
| >1 yaş | 98 | 27.96 | 6.80 | 31.91 | 8.28 | 12.62 | 5.82 |
| 1-6 yaş | 131 | 27.59 | 5.79 | 32.40 | 6.89 | 12.35 | 5.05 |
| 7-12 yaş | 41 | 25.68 | 7.52 | 30.71 | 9.49 | 12.78 | 4.94 |
| 13-18 yaş | 29 | 25.24 | 7.41 | 28.62 | 8.36 | 12.17 | 4.08 |
| | | F= 2.192 | | F= 2.052 | | F=0.130 | |
| | | p=0.089 | | p=0.107 | | p=0.942 | |
| Çocuğun Cinsiyeti | | | | | | | |
| Kız | 142 | 27.23 | 7.01 | 31.83 | 8.24 | 12.13 | 5.42 |
| Erkek | 157 | 27.21 | 6.20 | 31.47 | 7.68 | 12.80 | 4.99 |
| | | t=0.029 p=0.977 | | t=0.391 p=0.696 | | t=-1.123 p=0.262 | |
| Çocuğun Getirilme Süresi | | | | | | | |
| İlk 24 Saat | 247 | 27.48 | 6.34 | 32.20 | 7.73 | 12.73 | 5.21 |
| 1-5 Gün | 37 | 25.49 | 8.14 | 27.57 | 8.59 | 11.11 | 5.27 |
| 6-10 Gün | 11 | 27.00 | 6.68 | 30.64 | 6.58 | 13.18 | 6.52 |
| 11 gün ve Üzeri | 3 | 28.00 | 2.65 | 39.33 | 4.51 | 13.00 | 7.21 |
| | | F=1.075 | | F=4.840 | | F=1.002 | |
| | | P=0.360 | | P=0.003 | | P=0.392 | |

Tablo 4.7. Devamı. Annelerin sağlık inanç tutum ölçeği puan ortalamalarının bazı değişkenlere göre karşılaştırılması

| | n | İç Faktörler | | Dış Faktörler | | Şans Faktörleri | |
|--------------------------------------|----|--------------|------|---------------|-------|-----------------|------|
| | | Ort. | SS | Ort. | SS | Ort. | SS |
| Acile Gelme Nedenleri | | | | | | | |
| Konvülsiyon | 76 | 27.46 | 5.90 | 32.21 | 7.21 | 12.46 | 4.74 |
| Enfeksiyon hastalıkları | 61 | 27.39 | 6.97 | 31.89 | 8.66 | 12.10 | 6.25 |
| GİS hastalıkları | 46 | 25.91 | 6.94 | 30.11 | 7.58 | 12.11 | 5.22 |
| Solunum sistemi hast. | 46 | 28.67 | 6.37 | 32.52 | 7.68 | 13.85 | 5.34 |
| Zehirlenmeler | 21 | 28.67 | 5.51 | 33.24 | 6.97 | 12.29 | 4.64 |
| Genetik hastalıklar | 10 | 24.80 | 6.96 | 30.00 | 9.06 | 10.20 | 4.80 |
| Yabancı cisim asp. | 7 | 26.43 | 9.36 | 34.57 | 12.75 | 11.29 | 3.59 |
| Basit yaralanmalar | 5 | 26.80 | 4.66 | 34.40 | 3.36 | 13.00 | 5.96 |
| Diğer (ev tipi ventilatör komp. vb.) | 27 | 25.96 | 7.36 | 28.70 | 8.37 | 13.67 | 5.23 |
| | | F= 0.958 | | F= 1.163 | | F= 0.903 | |
| | | p=0.469 | | p=0.321 | | p=0.514 | |

Tablo 4.7. Devamı Annelerin Sağlık İnanç Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarının Bazı Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

| | | n | İç Faktörler | | Dış Faktörler | | Şans Faktörleri | |
|---------------------------------|----|-------|--------------|-------|---------------|-------|-----------------|------|
| | | | Ort. | SS | Ort. | SS | Ort. | SS |
| Acile Daha Önce Başvuru | | | | | | | | |
| Evet | | 155 | 27.05 | 6.90 | 31.18 | 8.05 | 12.08 | 5.04 |
| Hayır | | 144 | 27.41 | 6.24 | 32.14 | 7.81 | 12.92 | 5.34 |
| | | | t= -0.478 | | t= -1.043 | | t= -1.397 | |
| | | | p=0.633 | | p=0.298 | | p=0.163 | |
| Daha Önce Başvurulan Yer | | | | | | | | |
| Devlet hastanesi polikliniği | 60 | 26.65 | 6.32 | 30.38 | 7.03 | 11.98 | 4.86 | |
| Üniversite hastanesi | 53 | 26.72 | 7.99 | 31.02 | 9.27 | 12.17 | 4.98 | |
| Özel hastane | 34 | 28.71 | 6.39 | 32.82 | 8.37 | 12.85 | 5.65 | |
| Aile hekimi | 8 | 25.13 | 4.82 | 31.25 | 4.74 | 8.88 | 3.31 | |
| | | | F= 0.968 | | F= 0.671 | | F= 1.365 | |
| | | | p=0.409 | | p=0.571 | | p=0.256 | |

Tablo 4.7. Devamı. Annelerin sağlık inanç tutum ölçeği puan ortalamalarının bazı değişkenlere göre karşılaştırılması

| | n | İç Faktörler | | Dış Faktörler | | Şans Faktörleri | |
|--|-----|--------------|------|---------------|------|-----------------|------|
| | | Ort. | SS | Ort. | SS | Ort. | SS |
| Acil Servise Geç Geldiğini Düşünme | | | | | | | |
| Evet | 78 | 26.12 | 6.83 | 30.26 | 8.51 | 13.12 | 5.14 |
| Hayır | 221 | 27.61 | 6.46 | 32.13 | 7.69 | 12.26 | 5.21 |
| | | t= -1.731 | | t= -1.800 | | t= 1.254 | |
| | | p=0.085 | | p=0.073 | | p=0.211 | |
| İlk Belirti Fark Edilince Annelerce Yapılan Uygulamalar | | | | | | | |
| En yakın kliniğe başvururum | 225 | 27.11 | 6.79 | 31.86 | 7.94 | 12.42 | 5.35 |
| Bir süre beklerim, daha sonra bir kliniğe giderim | 64 | 27.43 | 5.82 | 30.66 | 7.78 | 13.01 | 4.88 |
| Diğer | 10 | 28.3 | 6.86 | 32.9 | 8.88 | 12.3 | 6.3 |
| Total | 299 | | | | | | |
| | | F= 0.199 | | F= 0.708 | | F= 0.320 | |
| | | p=0.820 | | p=0.493 | | p=0.727 | |

Tablo 4.7. Devamı. Annelerin sağlık inanç tutum ölçeği puan ortalamalarının bazı değişkenlere göre karşılaştırılması

| | n | İç Faktörler | | Dış Faktörler | | Şans Faktörleri | |
|---|-----|--------------|------|---------------|------|-----------------|------|
| | | Ort. | SS | Ort. | SS | Ort. | SS |
| Çocuğun Bu Hastalığı Konusunda Endişe Duyma | | | | | | | |
| Evet | 276 | 27.50 | 6.51 | 31.95 | 7.93 | 12.41 | 5.21 |
| Hayır | 23 | 23.87 | 6.73 | 27.96 | 7.24 | 13.30 | 5.08 |
| | | t= 2.565 | | t= 2.335 | | t= -0.789 | |
| | | p=0.011 | | p=0.020 | | p=0.430 | |
| Annelerin Kendi İfadelerine Göre Endişelenme Şiddeti | | | | | | | |
| Endişelendim | 226 | 27.32 | 6.65 | 31.79 | 8.08 | 12.31 | 5.20 |
| Endişelenmedim | 50 | 28.30 | 5.81 | 32.66 | 7.22 | 12.90 | 5.29 |
| | | t= -0.961 | | t= -0.700 | | t= -0.729 | |
| | | p=0.338 | | p=0.485 | | p=0.466 | |

İç Faktörler Alt Boyutu İçin;

Tablo 4.7.'de görüldüğü gibi, çocuğun yaşı, cinsiyeti, getirilme süresi, konulan tanı, sosyal güvence, acildeki hastalıklar, acile daha önce başvuru, daha önce başvuru yer, acil servise geç geldiğini düşünme, ilk belirti fark edince yapılanlar, endişelenme düzeyi ve endişe kaynaklarına göre İç Faktörler Alt Boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Çocuğun bu hastalığı konusunda endişe duyma durumuna göre İç Faktörler Alt Boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Endişe duyanların puan ortalamaları daha yüksektir.

Dış Faktörler Alt Boyutu İçin;

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi, çocuğun yaşı, sosyal güvence, acildeki hastalıklar, acile daha önce başvuru, daha önce başvurulan yer, acil servise geç geldiğini düşünme, ilk belirti fark edince yapılanlar, endişelenme miktarı ve endişe kaynaklarına göre Dış Faktörler Alt Boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Annelerin kendi ifadelerine göre çocuğun hastalığı hakkında endişe duyma durumuna göre Dış Faktörler Alt Boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Endişe duyanların puan ortalamaları daha yüksektir.

Şans Faktörleri Alt Boyutu İçin;

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi, çocuğun yaşı, sosyal güvence, acildeki hastalıklar, acile daha önce başvuru, daha önce başvurulan yer, acil servise geç geldiğini düşünme, ilk belirti fark edince yapılanlar, çocuğun bu hastalığı konusunda endişe duyma, endişelenme miktarı ve endişe kaynaklarına göre Şans Faktörleri Alt Boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Bazı sosyo-demografik özellikler ile annelerin sağlık inanç tutum ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi Tablo 4.8’da sunulmuştur.

Tablo 4.8. Bazı sosyo-demografik özellikler ile annelerin sağlık inanç tutum ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi (Sürekli veriler için)

| | | İç Faktörler | Dış Faktörler | Şans Faktörleri |
|----------------------------|---|---------------------|----------------------|------------------------|
| Çocuğun Yaşı | r | -0.176 | -0.152 | -0.023 |
| | p | 0.002 | 0.008 | 0.609 |
| Anne Yaşı | r | -0.092 | -0.079 | 0.021 |
| | p | 0.113 | 0.172 | 0.720 |
| Baba Yaşı | r | -0.036 | -0.013 | 0.084 |
| | p | 0.535 | 0.818 | 0.148 |
| Kardeş Sayısı | r | -0.095 | -0.031 | 0.061 |
| | p | 0.102 | 0.593 | 0.295 |
| Kaçıncı Çocuk Hasta | r | 0.002 | 0.053 | 0.143 |
| | p | 0.976 | 0.366 | 0.013 |

Tablo 4.8’da görüldüğü gibi, çocuğun yaşı ile iç faktörler ve dış faktör puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, düşük düzeyli ve negatif yönlü ilişki vardır (r:-0.176, r:-0.152, p<0.05).Çocuğun yaşı arttıkça iç faktörler ve dış faktör puanları düşmektedir. Çocuğun yaşı ile şans faktörleri puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (r:-0.023, p>0.05).

Anne yaşı ile iç, dış ve şans faktörleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (r: -0.092, r: -0.079, r: 0.021, p>0.05).

Baba yaşı ile iç, dış ve şans faktörleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (r: -0.036, r: -0.013, r: 0.084, p>0.05).

Kardeş sayısı ile iç, dış ve şans faktörleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (r: -0.095,r: -0.031, r: 0.061, p>0.05).

Çocuğun doğum sırası ile iç ve dış faktör puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($r: 0.002$, $r: 0.053$, $p>0.05$). Çocuğun doğum sırası ile şans faktörleri puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı, düşük düzeyli ve pozitif yönlü ilişki vardır ($r: 0.143$, $p<0.05$). Çocuğun doğum sırası arttıkça şans faktörleri puan ortalaması da artmaktadır.

Bazı sosyo-demografik özelliklere göre annelerin sağlık inanç tutum ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.9'de sunulmuştur.

Tablo 4.9. Anne Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Annelerin Sağlık İnanç Tutum Ortalamalarının Karşılaştırılması

| | n | İç Faktörler | | Dış Faktörler | | Şans Faktörleri | |
|---------------------------|-----|--------------------|-------|--------------------|-------|--------------------|------|
| | | Ort. | SS | Ort. | SS | Ort. | SS |
| Anne Yaşı | | | | | | | |
| 17-25 | 64 | 27.22 | 6.27 | 31.78 | 7.63 | 11.31 | 4.76 |
| 26-34 | 120 | 28.45 | 5.61 | 32.73 | 6.83 | 13.04 | 4.97 |
| 35 ve üstü | 115 | 25.94 | 7.45 | 30.43 | 9.00 | 12.55 | 5.59 |
| | | F=4.368 p=0.014 | | F=2.519 p=0.082 | | F=2.345 p=0.098 | |
| Anne Eğitim Durumu | | | | | | | |
| Okur-yazar | 24 | 20.00 | 11.08 | 23.22 | 13.60 | 11.11 | 5.64 |
| İlkokul | 84 | 26.69 | 7.48 | 31.56 | 9.07 | 13.08 | 5.72 |
| Ortaokul | 69 | 28.71 | 5.86 | 32.01 | 7.92 | 11.67 | 4.79 |
| Lise | 67 | 27.07 | 6.57 | 32.55 | 7.31 | 11.87 | 4.78 |
| Üniversite | 55 | 28.16 | 4.37 | 31.89 | 4.86 | 12.31 | 4.42 |
| | | F=3.242 p=0.012 | | F=1.759 p=0.136 | | F=0.265 p=0.900 | |

Tablo 4.9. Devamı. Anne Sosyo-demografik Özelliklere Göre Annelerin Sağlık İnanç Tutum Ortalamalarının Karşılaştırılması

| | n | İç Faktörler | | Dış Faktörler | | Şans Faktörleri | |
|---------------------------------|-----|--------------|------|---------------|------|-----------------|------|
| | | Ort. | SS | Ort. | SS | Ort. | SS |
| Aile Tipi | | | | | | | |
| Çekirdek | 220 | 27.40 | 6.66 | 31.56 | 7.94 | 12.15 | 4.89 |
| Geniş | 79 | 26.72 | 6.38 | 31.87 | 7.98 | 13.39 | 5.92 |
| | | t=0.785 | | t=-0.301 | | t=-1.666 | |
| | | p=0.433 | | p=0.763 | | p=0.098 | |
| Gelir Durumu | | | | | | | |
| Gelir gidere eşit | 148 | 27.78 | 5.80 | 32.36 | 6.87 | 11.66 | 4.79 |
| Gelir giderden az | 124 | 26.27 | 7.28 | 30.58 | 9.20 | 13.20 | 5.51 |
| Gelir giderden yüksek | 27 | 28.52 | 6.92 | 32.56 | 6.79 | 13.70 | 5.35 |
| | | F=2.392 | | F=1.913 | | F=3.877 | |
| | | p=0.093 | | p=0.149 | | p=0.022 | |
| Çocuğun Getirilme Süresi | | | | | | | |
| İlk 24 Saat | 247 | 27.48 | 6.34 | 32.20 | 7.73 | 12.73 | 5.21 |
| 1-5 Gün | 37 | 25.49 | 8.14 | 27.57 | 8.59 | 11.11 | 5.27 |
| 6-10 Gün | 11 | 27.00 | 6.68 | 30.64 | 6.58 | 13.18 | 6.52 |
| 11 gün ve Üzeri | 3 | 28.00 | 2.65 | 39.33 | 4.51 | 13.00 | 7.21 |
| | | F=1.075 | | F=4.840 | | F=1.002 | |
| | | P=0.360 | | P=0.003 | | P=0.392 | |

İç Faktörler Alt Boyutu İçin;

Tablo 4.9 de görüldüğü gibi aile tipi, gelir durumu ve başvuru süresine göre İç Faktörler Alt Boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Anne yaşı, anne eğitim durumu İç Faktörler Alt Boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Anne yaşına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); anneleri 26-34 yaş grubunda olanların puan ortalamalarının, anneleri 35 yaş üzeri olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Anne eğitim düzeyine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); annesi okuryazar olanların puan ortalamalarının, annesi ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite mezunu olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Dış Faktörler Alt Boyutu İçin;

Tablo 4.9'de görüldüğü gibi, anne yaşı, anne eğitim durumu, aile tipi ve gelir durumuna göre Dış Faktörler Alt Boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Başvuru süresine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); 11 gün ve üzerinde başvuranların puanlarının, 1-5 günde başvuranlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Şans Faktörleri Alt Boyutu İçin;

Tablo 4.9'de görüldüğü gibi anne yaşı, anne eğitim durumu, aile tipi ve başvuru süresine göre Şans Faktörleri Alt Boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Gelir durumuna göre Şans Faktörleri Alt Boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); geliri giderine eşit olanların puanlarının, geliri giderinden az olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Ebeveyn sağlık inanç tutum puanları ile acil servise başvuru süreleri arasındaki ilişkinin incelenmesi Tablo 4.10'de sunulmuştur.

Tablo 4.10. Ebeveyn sağlık inanç tutum puanları ile acil servise başvuru süreleri arasındaki ilişkinin incelenmesi

| | | İç Faktörler | Dış Faktörler | Şans Faktörleri |
|-------------------------------------|---|---------------------|----------------------|------------------------|
| Hastalık Belirtisi ve Acile Başvuru | r | -0.086 | -0.145 | -0.033 |
| Arasında Geçen Süre | p | 0.137 | 0.012 | 0.572 |

Tablo 4.10'de görüldüğü gibi hastalık belirtisi ve acile başvuru arasında geçen süre ile iç ve şans faktörleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (r:-0.086, r:-0.033, p>0.05). Hastalık belirtisi ve acile başvuru arasında geçen süre ile dış faktörler arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır. (r:-0.145, p<0.05).

Acil servise başvuru süresinde gecikmeye neden olan faktörlere göre ebeveyn sağlık inanç tutum puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.11’de sunulmuştur.

Tablo 4.11. Acil servise başvuru süresinde gecikmeye neden olan faktörlere göre ebeveyn sağlık inanç tutum puanlarının karşılaştırılması (N:78)

| | n | İç Faktörler | | Dış Faktörler | | Şans Faktörleri | |
|--|----------|--------------|---------|---------------|---------|-----------------|---------|
| | | Ort. | SS | Ort. | SS | Ort. | SS |
| Önceki geçmiş deneyim | 24 | 26.75 | 5.16 | 29.75 | 7.09 | 12.00 | 4.48 |
| Hastaneye erişimin zor olması | 20 | 26.65 | 6.49 | 31.60 | 9.32 | 12.90 | 4.72 |
| Kendime süre tanıdım | 17 | 28.06 | 7.20 | 31.88 | 7.82 | 14.47 | 4.96 |
| Hastalık hakkında bilgim yok | 6 | 23.33 | 9.65 | 26.50 | 11.95 | 12.83 | 6.11 |
| Aile baskısı | 4 | 16.00 | 6.48 | 19.50 | 9.95 | 15.25 | 9.84 |
| Geleneksel yöntemleri uyguladım | 4 | 23.25 | 2.06 | 33.00 | 3.74 | 9.50 | 4.43 |
| Sağlık personelinin hal ve hareketleri | 3 | 29.33 | 8.62 | 34.33 | 3.21 | 18.33 | 1.53 |
| | | | F=2.368 | | F=1.741 | | F=1.395 |
| | x | | p=0.038 | | p=0.124 | | p=0.229 |

Tablo 4.11’de görüldüğü gibi, iç faktörler alt boyutu için acil servise başvuru süresinde gecikmeye neden olan faktörlere göre ebeveyn sağlık inanç tutum puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); aile baskısı nedeni ile geç gelenlerin puanlarının, önceki geçmiş deneyim, kendime süre tanıdım,

hastaneye erişimin zor olması ve sağlık personelinin hal ve hareketleri cevabını verenlerden düşük olduğu belirlenmiştir.

Dış faktörler ve Şans faktörleri alt boyutları için acil servise başvuru süresinde gecikmeye neden olan faktörlere göre ebeveyn sağlık inanç tutum puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Çocuğun cinsiyeti, anne eğitim durumu ve acile geç gelme sebebine göre başvuru süresi farkının incelenmesi Tablo 4.12’de sunulmuştur.

Tablo 4.12. Çocuğun cinsiyeti ve anne eğitim durumuna göre başvuru süresi farkının incelenmesi

| Başvuru Süresi | | İlk 24 Saat | | 1-5 Gün | | 6-10 Gün | | 11 ve üzeri | | |
|--------------------|------------|-------------|------|---------|------|----------|-----|-------------|------|------------------------------|
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Çocuğun Cinsiyeti | Erkek | 129 | 82.2 | 22 | 14 | 4 | 2.5 | 2 | 1.3 | $\chi^2=2.132$ $p=0.545$ |
| | Kız | 119 | 83.8 | 15 | 10.6 | 7 | 4.9 | 1 | 0.7 | |
| Anne Eğitim Durumu | Okur Yazar | 6 | 66.7 | 2 | 22.2 | 0 | 0 | 1 | 11.1 | $\chi^2=13.939$ $p=0.305$ |
| | İlkokul | 71 | 84.5 | 8 | 9.5 | 4 | 4.8 | 1 | 1.2 | |
| | Ortaokul | 55 | 79.7 | 12 | 17.4 | 2 | 2.9 | 0 | | |
| | Lise | 55 | 82.1 | 8 | 11.9 | 3 | 4.5 | 1 | 1.5 | |
| | Üniversite | 47 | 85.5 | 6 | 10.9 | 2 | 3.6 | 0 | 0 | |

Çocuğun cinsiyeti ve anne eğitim durumuna göre acile başvuru süresi farkı istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$, Tablo 4.12).

5. TARTIŞMA

Literatürde çocuk sağlığını etkileyen en önemli faktörler arasında hastalıkların erken belirti ve semptomlarını fark etme ile doktora başvuru arasında geçen zamanın çok kritik olduğunu ve çocukların mortalite ve morbidite oranlarını etkilediği yer almaktadır (Gökçay, Köklük, Kayadibi, Eraslan, Çalışkan, 2000; Konuk Şener, Ocakçı, 2014; Sharma ve diğerleri 2014). Bizim çalışmamızda araştırmaya katılan annelerin büyük bir çoğunluğu (%74,8) çocuğunda hastalığın ilk belirtilerini fark ettiğinde en yakın kliniğe başvurdıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4.3).

Çocuklarının hastalığı konusunda çok fazla endişelendiğini ifade eden ebeveynlerin %75.'sını anneler oluşturmuştur. Ebeveynler çocuklarını %83,3 oranında ilk 24 saatte acil servise getirmişlerdir (Tablo 4.3). Bu bulgular ebeveynlerin çocuğun hastalığının belirti ve bulgularını önemsediklerini göstermektedir. Hindistan'da 1 ay-12 yaş arası çocuğa sahip 201 ebeveyn üzerinde prospektif olarak yapılan bir çalışmada kırsal alandan gelen ebeveynlerin kentsel alandan gelenlere göre hastalığı geç fark ettikleri ve hastaneye 10 gün ve üzerinde geç geldikleri ve bu çocukların hastalıklarının ilerlediği ve kritik hale geldiği görülmüştür. Aynı çalışmada kentsel ailelerin çoğunun çekirdek aile oldukları saptanmıştır (Sharma, U., Sharma,A, 2015). Bizim çalışmamızda ailelerin yaşadıkları yer sorgulanmamakla birlikte, çoğu çekirdek (%76) aileden oluşmuş, genç ebeveynlerdir (Tablo 4.1).

Ebeveynlerin çoğunun hastalığı erken fark ettikleri, çoğunun acil servise ilk 24 saatte ulaşmış olmaları (%83,3) ve acil servise geç geldiğini düşünme oranının düşük (%27) olması (Tablo 4.3), ebeveynlerin çocuğun hastalığını önemsediklerini ve belirti ve bulguları erken fark ettikleri biçiminde düşünülebilir. Bu çalışmada ebeveynlerin ifadelerine göre hesaplanan zamana göre hastalık belirtisi ile acile başvuru arasında geçen süre 6 dakika ile 720 saat (1 vakada) ortalama $\bar{x}:25,78 \pm 67,34$ saat olarak bulunmuştur (Tablo 4.4). 6 dakikada gelen vakaların konvülsiyon, yenidoğan apnesi olduğu, 720 saatte gelen vakanın (tek vaka) gastroenterit olduğu belirlenmiştir. Bu durum ülkemizde ebeveynlerin sağlık okur yazarlığının giderek gelişiyor olduğunun bir göstergesi olabileceği gibi, çocuğa verilen değerle ilgili olabilir. Literatürde sağlık okuryazarlığı yüksek bireylerin tıbbi karar verme sürecini kolaylaştırdığı, sosyal ve iletişim becerilerinin arttığı, sağlık personelinin söylediği talimatlara uydukları,

hastaların tedaviye uyumunun arttığı, hastalıkların belirtilerini erken fark ettikleri belirtilmektedir (Yalçın Balçık, Taşkaya, Şahin, 2014; Akbolat, Kahraman, Erigüç, Sağlam, 2016). Diğer taraftan çocuklar ailenin en değerli varlığıdır. Onun hastalığı aileyi endişelendirmektedir. Bu nedenle aileler çok zaman kaybetmeden en yakın sağlık kuruluşuna başvurmaktadır. Bizim çalışmamızda çocukların birinci sıklıkla konvülsiyon ile gözlem altına alındıkları (%24.3), bunu enfeksiyon hastalıkları (%22.5) ve gastrointestinal hastalıkların (%16.3) izlediği belirlenmiştir (Tablo 4.3). Bu vakalar ilk acil poliklinikte muayene edilip yakından izlenmesi gereken hastalardan oluşmaktadır. Endişe eden ailelerin oranının yüksek olması yakından izlenme için çocuklarının gözlem odasına yatırılmalarının bir sonucu olabilir.

Bu çalışmada “Ebeveynlerin Sağlık İnanç Tutumları Ölçeği” kullanılmış olup literatürde ölçeğin daha çok annelerin tutumlarını ölçtüğü belirlendiğinden ölçek anneler üzerinde değerlendirilmiştir. Bu çalışmada annelerin sağlık inanç tutumları ile çocuğun yaşı, cinsiyeti, sağlık güvencesi, hastalık tipi, daha önce acil servise başvurma durumu, daha önce başvurdukları yer ve annelerin ifadesi ile endişe duymanın şiddeti arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$). Ancak çocuğun yaşı ile içsel faktör ve dışsal faktör puanları arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$) (Tablo 4.8). Buna göre çocuğun yaşı arttıkça içsel faktörler ve dışsal faktörler puanları düşmektedir.

Tablo 4.8 incelendiğinde 6 yaşın altı çocuğu olan annelerde diğer yaş dönemlerine göre aradaki fark anlamlı olmamakla birlikte iç ve dış faktör puanlarında bir miktar yüksek puan ortalaması izlenmektedir. Yapılan incelemede ilk 24 saatte acile getirilen çocukların %75,3’ünü 6 yaş altı çocuklar oluşturmuştur. Bu yaş grubu çocukların ebeveynlerinin bakımına, gözetimine daha bağımlı olmalarının ebeveynlerin sağlık inanç tutumlarını da etkilediği biçiminde düşünülebilir.

Annelerin, ebeveyn sağlık inanç tutum ortalamaları ile çocuğun hastalığı konusunda endişe duymaları konusunda istatistiksel olarak iç faktör ve dış faktör arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($P < 0,05$) (Tablo 4.7). Bu fark endişe duyduğunu belirten annelerden kaynaklanmıştır. Anneler hastalığın nedenini tıbbi nedenlerden kaynaklandığı kadar dış faktörlerin de etkili olduğu sağlık inanç tutumu sergiledikleri söylenebilir. Cirhinlioğlu (2012) sosyolojik açıdan hastalığın nedenlerinin tıbbi olduğu

kadar toplumsal ve kültürel nedenlerin de etkilediğini belirtmektedir. Bu nedenle anneler hastalıkları içsel nedenler kadar dışsal nedenlerinde etkilediği yönünde tutum sergilemeleri kültürlerinin bir sonucu olduğu biçiminde de düşünülebilir. Annelerin sağlık inanç tutumları ile endişe duyma yönünde şans faktörü puan ortalamaları arasında fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak çocuğun doğum sırası ile şans faktörleri puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyli ve pozitif yönlü ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Doğum sırası arttıkça şans faktörleri puan ortalaması da artmaktadır. Bu bulgu annelerin sağlık inanç tutumu olarak doğum sırası ile şans arasında sağlıkla ilişkili bir tutum sergiledikleri biçiminde düşünülebilir.

Tablo 4.9.'da annenin sağlık inanç tutumu ile annenin yaşı ve eğitim durumu arasında iç faktörler açısından anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). 26-34 yaş grubunda olan annelerin puan ortalamalarının ($\bar{x}:28,45\pm5,61$) 35 yaş üzeri olan annelerin puan ortalamasına ($\bar{x}:25,94\pm7,45$) göre yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Genç annelerin çocuğunun hastalığının tıbbi nedenlerden kaynaklandığı yönünde içsel bir tutum sergiledikleri söylenebilir. Benzer şekilde annelerin eğitim düzeyi ile sağlık inanç tutum ortalamaları arasında içsel faktörler yönünden fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Yapılan ileri analizde annesi okur-yazar olanların puan ortalamalarının ($\bar{x}:20,00\pm11,08$) annesi ortaokul, lise ve üniversite mezunu ($\bar{x}:28,16\pm4,37$) olanlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu eğitimin sağlık inanç tutumları üzerinde etkili olduğu biçiminde söylenebilir. Okuryazar annelerin hastalıkların içsel nedenleri konusunda eğitim gereksinimi olduğu düşünülebilir. Literatürde eğitim seviyesi düşük ve sağlık okuryazarlığı becerisi az kişilerin koruyucu sağlık hizmetlerinden daha az yararlandıkları, tedavi edici hizmetlere daha fazla başvurdukları belirtilmektedir (Aslantekin ve Yumrutaş, 2014; Şanlı, Öztürk, 2012; Akbolat, Kahraman, Erigüç, Sağlam, 2016; Yılmazel, Çetinkaya, 2016).

Annelerin çocuklarını acile başvurma süresine göre sağlık inançları tutumları arasındaki fark dışsal faktörler açısından ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p=0,003$)(Tablo4.10). Hangi kaynaktan belirlenmesi amacıyla yapılan ileri analizde 11 gün ve üzerinde başvuranların puan ortalamaları ($\bar{x}:39,33\pm4,51$), 1-5 günde acil servise başvuranların puan ortalamasına göre ($\bar{x}:27,57\pm8,59$) yüksek bulunmuştur. Bu bulgu geç gelen annelerin hastalığın belirti ve bulgularını geç fark ettikleri ve hastalığın nedenleri olarak dışsal faktörlere yönelik inanç sergiledikleri biçiminde yorumlanabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Çocuk hastaların çocuk acil servise başvuru süreleri gecikmeye neden olan faktörlerin belirlenmesi ve ebeveyn sağlık inanç tutumlarının belirlenmesine yönelik bu çalışmamızda aşağıdaki veriler elde edilmiştir.

6.1.1. Ebeveynlerin sosyo-demografik özellikleri

Çalışmamıza dâhil olan ebeveynlerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; görüşme yapılan kişinin %74.8'ini (n:299) anneler oluşturmaktadır. Annelerin %43.8'i (n:175), 26-34 yaş aralığında iken babaların %57.6'sı (n:228) 35 yaş üstü görülmektedir. Annelerin %29.2'si (111) ilkokul mezunu, babaların %31.8'i (n:135) lise mezunudur. Çocuk acile başvuran ailelerin ekonomik durumu %51.3 (205) gelir gidere eşit olup, %76.0'ı (304) çekirdek aileden oluşmaktadır (Bkz. Tablo 4.1).

6.1.2. Çocuk acil servise başvuran çocukların özellikleri

Çocuk acil servise başvuran hastaların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; çocukların %51.0'ı(204) erkek olup, %44.3'ü(177) 1-6 yaş aralığındadır. Araştırmaya dâhil edilen çocuklar \bar{x} :1.64±1.27 kardeşe sahip iken, hasta çocuk \bar{x} :2.08±1.13 dir. Çocuk hastaların %71.5'nin(286) sağlık güvencesi sosyal güvenlik kurumu tarafından sağlanmaktadır. Acil servise başvuru nedenlerine bakıldığında %24.3'le(96) konvülsiyonlar ilk sırada yer almaktadır.(Bkz. Tablo 4.2).

6.1.3. Çocuk hastaların çocuk acile getirilme süreleri ve geç gelmeye neden olan faktörlerin belirlenmesi.

Yaptığımız çalışmada çocuk hastaların çocuk acile getirilme sürelerini cinsiyet ve acil servise geç geldiğini düşünen ebeveynlerin, geç gelme nedenleri incelenmiştir. Çocuk acile başvuru sürelerine bakıldığında \bar{x} :25.78±67.34 saat olduğu hesaplanmıştır. Çocuğun cinsiyeti, anne eğitim durumu ve acile geç gelme sebebine göre acile başvuru süresi farkı istatistiksel olarak anlamsızdır. Acil servise geç geldiğini düşünen

ebeveynlerin %29.6'sı (n:32) önceki geçmiş deneyimleri yüzünden geç geldiğini düşünmektedir (Bkz. Tablo 4.4, Tablo 4.5) .

6.1.4. Ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerine göre ebeveyn sağlık inanç tutum ortalamaları

Yaptığımız çalışmada; ebeveyn ve çocuk sosyo-demografik özellikleri, sosyal güvence, acildeki hastalıklar, acile daha önce başvuru, daha önce başvurulmuş yer, acil servise geç geldiğini düşünme, ilk belirti fark edince yapılanlar, endişelenme miktarı ele alınmıştır. Sosyal güvence, acildeki hastalıklar, acile daha önce başvuru, daha önce başvurulmuş yer, acil servise geç geldiğini düşünme ve ilk belirti fark edince yapılanlar İç, Dış, Şans Faktörleri Alt Boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Çocuğunuzun bu hastalığı konusunda endişe duyma durumuna göre Dış Faktörler Alt Boyut ve İç Faktörler Alt Boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Endişe duyanların puan ortalamaları daha yüksektir (Bkz. Tablo 4.7)

Sürekli veriler ve ebeveyn sağlık inancı puan ortalamaları kıyaslandığında; çocuğun yaşı ile iç faktörler ve dış faktör puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, düşük düzeyli ve negatif yönlü ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).Çocuğun yaşı arttıkça iç faktörler ve dış faktör puanları düşmektedir. Çocuğun doğum sırası ile şans faktörleri puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı, düşük düzeyli ve pozitif yönlü ilişki vardır ($p<0.05$). Çocuğun doğum sırası arttıkça şans faktörleri puan ortalaması da artmaktadır (Bkz. Tablo 4.8).

Anne yaşı, anne eğitim durumu İç Faktörler Alt Boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Anneleri 26-34 yaş grubunda olanların puan ortalamalarının, anneleri 35 yaş üzeri olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Anne eğitim düzeyine göre annesi okuryazar olanların puan ortalamalarının, annesi ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite mezunu olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Başvuru süresine göre dış faktörler alt boyut puanı ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek

üzere yapılan ileri analizde (LSD); 11 gün ve üzerinde başvuranların puanlarının, 1-5 günde başvuranlardan yüksek olduğu belirlenmiştir(Bkz. Tablo 4.10).

Gelir durumuna göre Şans Faktörleri Alt Boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); geliri giderine eşit olanların puanlarının, geliri giderinden az olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir(Bkz. Tablo 4.9).

6.1.5. Acil servise başvuru sürelerine göre ebeveyn sağlık inanç tutum puanları

Hastalık belirtisi ve acile başvuru arasında geçen süre ile iç ve şans faktörleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Hastalık belirtisi ve acile başvuru arasında geçen süre ile dış faktörler arasında negatif yönlü ilişki bulunmaktadır(Bkz. Tablo 4.10).

6.1.6. Acil servise başvuru süresinde gecikmeye neden olan faktörlere göre ebeveyn sağlık inanç tutum puan ortalamaları

İç faktörler alt boyutu için acil servise başvuru süresinde gecikmeye neden olan faktörlere göre ebeveyn sağlık inanç tutum puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Aile baskısı nedeni ile geç gelenlerin puanlarının, önceki geçmiş deneyim, kendime süre tanıdım, hastaneye erişimin zor olması ve sağlık personelinin hal ve hareketleri cevabını verenlerden düşük olduğu belirlenmiştir.

Dış faktörler ve Şans faktörleri alt boyutları için acil servise başvuru süresinde gecikmeye neden olan faktörlere göre ebeveyn sağlık inanç tutum puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir(Bkz. Tablo 4.11).

6.1.7. Çocuğun cinsiyeti, anne eğitim durumu ve acile geç gelme sebebine göre başvuru süresindeki fark

Çocuğun cinsiyeti, anne eğitim durumu ve acile geç gelme sebebine göre acile başvuru süresi farkı istatistiksel olarak anlamsızdır (Bkz. Tablo 4.12).

6.2. ÖNERİLER

Anne yaşı 26-34 olan annelerin hastalıklarının nedenleri olarak içsel kontrolü 35 yaş ve üzeri annelere göre daha yüksek bulunmuştur. Buna göre 35 yaş üzeri annelerin sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine gereksinim olduğu söylenebilir. Benzer şekilde okur-yazar annelerin diğer eğitim düzeyindeki annelere göre daha dışsal kontrollü oldukları görülmüştür. Hem 35 yaş üzeri hem de okur-yazar olan annelere hastalıklarının içsel nedenleri konusunda eğitim ve danışmanlık verilmelidir.

Acil servise 11 gün ve üzeri süre ile yapılan başvuruların dış faktörler puan ortalaması, 1-5 gün de yapılan başvurulardan daha yüksektir. Acil servise geç gelenler hastalıkları dışsal nedenlere bağlamaktadır. Çocukluk çağı hastalıklarının belirtileri bulguları konusunda bu tür ailelere eğitim planlanmalıdır.

Geliri giderinden az olan ailelerin, geliri giderine eşit olan ailelere göre şans faktörleri puan ortalaması anlamlı bulunduğundan yoksul ailelerin çocuğunun hastalığını/iyileşmesini şansa bıraktıkları düşünülebilir. Bu tür ailelere sosyal destek programları ile desteklenmesi ve hastalıkları şansa bırakmamaları konusunda da danışmanlık yapılması önerilebilir. Bu tür çocuklar için aynı zamanda hemşireler savunucu rol üstlenmeli. Çocuğunun sağlık hakkının geliştirilmesi yönünde ailelere gerekli girişimlerde bulunulmalıdır.

Çocuğunun hastalığı konusunda endişe duyan ailelerin; daha yakından izlenmesi, acil servislerde benzer sorunlu ailelerin birlikte olabilecekleri ortam sağlanması, onlarla daha fazla iletişim kurulması, endişe kaynaklarının belirlenmesi ve endişelerinin azaltılması konusunda gerekli girişimlerin planlanması önerilebilir.

Çocuğunu aile baskısı nedeni ile geç getirdiğini belirtenlerin iç faktörler puan ortalaması diğer nedenlere göre düşük bulunduğundan ve aradaki fark anlamlı olduğundan aile baskısı gördüğünü ifade eden annelerin aile içi konumunun güçlendirilmesine yönelik hemşirelik girişimleri planlanması, ve konunun daha büyük gruplarda daha ayrıntılı çalışılması önerilebilir.

Hastalık belirtisinin çıkıp hastaneye başvuru süresi arasında geçen süre ile dış faktörler arasında negatif yönlü ilişki saptanmış olup, dış faktörlerin konusunda daha ayrıntılı çalışmalar yapılması önerilebilir.

7. KAYNAKÇA

Abello, JE., Cuesta, J., Cerro, B., Sapir, D. (2016). Admission among notified dengue fever cases in region VIII philippines from 2008 to 2014. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 1, 1-13.

Acil Sağlık Hizmetlerinin Yapısı. Ankara: 2011 Milli Eğitim Bakanlığı.

Akbolat, M., Kahraman, G., Erigüç, G., Sağlam, H. (2016). Sağlık okuryazarlığı hasta-hekim ilişkisini etkiler mi? sakarya ilinde bir araştırma. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(4), 354-361.

Akçay, A., Gürsel, D., Özdemir, A., Kılıç, İ., Ergin, H. (2005). Denizli ilindeki çocukluk çağı zehirlenmeleri. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 31, 337-339.

Akyolcu, N. (2007). Acil birimlerde triaj. *İ.Ü.F.N Hemşirelik Dergisi*, 15(58), 7-17

Altındış, S., Ünal Ö. (2017). Acil servis kalite standartlarında Türkiye'nin durumu. *Deneyisel Biyoteknolojik Klinik ve Stratejik Sağlık Araştırmaları Dergisi*, 1(2), 51-59.

Amen M., Clark J. (2000). The influence of mothers' health beliefs on use of preventive child health care services and mothers' perception of children's health status. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 24, 153-163

Anıl, M. (2014). Bir eğitim ve araştırma hastanesi çocuk acil servisine başvuran hastaların değerlendirilmesi. *Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Dergisi*, 1(2), 65-71

Armay, Z., Özkan, Z., Kocaman N., Özkan, S. (2007). Hastalık algısı ölçeğinin kanser hastalarında Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 10,192-200.

Aslantekin, F., Yumrutaş, M. (2014). Sağlık okuryazarlığı ve ölçümü. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(4), 327-334

Atabek, M., Oran, B., Çoban, H. (1999). Çocuk acile başvuran hastaların özellikleri, *Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 15(2), 89-92

Ataseven Tarhan, M., Akın, S. (2016). Triaaj uygulamalarında hemşirelerin rolleri. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3(2), 170-174.

Aytaç, Ö., Kurtdaş M.Ç. (2015). Sağlık - hastalığın toplumsal kökenleri ve sağlık sosyolojisi. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 25(1), 231-250.

Biçer, S., Yılmaz, A., Keleş, ES., Aydoğan, G. (2007). Çocukluk çağı zehirlenmelerinde etiyolojik faktörlerin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Pediatri*, 16, 217-228.

Cantürk, Ç. (2014). İstatistiksel güç analizi ve hemşirelik araştırmalarında kullanımı: temel bilgiler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17,4.

Cirhinlioğlu, Z. (2012). *Sağlık sosyolojisi*. (3. Baskı). İstanbul: Nobel Yayın Dağıtım.

Civaner, M. (1999). Bir devlet hastanesinin acil servisine başvuran hastaların analizi. *Sağlı ve Toplum Dergisi*, 9(1), 3-7.

Conk, Z., Başbakkal, Z., Bal Yılmaz, H., Bolışık, B. (2013). *Pediatri hemşireliği*. Ankara: Akademisyen Kitapevi.

Çenesiz, E., Atak, N.(2007). *Türkiye’de sağlık inanç modeli ile yapılmış araştırmaların değerlendirilmesi*. TSK Koruyucu Hekimlik Bültenleri, 6(6).

Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği (2008). Türkiye Çocuk Yoğun Bakım Ve Çocuk Acil Tıp Hekim İnsan gücü Raporu. İstanbul.

Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği (2008). Türkiye’de ve Dünya’da Çocuk Acil Tıp Hizmetleri. İstanbul.

Edirne, T., Edirne, Y., Atmaca, B., Keskin, S. (2008). Yüzüncü yıl tıp fakültesi acil servis hastalarının özellikleri. *Van Tıp Dergisi*, 15(4), 107-111.

Er, M. (2006). Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, (49), 155-168.

Erci, B., Güdücü Tüfekçi, F.(2007). Turkish Adaptation of the parental health belief scale. *Journal of Advanced Nursing*, 58(2), 150-157

Erdem, Y. (2016). Acil Servislerde Hasta Güvenliği Sorunları (Bildiri). VI Uluslararası *Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildirileri*, 1-4 Mart Antalya, (304-309), Ankara 2016, Erişim tarihi: 22.02.2019

Ersel, M., Karcioğlu, Ö., Yanturalı, S., Yürüktümen, A., Sever, M., Tunç, MA. (2006). Bir acil servisin kullanım özellikleri ve başvuran hastaların aciliyetinin hekim ve hasta açısından değerlendirilmesi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 6(1), 25-35.

Esmail,A., Ann J., Roberts C., (2000). Assessing the appropriateness of pediatric hospital admissions in the united kingdom. *Journal of Public Health Medicine*, 22(2), 231-238.

Florance, T., Michael, C., Anne, M., Mark, I. (2014).Variation in emergency department admissions rates in us children's hospitals. *Division of Emergency Medicine*, 143(3), 539-545.

Gibson, G., Souza Santos, R., Brasil, P., Pacheco A.G., Cruz, O.G., Honorio, N., Kubelka, C., Cavalho, M.S. (2013). From Primary Care To Hospitalisasyon: Clinical Warning Signs of Severe Danguue Fever In Children And Adolescent During An Outbreak In Rio De Jenerio, *Cad. Suade Publica*, 29(1), 82-90

Gottschalk S B ve diğerleri. (2006). The Cape Triage Score: A New Triage System South Africa. *Proposal From The Cape Triage Group*, 23, 149-153

Gökçay, G., Köklük, S., Kayadibi, F., Eraslan, E., Çalışkan, M.(2000). Çocuklarda ilk iki yılda gelişimi etkileyen faktörler. *İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası*, 63(4), 395-405.

Gözübüyük, O., Akbulut, Y. (2014). Hastaya planlanan tedavinin reddedilmesi: acil servis hastaları üzerine bir araştırma. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1-2-3), 55-66.

Gözüm, S., Çapık, C.(2014). Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: sağlık inanç modeli. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7(3), 230-237.

H.L. Yılmaz, Anıl, M. (2016). *Current tanı ve tedavi*. İstanbul: EMA TIP

Hasta Hakları Yönetmeliği. Erişim 26 Oca. 19,
<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140508-3.htm>

<https://www.saglik.gov.tr/TR,11321/yatakli-saglik-tesislerinde-acil-servis-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslari-hakkinda-teblig.html>

Giganti AW (1998). Families in pediatric critical care: the best option. *Pediatric Nursing*, 24(3), 261-265

Institute of Medicine(2006). Emergency Medical Services at A Crossroads, The national Academies Press, Washington, USA

Jeffrey, M., James, H., Allen, R. (2000). Underestimation of case severity by emergency department patients: implications for managed care. *The American Journal Of Emergency Medicine*, 18(3), 254-256.

Karaböcüoğlu, M., Yılmaz, HL., Duman, M. (2012). *Çocuk acil tıp*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitap.

Kartal, A., Altuğ Özsoy, S. (2007). Validity and reliability study of the turkish version of health belief model scale in diabetic patients. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 1447-1458.

Kathleen, T., Galvin, BSc. (1992). A critical review of the health belief model in relation to cigarette smoking behaviour. *Journal of Clinical Nursing*, 1, 13-18.

Katiyar, R., ahmed, N., Sing, J., Singh, V. (2017). Gender Difference in Health Seeking Behaviour Among Mothers of Under Five Children in Lucknow. *International Journal of Community Medicine And Public Health*, 5(1), 272-274.

Kocaman, N., Özkan, Z., Armay, Z., Özkan S. (2007). Hastalık algısı ölçeğinin Türkçe uyarlanmasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 271-280.

Koç, O., Karaman, A., Erdoğan, D., Çavuşoğlu, YH., Aslan, K., Toraman, E., Narcı, A., Çakmak, Ö. (2003). Çamaşır suyu içen çocuklarda yaklaşım nasıl olmalıdır?. *Pediatric Cerrahi Dergisi*, 17, 70-73

Konuk Şener, D., Ocağcı, AF. (2014). Yoksulluğun çocuk sağlığı üzerine çok boyutlu etkileri. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 13(1), 57-68.

Korkmaz, T., Erkol, Z., Kahramansoy, N. (2014). Acil Servise Gelen Pediatrik Adli Olguların Değerlendirilmesi: Retrospektif Bir Çalışma. *Haseki Tıp Bülteni* 52, 271-277

Köse A., Köse B., Öncü R., Tuğrul F.(2011). Bir devlet hastanesi acil servisine başvuran hastaların profili ve başvurunun uygunluğu, *Gaziantep Tıp Dergisi*, 17(2), 57-62

Küçük, F., Balcı S. (2011). Korozif madde içen 1-6 yaş grubu çocukların özellikleri ve ailelerin yaptığı ilk uygulamalar. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(3), 32-39

Mason, S. Perspectives on the reasons for Emergency Department attendances across Yorkshire and the Humber. March, 2017. <http://www.sheffield.ac.uk/scharr/sections/hsr/cure>. Erişim Tarihi: 15.11.2018.

Milli Eğitim bakanlığı (2011). *Acil sağlık hizmetleri*. Ankara: Milli Eğitim Bakanlığı.

Mutlu B., Yıldız, S. (2016). Çocuğun acil servise kabulü. *Türkiye Klinikleri* 2(3).

Nimmanutya, S. (2002). Dangué Heamorrhagic Fever: Current Issues And Future Research. *Asia-Oceanian Journal of Pediatric Child Health*, 1, 1-22

Nişancı, K., F., Çakır B., Daşgın H., Temizhan A. (2018). Metabolik sendromlu hastaların obezitede sağlık inanç modeli ölçeğine göre değerlendirilmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*,14, 76-84

Oktay, C., Çete, Y., Eray, O., Pekdemir, M., Günerli, A.(2003). Appropriateness of emergency department visits in a turkish university hospital. *Croatian Medical Journal*, 44(5), 585-591.

Özata, M., Aslan, Ş. (2004). Klinik karar destek sistemleri ve örnek uygulamalar. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 5, 11-17

Özüçelilki, N. (2013). A model of complaint based for overcrowding emergency department: five-level hacettepe emergency triage system. *Turkish Journal of Trauma And Emergency Surgery*, 19(3), 205-214

Parcel S., Meyer P.(1978). Development of an instrument to measure children's health locus of control. *Health Education Monographs*, 6(2), 149-159.

Razzak, AJ., Kellermann, LA., (2002). Emergency medical care in developing countries: is it worthwhile?. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(11), 900-910.

Sharma, U., Sharma, A.(2015). An Apidemiological study to explore the reasons of late admission of critically ill children to the hospital. *International Journal of Medical Science And Public Health*, 4(3), 396-398.

Shashank, KJ, Angadi, MM. (2016). Gender difference in perception and careseeking for illness among under five children in rural areas of bijapur district, karnataka. *National Journal of Community Medicine*, 7(1), 44-48.

Söyük, S., Kurtuluş Arslan S. (2017). Acil servislerde yaşanan sorunların çalışanlar gözünden değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 44-56.

Sunmaz D. (2003). *Ebeveyn sağlık inanç ölçeğinin Türkiye'deki geçerlilik ve güvenirlik çalışması*. (yüksek lisans tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi. İzmir.

Şanlı, D., Öztürk, C. (2012). Annelerin çocuk yetiştirme tutumlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, (32), 31-48

Şimşek, Ö. (2018). Triaaj sistemlerine genel bakış ve Türkiye'de acil servis başvurularını etkileyen faktörlerin lojistik regresyon ile belirlenmesi. *Sosyal Güvençe Dergisi*, 7(13), 84-115.

Tekşam, Ö. (2009). Çocuk acil servislerinin kalabalığına genel bakış ve çözüm önerisi olarak triaj. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 40, 125-132.

Terzioğlu, F., Uslu Şahan, F. (2017). Hemşirelerin tıbbi müdahalede karar verme yetkisi ve konumu. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 4(3), 136-141.

Tinsley, J., Holtgrave, R.(1989). Maternal health locus of control beliefs, utilization of childhood preventive health services, and infant health. *Journal of Developmental And Behavioral Pediatrics*, 10(5), 236-241.

Tokur Kesgin, M., Özcebe, H.(2004). Türkiye’de Çocuk Bakımındaki Geleneksel İnanç ve Uygulamalar. *Türkiyat Araştırmaları* 1, 43-56.

Türkiye’de ve Dünya’da Çocuk Acil Tıp Hizmetleri (2008). Çocuk Acil ve Yoğun Bakım Derneği.

Utkarsh, S., Sharma, A., Hanspal, R., Sharma, P., Kumar A. (2014). An epidemiological study to explore the reason of late admission of critically ill children to the hospital. *International Journal of Medical Science And Public Health*, 4(3), 396-399.

Yalçın Balçık, P., Taşkaya, S., Şahin, B. (2014). Sağlık Okur-Yazarlığı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, (13), 321-326.

Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ(2009). Resmi Gazete 27378, 16 Ekim 2009

Yıldız, S.(2006). Acile başvuran çocuk ve aileye psikososyal yaklaşım. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(3), 69-77.

8.EKLER

EK -1 Etik Kurul Kararı

| KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|-------------------|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|-------------|------|---|---|---|---|---|
| ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI | | Çocuk Hastaların Çocuk Acile Başvuru Süreleri, Gecikmeye Neden Olan Faktörler ve Ebeveynlerin Sağlığa Bakış Açısı | | | | | | | | | | | |
| VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU | | | | | | | | | | | | | |
| DEĞERLEN DİRİLEN BELGELER | BELGE ADI | Tarihi | Versiyon Numarası | Dili | | | | | | | | | |
| | ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ | | | Türkçe <input type="checkbox"/> | İngilizce <input type="checkbox"/> | Diğer <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| | BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU | | | Türkçe <input type="checkbox"/> | İngilizce <input type="checkbox"/> | Diğer <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| | OLGU RAPOR FORMU | | | Türkçe <input type="checkbox"/> | İngilizce <input type="checkbox"/> | Diğer <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| | ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ | | | Türkçe <input type="checkbox"/> | İngilizce <input type="checkbox"/> | Diğer <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| DEĞERLENİRİLEN DİĞER BELGELER | BELGE ADI | Açıklama | | | | | | | | | | | |
| | SIGORTA | | | | | | | | | | | | |
| | ARAŞTIRMA BÜTÇESİ | | | | | | | | | | | | |
| | BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU | | | | | | | | | | | | |
| | ILAN | | | | | | | | | | | | |
| | YILLIK BİLDİRİM | | | | | | | | | | | | |
| | SONUÇ RAPORU | | | | | | | | | | | | |
| | GÜVENLİK BİLDİRİMLERİ | | | | | | | | | | | | |
| Diğer | | | | | | | | | | | | | |
| KARAR BİLGİLERİ | Karar No : 2018/142 | Tarih : 21.03.2018 | | | | | | | | | | | |
| | Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıyla katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. | | | | | | | | | | | | |
| KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU | | | | | | | | | | | | | |
| ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI | | | | | | | | | | | | | |
| ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI | | Prof. Dr. Sami Aydoğan | | | | | | | | | | | |
| Unvanı / Adı Soyadı | Uzmanlık Alanı | Kurumu | Cinsiyeti | | Araştırma ile İlişki | | Katılım (*) | İmza | | | | | |
| Prof. Dr. Sami AYDOĞAN | Fizyoloji | E.Ü. Tıp Fak. | E | x | K | | E | H | x | H | | | |
| İf. Dr. Ahmet ÖZTÜRK | Halk Sağlığı | E.Ü. Tıp Fak. | E | x | K | | E | H | x | E | | H | x |
| Prof. Dr. Kemal DENİZ | Patoloji | E.Ü. Tıp Fak. | E | x | K | | E | H | x | E | x | H | |
| Prof. Dr. Aydın ÜNAL | İç Hastalıkları | E.Ü. Tıp Fak. | E | x | K | | E | H | x | E | | H | x |
| Doç. Dr. Güven KAHRİMAN | Radyoloji | E.Ü. Tıp Fak. | E | x | K | | E | H | x | E | | H | x |
| Doç. Dr. Kemal ÖZYURT | Dermatoloji | Kayseri Eğitim Hast. | E | x | K | | E | H | x | E | x | H | |
| Doç. Dr. Emin Murat CANGER | Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi | E.Ü. Diş Hek. Fak. | E | x | K | | E | H | x | E | x | H | |
| Doç. Dr. Cihangir BİÇER | Anest. ve Rean. | E.Ü. Tıp Fak. | E | x | K | | E | H | x | E | x | H | |
| Doç. Dr. Fatih KARDAŞ | Çocuk Sağ. ve Hast. | E.Ü. Tıp Fak. | E | x | K | | E | H | x | E | | H | x |
| Doç. Dr. Serpil TAHERİ | Tıbbi Biyoloji | E.Ü. Tıp Fak. | E | | K | x | E | H | x | E | x | H | |
| Doç. Dr. Zafer SEZER | Farmakoloji | E.Ü. Tıp Fak. | E | x | K | | E | H | x | E | x | H | |
| Yard. Doç. Dr. Gökmen ZARARSIZ | Biyostatistik | E.Ü. Tıp Fak. | E | x | K | | E | H | x | E | x | H | |
| Av. Serhat ÜSTÜNEL | Avukat | Hukuk Müşaviri | E | x | K | | E | H | x | E | x | H | |
| Ecz. Şükran TERZİ | Eczacı | Serbest Eczacı | E | | K | x | E | H | x | E | x | H | |
| Servap Koçer | Sivil Üye | Serbest | E | | K | x | E | H | x | E | x | H | |
| * Toplantıda Bulunma | | | | | | | | | | | | | |
| Etik Kurul Başkanının Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Sami AYDOĞAN İmza: | | | | | | | | | | | | | |
| Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır | | | | | | | | | | | | | |

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU (2011 - KA EK-80)

| | | | | |
|--|--|---|--|---------------------------------------|
| ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI | | Çocuk Hastaların Çocuk Acile Başvuru Süreleri, Gecikmeye Neden Olan Faktörler ve Ebeveynlerin Sağlığa Bakış Açısı | | |
| VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU | | | | |
| ETİK KURUL BİLGİLERİ | ETİK KURULUN ADI | ERCIYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU | | |
| | AÇIK ADRES | Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı/Melikgazi/KAYSERİ | | |
| | TELEFON | 0 352 437 49 10 - 11 | | |
| | FAKS | 0 352 437 52 85 | | |
| | E-POSTA | sukriye@erciyes.edu.tr | | |
| BAŞVURU BİLGİLERİ | KOORDİNATÖR / SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI / ADI / SOYADI | Prof.Dr.Mehmet Adnan Öztürk | | |
| | KOORDİNATÖR SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI | Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları | | |
| | KOORDİNATÖR / SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ | Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Kayseri | | |
| | VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ ADI SOYADI | | | |
| | DESTEKLEYİCİ | | | |
| | PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için) | | | |
| | DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ | | | |
| | ARAŞTIRMANIN FAZI VE TÜRÜ | FAZ 1 | <input type="checkbox"/> | |
| | | FAZ 2 | <input type="checkbox"/> | |
| | | FAZ 3 | <input type="checkbox"/> | |
| FAZ 4 | | <input type="checkbox"/> | | |
| Gözeysel ilaç çalışması | | <input type="checkbox"/> | | |
| Tıbbi cihaz klinik araştırması | | <input type="checkbox"/> | | |
| In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları | | <input type="checkbox"/> | | |
| İlaç dışı klinik araştırma | | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| Diğer ise belirtiniz | Yüksek Lisans Tezi | | | |
| ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER | TEKMERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> | ÇOKMERKEZ <input type="checkbox"/> | ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/> | ULUSLARARASI <input type="checkbox"/> |

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Sami AYDOĞAN
İmza:

(Handwritten signature)



Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır

EK-2 Kurum İzni Belgesi

Evrak Tarih ve Sayısı: 14/05/2018-E.9105



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Müdürlüğü



Sayı :44008645/044/E. 9105
Konu :Anket Çalışması Hk. (Kazım BAĞCI)

14/05/2018

T.C.
BOZOK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığına

İlgi : 02/05/2018 tarihli ve E.1963 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı anket çalışması ile ilgili yazınız değerlendirilmiş olup, Hastanemiz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı'nın cevabi yazısı yazımız ekinde sunulmuştur. Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır

Prof.Dr. Kudret DOĞRU
Başhekim
Merkez Müdürü

EK :
Cevabi Yazı.

Evrak Doğrulamak İçin : http://cbys.erciyes.edu.tr/enVision-Sorgula/validate_doc.aspx?V=BE6P5AK1V Pin : 44902

Erciyes Üniversitesi Talas Yolu Melikgazi 38039 KAYSERİ
Telefon: +90 352 437 49 01

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Selda Sağol
Faks: +90 352 437 52 73

E-Posta: info@erciyes.edu.tr

Elektronik Ad: <http://www.erciyes.edu.tr>

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.
Evrak Doğrulaması http://ebys.erciyes.edu.tr/enVision-Sorgula/validate_doc.aspx?V=BE6P5AK1V adresinden yapılabilir. (P)

Evrak Tarih ve Sayısı: 14/05/2018-E.47830



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı



Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı :76309330/044/ 47830

Konu :Anket Çalışma İzni

14/05/2018

SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : Bozok Üniversitesi'nin 02.05.2018 tarih ve 1963 sayılı yazısı

İlgili yazı gereğince, Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Kazım BAĞCI'nın " Çocuk Hastaların Acile Başvuru Süreleri, Gecikmeye Neden Olan Faktörler ve Ebeveynlerin Sağlık İnanç Tutumlarının Belirlenmesi" konulu tez ve anket çalışmasını Anabilim Dalımız Çocuk Acil Ünitesinde yapması uygundur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr. Tamer GÜNEŞ
Anabilim Dalı Başkanı

Evrakı Doğrulamak İçin : http://cbys.erciyes.edu.tr/en/Vision-Sorgula/validate_doc.aspx?V=BEKR5ABL2

Pin : 43791

Köşk Mahallesi Dede Efendi Sokak 38030 Melikgazi KAYSERİ

Telefon: +90 352 437 49 10

E-Posta: tipdekanlik@erciyes.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Mehtap Çulhacı

Faks: +90 352 437 52 85

Elektronik Ağ: <http://tip.erciyes.edu.tr>

Gmail

Postalarda arayın

E-Posta Yaz

Gelen Kutusu 1.663

Yıldızlı

Ertelendi

Gönderilmiş Postalar

Taslaklar 62

Diğer

Gönderen: <kazimbagci@erciyes.edu.tr>
 Date: 9 May 2019 Per 08:03
 Subject: Fwd: Re: Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği izin isteği
 To: <Ckazimb@gmail.com>

----- Original Message -----
 Subject: Re: Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği izin isteği
 Date: 01.04.2019 19:59
 From: Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ <fatma.guducutufekci@atauni.edu.tr>
 To: erü <kazimbagci@erciyes.edu.tr>

Sayın Kazım BAĞCI

"Çocuk hastaların acile getirilme süreleri, gecikmeye neden olan faktörler ve ebeveynlerin sağlık inanç tutumlarının belirlenmesi" konulu Yüksek Lisans Tez Çalışmanızda, Behice ERCİ ile birlikte geçerlik-güvenirlilik çalışmasını yaptığımız ve "Erci, B., & Tüfekçi, F. G. (2007). Turkish adaptation of the parental health beliefs scale. Journal of Advanced Nursing, _58_(2), 150-157." olarak makalesi yayınlanan "Parental Health Beliefs Scale / Ebeveyn Sağlık İnançları Ölçeğini" kullanmanızda bir sakınca görülmemiştir. Hatta ölçeğin kullanımı ile ilgili geribildiriminiz bizleri mutlu edecektir.

Ölçekle ilgili bilgi aşağıda sunulmuştur.

Saygılarımla...

Prof. Dr. Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ

EK-3 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Bu katıldığımız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Çocuk hastaların çocuk acile başvuru süreleri, gecikmeye neden olan faktörler ve ebeveynlerin sağlık inanç tutumlarının belirlenmesidir.

Bu araştırmanın amacı, Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi çocuk acil servisinde gözetim altında tutulan 0-18 yaş arası çocukların hastaneye başvuru sürelerinin belirlenmesi, başvuru süresini etkileyen durumların tespiti, başvurmadan önce yapılan uygulamaların belirlenmesi ve ebeveynlerin sağlık inanç tutumları ile karşılaştırılması amaçlanmıştır. Bu çalışmada yer almanız öngörülen sadece yanıtlayacağımız anket soruları ile sınırlı olup, çalışmada yer alacak gönüllülerin sayısı 400 kişi civarındadır.

Araştırmaya bağılı bir zarar söz konusu değıldir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için yada çalışma ile ilgili herhangi bir sorun yada diğer rahatsızlıklarınız için 05336573633 no.lu telefondan Yük. Lis. Öğr. Kazım BAĞCI'ya başvurabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Ayrıca, bu araştırma kapsamındaki tetkik ve tıbbi bakım hizmetleri için sizden veya bağılı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağılıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dâhilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizinle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmadan elde edilecek ürünlerden daha sonra planlanacak çalışmalarda da faydalanılacaktır.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz

konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı: Kazım BAĞCI

Görevi: Yüksek Lisans Öğrencisi

Adresi: Talas/Kayseri

Tel.-Faks: 05336573633

Tarih ve İmza:

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza

EK-4 Sosyo-Demografik Veri Formu

Sayın katılımcı, bu form çocuk acil servisinde gözetim altında tutulan hastaların başvuruda gecikme nedenleri ve ebeveynlerin sağlık inanç durumlarının incelenmesi amacıyla hazırlanmıştır. Araştırmaya katılan bireyin bilgileri, araştırma ile sınırlı kalıp araştırma dışında kullanılmayacaktır. Katılımınızdan dolayı teşekkür ederim.

Araştırmacı

Kazım Bağcı

1. Araştırmada görüşülen kişi
A) Anne () Öz () Üvey() B) Baba () Öz () Üvey()
2. Çocuğun yaşı.....
3. Cinsiyeti K..... E.....
4. Uyruğu.....
5. Annenin yaşı.....
6. Babanın yaşı.....
7. Sağlık güvencesi.....,
8. Aile Tipi
A. Çekirdek aile B. Geniş aile
9. Annenin eğitim durumu
a) Okuryazar değil

- b) Okur yazar
- c) İlkokul
- d) Ortaokul
- e) Lise
- f) Üniversite

10. Babanın eğitim durumu.....

- a) Okuryazar değil
- b) Okur yazar
- c) İlkokul
- d) Ortaokul
- e) Lise
- f) Üniversite

11. Çocuğun kardeş sayısı.....

12. Hasta çocuk kaçınıcı çocuk

13. Ekonomik durum

- a) Gelir gidere eşit
- b) Gelir giderden az
- c) Gelir giderden yüksek

14. Acil servise başvuru

sebebiniz?.....

15. Hekim Tanısı.....

16. Bu sorunla ilgili daha önce başka bir yere başvurduunuz mu?

a)Evet b)Hayır (Kendimiz evde bazı uygulamalar yaptık (neler gibi.....))

17. Evetse nereye başvurduunuz?

- a. Devlet Hastanesi polikliniği (acil ya da çocuk polikliniği)
- b. Özel hastane
- c. Üniversite hastanesi
- d. Geleneksel tıp uygulamaları.....
- ...

24. Evetse ne kadar endişelendiniz

Çok fazla

Çok fazla değil

25. Endişe kaynağınız nedir, belirtiniz.....

EK-5 Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği

| | | Katılmıyorum | Katılıyorum | Pek katılmıyorum | Biraz katılıyorum | Katılıyorum | Tamamen katılıyorum |
|----|--|--------------|-------------|------------------|-------------------|-------------|---------------------|
| 1 | Sağlıklı olmak bir şans işidir | | | | | | |
| 2 | Anneler, çocuklarının hasta olmasını engelleyemezler | | | | | | |
| 3 | Çocuğum, kötü şans nedeni ile hasta oluyor | | | | | | |
| 4 | Anneler başkalarının değil, yalnızca doktorun dedi yapmalıdır | | | | | | |
| 5 | Hastalıklar çocuklar içindir | | | | | | |
| 6 | Hastalanmamak tamamıyla şans işidir | | | | | | |
| 7 | Çocuğunu hastalanmaktan korumak, annenin görevidir | | | | | | |
| 8 | Doktor ve hemşire, çocuğu hasta olmaktan korur | | | | | | |
| 9 | Annelerin, çocuklarının sağlıklı olması konusunda yapacağı çok az şey vardır | | | | | | |
| 10 | Kazalar, çocuklar içindir | | | | | | |

| | | | | | | | |
|----|---|--|--|--|--|--|--|
| 11 | Anneler çocukları hasta olduğunda, hastalıkla mü için bir çok şey yapabilir | | | | | | |
| 12 | Diş hekimleri, çocukların sadece dişine bakar | | | | | | |
| 13 | Çocuklar, büyüklerinin sözlerini dinledikleri sürece s kalırlar | | | | | | |
| 14 | Yaralanan çocuk, doğruca doktora götürülmelidir | | | | | | |
| 15 | Okuldaki kazaların önlenmesinde, öğretmenlerde olabilir | | | | | | |
| 16 | Çocukların sağlıklı olması konusunda, anneler yapacakları şeyler vardır | | | | | | |
| 17 | Çocuğum hastalanırsa; sağlık personeli dışındaki ki bana ne yapacağımı söylemelerini beklerim | | | | | | |
| 18 | Çocuğum hastalanırsa; onu doğruca doktora götürürü | | | | | | |
| 19 | Çocukların sağlıklı dişlere sahip olup olmama annelerin de yapacakları vardır | | | | | | |
| 20 | Anneler, çocuklarının kaza geçirmelerini gen önleyebilir | | | | | | |

9.ÖZGEÇMİŞ

Adı soyadı : Kazım BAĞCI
Doğum tarihi/yeri : 13.06.1987/ Karaman
İş adresi : Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Yazışma adresi : Tablakaya mahallesi Yeni Bağlar Caddesi 13/8 Talas/Kayseri.
Lisans eğitimi : Erzincan Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü
Yüksek lisans : Bozok-Kırıkkale Üniversitesi Ortak Program Hemşirelik AD.
İş deneyimi : Erciyes Üniversitesi Hastaneleri, Hemşire, Mart 2013 (halen)
Yabancı dil : İngilizce(YÖKDİL 81.25) (YDS 58.75)