

**T.C.**  
**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**KOLCABA’NIN KONFOR KURAMI’NA TEMELLENEN  
HEMŞİRELİK BAKIMININ SÜNNET OLAN ÇOCUK VE  
EBEVEYNLERİNİN KONFOR SONUÇLARINA ETKİSİ:  
RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA**

Fahriye PAZARCIKCI

DOKTORA TEZİ

2020-ANTALYA

**T.C.**  
**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**KOLCABA’NIN KONFOR KURAMI’NA TEMELLENEN  
HEMŞİRELİK BAKIMININ SÜNNET OLAN ÇOCUK VE  
EBEVEYNLERİNİN KONFOR SONUÇLARINA ETKİSİ:  
RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA**

Fahriye PAZARCIKCI

DOKTORA TEZİ

**DANIŞMAN**  
**Prof. Dr. Emine EFE**

Bu tez Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından TDK-2019-4806 proje numarası ile desteklenmiştir.

“Kaynakça gösterilerek tezinden yararlanılabilir”

2020-ANTALYA

**Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;**

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programında doktora tezi olarak kabul edilmiştir. 28/04/2020

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Emine EFE  
Akdeniz Üniversitesi

İmza  


Üye : Prof. Dr. Kamile KABUKCUOĞLU  
Akdeniz Üniversitesi



Üye : Prof. Dr. Ayşegül İŞLER DALGIÇ  
Akdeniz Üniversitesi



Üye : Prof. Dr. Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKCI  
Atatürk Üniversitesi



Üye : Prof. Dr. Emine GEÇKİL  
Necmettin Erbakan Üniversitesi



Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun ...../...../..... tarih ve ...../..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Narin DERİN

Enstitü Müdürü

## ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Öğrencinin

Arş. Gör. Fahriye PAZARCIKCI

İmza

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Emine EFE

İmza

## TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim süresince akademik bilgisi ve hümanistik yaklaşımı ile bana yol gösteren, gelişimim için emek veren, yolumu aydınlatan, motivasyonumu artıran saygıdeğer danışman hocam Prof. Dr. Emine EFE'ye,

Doktora eğitimim süresince bilgi ve deneyimleri ile bana ilham veren, tez izlem jürimde yer alarak tezime katkı sağlayan saygıdeğer hocam Prof. Dr. Ayşegül İŞLER DALGIÇ'a,

Tez izlem jürimde yer alarak tezimin olgunlaşmasına katkı sağlayan aynı zamanda yaşama dair önemli kazanımlar edindiren saygıdeğer hocam Prof. Dr. Kamile KABUKCUOĞLU'na,

Doktora eğitimim süresince bana yol arkadaşlığı eden değerli dostum Ayla KAYA'ya,

Bir telefon kadar yakınımda hissettiğim Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü çalışanlarına,

Tezin uygulama sürecinde katılım göstererek bu çalışmanın tamamlanmasına hayati katkı sağlayan çocuk ve ebeveynlere,

Her daim arkamda olduklarını bildiğim abim Ali ÇELİK'e, annem ve babam Hayriye ve Ahmet ÇELİK'e,

Yaşamıma anlam katan sevgili oğullarım Abdulkadir Musab ve Muaz Enes PAZARCIKCI'ya,

Sonsuz sevgi ve anlayışla her zaman yanımda olan ve desteğini her daim özümde hissettiğim sevgili eşim Tahir PAZARCIKCI'ya sevgi ve saygıyla sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

## ÖZET

**Amaç:** Bu araştırmanın amacı, Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na temellenen hemşirelik bakımının sünnet olan çocuk ve ebeveynlerinin konfor sonuçlarına; çocukların konforlarının artırılması, kaygı, korku, ağrılarının azaltılması, ebeveynlerinin kaygılarının azaltılması, bakım memnuniyetlerinin artırılmasına etkisini belirlemektir.

**Yöntem:** Randomize kontrollü, deneysel, çift kör olan çalışma, Isparta ilinde bulunan bir hastanede Haziran-Eylül 2019 tarihleri arasında, girişim grubunda 52 çocuk ve ebeveyni, kontrol grubunda 46 çocuk ve ebeveyni ile gerçekleştirilmiştir. Girişim grubuna Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na temellenen; standart bakım girişimleri, ameliyat hazırlık eğitimi, boyama ve bulmaca girişimi, ödüllendirme girişimi, tele izlem ve danışmanlık girişimlerinin birleşiminden oluşan konfor odaklı bakım girişimleri (KOBaG) protokolü ile uygulanan hemşirelik bakımı verilmiştir. Kontrol grubu, klinikte rutin uygulanan hemşirelik bakımı almıştır. Sonuç ölçümleri için çocuklarda; Konfor Davranışları Kontrol Listesi, Çocuk Anksiyete Skalası-Durumluluk, Çocuk Korku Ölçeği, Görsel Kıyaslama Ölçeği, ebeveynlerde; Spielberger Durumluluk Kaygı Ölçeği, PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği kullanılmıştır. Hipotezler için tanımlayıcı istatistikler, bağımsız gruplarda t testi ve tekrarlı ölçümler için ANOVA testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na temellenen hemşirelik bakımı sonrasında, gruplara ve ölçüm zamanlarına göre girişim grubunda bulunan çocukların lehine konfor, kaygı, korku; ebeveynlerin lehine kaygı ve bakım memnuniyeti puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Ancak çocukların ağrı puanları arasında gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Sonuç:** Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na temellenen hemşirelik bakımının uygulanabilir olduğu, sünnet olan çocukların konforlarını artırmada, kaygı ve korkularını azaltmada, ebeveynlerinin kaygılarını azaltmada ve bakım memnuniyetlerini artırmada etkili olduğu belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** erkek sünneti, hemşirelik bakımı, Kolcaba'nın Konfor Kuramı, konfor, pediatrik cerrahi

## ABSTRACT

**Objective:** This study aims to determine how nursing care based on Kolcaba's Comfort Theory affects comfort results of male circumcised children and their parents. The effects also included increasing the child's level of comfort and decreasing their concern, fear, and pain, as well as, decreasing parents' concerns and increasing their care satisfactions.

**Method:** This randomized controlled experimental double-blinded study was conducted at a hospital in Isparta between June and September 2019 with 52 children and their parents in the intervention group and 46 children and their parents in the control group. The intervention group was provided nursing care practiced with comfort-oriented care interventions (COCaI) including standard care interventions, pre-operative training, coloring and puzzle intervention, rewarding intervention, telemonitoring and consulting interventions. The control group received routine nursing care practiced in the clinic. Children's data were evaluated using the Comfort Behaviors Checklist, Children's State Anxiety, Children's Fear Scale, Visual Analog Scale. Parents' data were evaluated through Spielberger's State-Trait Anxiety Scale, PedsQL Health Care Satisfaction Scale. Descriptive statistics, independent samples t-test, and ANOVA test in the repetitive measurements were used for the hypotheses.

**Results:** Following nursing care based on Kolcaba's Comfort Theory, a significant difference was detected between comfort, concern, and fear scores of the children in the intervention group in favor of the children, as well as concern and care satisfaction scores of the parents in favor of the parents according to groups and measurement times ( $p < 0.05$ ). However, no significant difference was found between groups in terms of children's pain scores ( $p > 0.05$ ).

**Conclusion:** Nursing care based on Kolcaba's Comfort Theory was found to be practical and effective in increasing circumcised children's level of comfort, decreasing parents' and children's concerns, and increasing their care satisfaction.

**Key words:** male circumcision, nursing care, Kolcaba's Comfort Theory, comfort, pediatric surgery

## İÇİNDEKİLER

<b>ÖZET</b>	i
<b>ABSTRACT</b>	ii
<b>İÇİNDEKİLER</b>	iii
<b>TABLolar DİZİNİ</b>	viii
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b>	ix
<b>SİMGELER ve KISALTMALAR</b>	x

### 1. GİRİŞ

1.1.	Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2.	Araştırmanın Amacı	2

### 2. GENEL BİLGİLER

2.1.	Erkek Sünnetinin Tanımı ve Sıklığı	3
2.2.	Erkek Sünnetinin Nedenleri	4
2.2.1.	Erkek Sünnetinin Dini Nedenleri	4
2.2.2.	Erkek Sünnetinin Kültürel ve Sosyal Nedenleri	5
2.2.3.	Erkek Sünnetinin Tıbbi Nedenleri	6
2.2.4.	Erkek Sünnetinin Kozmetik Nedenleri	8
2.3.	Erkek Sünnetinin Tıbbi Faydaları	8
2.4.	Erkek Sünnetinin Endikasyonları	10
2.5.	Erkek Sünnetinin Kontrendikasyonları	10
2.6.	Erkek Sünnetinde Anestezi Yöntemleri	10
2.7.	Sünnet Yöntemleri	11
2.8.	Erkek Sünnetinin Komplikasyonları	12
2.9.	Erkek Sünneti ve Günübirlük Cerrahi	12
2.10.	Günübirlük Cerrahide İyileştirici Bakım Çevresi Oluşturulması	13
2.11.	Katharine Kolcaba'nın Konfor Kuramı	14
2.11.1.	Konfor Kavramı	14
2.11.2.	Konfor Kuramı'nın Gelişmesinde Etkili Olan Faktörler	16
2.11.3.	Konfor Kuramı'nın Temel Varsayımları	19



2.12.	Sünnet Olan Çocuk ve Ebeveynlerinde Konfor Kuramı'na Temellenen Hemşirelik Bakımı	20
2.12.1.	Sünnet Olan Çocuk ve Ebeveynlerinde Konforun Fiziksel Boyutu	20
2.12.2.	Sünnet Olan Çocuk ve Ebeveynlerinde Konforun Psikospiritüel Boyutu	25
2.12.3.	Sünnet Olan Çocuk ve Ebeveynlerinde Konforun Çevresel Boyutu	28
2.12.4.	Sünnet Olan Çocuk ve Ebeveynlerinde Konforun Sosyokültürel Boyutu	29
<b>3.</b>	<b>GEREÇ ve YÖNTEM</b>	
3.1.	Araştırmanın Türü	31
3.2.	Araştırmanın Yeri ve Zamanı	31
3.3.	Araştırmanın Evren ve Örneklemi	32
3.3.1.	Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	33
3.3.2.	Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	35
3.3.3.	Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri	35
3.3.4.	Araştırmaya Katılan Çocuk ve Ebeveynlerin Tanıtıcı Özellikleri	35
3.4.	Araştırmanın Değişkenleri	37
3.5.	Araştırmanın Hipotezleri	38
3.6.	Araştırmanın Randomizasyonu	40
3.7.	Araştırmanın Körlemesi ve Yanlılığın Önlenmesi	41
3.8.	Veri Toplama Araçları	41
3.9.	Araştırmanın Etik Yönü	45
3.10.	Araştırmanın Hazırlık Aşaması	46
3.11.	Girişim Grubuna Uygulanan Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na Temellenen Hemşirelik Bakımının İçeriği	46
3.12.	KOBaG Protokolü	49
3.12.1.	Standart Bakım Girişimleri	50
3.12.2.	Ameliyat Hazırlık Eğitimi	50
3.12.3.	Boyama ve Bulmaca Girişimi	58

3.12.4.	Ödüllendirme Girişimi	59
3.12.5.	Tele İzlem ve Danışmanlık	61
3.13.	Kontrol Grubuna Uygulanan Rutin Hemşirelik Bakımının İçeriği	62
3.14.	Araştırmanın Ön Uygulaması	62
3.15.	Araştırma Verilerinin Toplanması	63
3.16.	Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi	66
3.17.	Araştırmanın Güçlü Yanları ve Sınırlılıkları	68
<b>4. BULGULAR</b>		
4.1.	Çocukların Konfor Düzeylerinin Karşılaştırılması	70
4.2.	Çocukların Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması	72
4.3.	Çocukların Korku Düzeylerinin Karşılaştırılması	75
4.4.	Çocukların Ağrı Düzeylerinin Karşılaştırılması	78
4.5.	Ebeveynlerin Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması	81
4.6.	Ebeveynlerin Bakım Memnuniyeti Düzeylerinin Karşılaştırılması	84
<b>5. TARTIŞMA</b>		
5.1.	Çocukların Konfor Düzeylerinin Tartışılması	87
5.2.	Çocukların Kaygı Düzeylerinin Tartışılması	90
5.3.	Çocukların Korku Düzeylerinin Tartışılması	93
5.4.	Çocukların Ağrı Düzeylerinin Tartışılması	96
5.5.	Ebeveynlerin Kaygı Düzeylerinin Tartışılması	98
5.6.	Ebeveynlerin Bakım Memnuniyeti Düzeylerinin Tartışılması	102
<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER</b>		
6.1.	Sonuçlar	104
6.2.	Öneriler	104
<b>KAYNAKLAR</b>		106
<b>EKLER</b>		
EK-1.	Aydınlatılmış Onam Formu	

- EK-2. Çocuk ve Ailesini Tanıtıcı Bilgiler Formu
- EK-3. Konfor Davranışları Kontrol Listesi (KDKL)
- EK-4. Çocuk Anksiyete Skalası-Durumluluk (ÇAS-D)
- EK-5. Çocuk Korku Ölçeği (ÇKÖ)
- EK-6. Görsel Kıyaslama Ölçeği (Vizuel Analog Skala-VAS)
- EK-7. Spielberger Durumluk Kaygı Ölçeği
- EK-8. PedsQL Sağlık Bakımı Ebeveyn Memnuniyet Ölçeği Ebeveyn Raporu Versiyon 3.0
- EK-9. Öykü Kitabı'nın İçeriğinin ve Uygunluğunun Değerlendirilmesi
- EK-10. Yazılı Eğitim Materyalinin Okuryazarlık Yönünden Uygunluğunun Değerlendirilmesi
- EK-11. Eğitim Kitapçığı'nın Kapsam Geçerlik Oranının Değerlendirilmesi
- EK-12. Tele İzlem ve Danışmanlığın Değerlendirilmesi
- EK-13. Intention-To-Treat (ITT) Analizi ile Elde Edilen Araştırma Bulguları
- EK-14. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onayı
- EK-15. Isparta İl Sağlık Müdürlüğü'nden Alınan Kurum İzni
- EK-16. Oyun Terapisi Uygulayıcı Sertifikası
- EK-17. Veri Toplama Araçlarının Kullanım İzinleri
- EK-18. Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na Temellenen Hemşirelik Bakımının İçeriği
- EK-19. Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na Temellenen Hemşirelik Bakımı ve Beklenen Konfor Çıktıları
- EK-20. Terapötik Oyun Temelli Ameliyat Hazırlık Eğitimi İçeriği
- EK-21. Yazılı Eğitim Materyali İle Ameliyat Hazırlık Eğitimi İçeriği
- EK-22. Tele İzlem ve Danışmanlık Girişiminin İçeriği
- EK-23. Sünnet Operasyonu Planlanan Çocuğunuzun Bakımı Eğitim Kitapçığı
- EK-24. Ahmet'in Sünnet Macerası Öykü Kitabı

EK-25. Ahmet'in Sünnet Macerası Boyama ve Bulmaca Kitabı

**ÖZGEÇMİŞ**

214



## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 2.1.</b>	Konfor Kuramı'nın Taksonomik Yapısı	17
<b>Tablo 3.1.</b>	Girişim ve Kontrol Grubundaki Çocukların Tanıtıcı Özellikleri	35
<b>Tablo 3.2.</b>	Girişim ve Kontrol Grubundaki Ebeveynlerin Tanıtıcı Özellikleri	36
<b>Tablo 3.3.</b>	Ateşman'a Göre Okunabilirlik Düzeyleri ve Katsayıları	53
<b>Tablo 3.4.</b>	Uzman Sayısına Göre Kapsam Geçerlik Oranlarının Minimum Değerleri	57
<b>Tablo 3.5.</b>	Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Analizler	67
<b>Tablo 4.1.</b>	Gruplara ve Ölçüm Zamanlarına Göre Çocukların Konfor Düzeyleri	70
<b>Tablo 4.2.</b>	Gruplara ve Ölçüm Zamanlarına Göre Çocukların Kaygı Düzeyleri	72
<b>Tablo 4.3.</b>	Gruplara ve Ölçüm Zamanlarına Göre Çocukların Korku Düzeyleri	75
<b>Tablo 4.4.</b>	Gruplara ve Ölçüm Zamanlarına Göre Çocukların Ağrı Düzeyleri	78
<b>Tablo 4.5.</b>	Gruplara ve Ölçüm Zamanlarına Göre Ebeveynlerin Kaygı Düzeyleri	81
<b>Tablo 4.6.</b>	Gruplara Göre Ebeveynlerin Bakımı Memnuniyeti Düzeyleri	84

## ŞEKİLLER DİZİNİ

<b>Şekil 3.1.</b>	Çalışma Öncesi Yapılan Güç Analizi	33
<b>Şekil 3.2.</b>	Araştırmanın CONSORT Akış Şeması	39
<b>Şekil 3.3.</b>	Girişim ve Kontrol Grubunun Randomizasyonu	40
<b>Şekil 3.4.</b>	KOBaG Protokolü	49
<b>Şekil 3.5.</b>	Ameliyat Hazırlık Eğitimlerinin Yapıldığı Hasta İşlemleri Odası	51
<b>Şekil 3.6.</b>	Amigurumi Bebek ve Tıbbi Oyuncaklar	54
<b>Şekil 3.7.</b>	Günübirlik Cerrahi Hazırlık Odası	59
<b>Şekil 3.8.</b>	Üstün Cesaret Madalyası ve Ödüllendirme Girişimleri	60
<b>Şekil 3.9.</b>	Araştırmanın İş Akış Planı	64
<b>Şekil 3.10.</b>	Araştırmanın Kavramsal Kuramsal Deneysel Yapısı (CTE: Conceptual-Theoretical-Empirical)	65
<b>Şekil 4.1.</b>	Gruplara ve Ölçüm Zamanlarına Göre Çocukların Konfor Düzeylerindeki Değişimi Gösteren Çizgi Grafiği	71
<b>Şekil 4.2.</b>	Gruplara ve Ölçüm Zamanlarına Göre Çocukların Kaygı Düzeylerindeki Değişimi Gösteren Çizgi Grafiği	74
<b>Şekil 4.3.</b>	Gruplara ve Ölçüm Zamanlarına Göre Çocukların Korku Düzeylerindeki Değişimi Gösteren Çizgi Grafiği	77
<b>Şekil 4.4.</b>	Gruplara ve Ölçüm Zamanlarına Göre Çocukların Ağrı Düzeylerindeki Değişimi Gösteren Çizgi Grafiği	80
<b>Şekil 4.5.</b>	Gruplara ve Ölçüm Zamanlarına Göre Ebeveynlerin Kaygı Düzeylerindeki Değişimi Gösteren Çizgi Grafiği	83

## SİMGELER ve KISALTMALAR

<b>AAP</b>	: Amerikan Pediatri Akademisi
<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>ÇAS-D</b>	: Çocuk Anksiyete Skalası-Durumluluk
<b>ÇKÖ</b>	: Çocuk Korku Ölçeği
<b>CTE</b>	: Conceptual-Theoretical-Empirical (Kavramsal- Kuramsal- Deneysel)
<b>HIV</b>	: İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü
<b>HPV</b>	: Human Papilloma Virüsü
<b>IASP</b>	: Uluslararası Ağrı Araştırmaları Birliği
<b>ITT</b>	: Intention to Treat
<b>KDKL</b>	: Konfor Odaklı Bakım Girişimleri
<b>NANDA</b>	: North American Nursing Diagnosis Association (Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği)
<b>SDKÖ</b>	: Spielberger Durumluk Kaygı Ölçeği
<b>SPSS</b>	: Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket)
<b>TDK</b>	: Türk Dil Kurumu
<b>VAS</b>	: Görsel Kıyaslama Ölçeği (Vizüel Analog Skala)
<b>WHO</b>	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Sünnet, çocukluk çağında en sık uygulanan cerrahi işlemdir (<http://pediatrics.aappublications.org/content/103/3/686>, Erişim tarihi: 04 Nisan 2019). Dünya üzerinde 15 yaş ve üzeri erkeklerin %30-33'ünün (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241596169/en/>, Erişim tarihi: 05 Ocak 2020), ülkemizde ise neredeyse %100'ünün sünnetli olduğu tahmin edilmektedir (İzgi, 2014). Oldukça geniş bir nüfusu ilgilendiren sünnet, stres verici, travmatik, olumsuz etkileri olabilen bir deneyimdir (Ramos ve Boyle, 2001; Yavuz ve ark., 2012; Hammond ve Reiss, 2018).

Sünnet olan çocuklarda, konforda bozulma sıklıkla muzdarip olunan olumsuz bir durumdur (<http://pediatrics.aappublications.org/content/103/3/686>, Erişim tarihi: 04 Nisan 2019). Özellikle çocukların sünnet hakkında yanlış bilgilendirilmeleri ya da hiç bilgilendirilmemeleri, bu süreçte kontrol ve otonomilerini kaybetmeleri, ağlayan başka çocuklarla karşılaşmaları, ebeveynlerinden ayrılıp, alışık oldukları güven verici ortamdan uzaklaşmaları, ağrı, kaygı ve korku deneyimlemeleri konforlarının bozulmasını körükleyebilmektedir (Corduk ve ark., 2012; Yavuz ve ark., 2012; Sancar ve ark., 2016; Chang ve ark., 2017). Yapılan çalışmalarda, sünnet olan çocukların konforlarının bozulmasının cerrahi sonrası davranış problemleri oluşturabilecek, psikolojik gelişimlerini etkileyebilecek, iyileşme hızında uzamaya neden olabilecek etkide olduğu belirtilmektedir (Ramos ve Boyle, 2001; Yavuz ve ark., 2012; Hammond ve Reiss, 2018). Literatürde, sünnet olma yaşına bağlı çocuklarda kastrasyon korkusu görülebileceği de bildirilmekte ve sünnetin fallik dönemde uygulanmaması tavsiye edilmektedir (Öztürk, 2004; Yılmaz ve ark., 2008; Yavuz ve ark., 2012). Ancak ülkemizde sünnet operasyonlarının yaklaşık yarısının 4-7 yaş aralığında uygulandığı belirtilmektedir (Şahin ve ark., 2003; Üstüner Top ve ark., 2008; Yavuz ve ark., 2012). Ayrıca tıbbi prosedürlerden duyulan rahatsızlığın, 4-7 yaş aralığındaki çocuklarda daha ileri gelişim dönemindeki çocuklara göre daha yüksek düzeyde görüldüğü de bildirilmektedir (Caprilli ve ark., 2007; Caprilli ve ark., 2012; James ve ark., 2012; Bice ve ark., 2018). Bu sebepler ile 4-7 yaş aralığında sünnet olan çocuklara, konforda bozulmaya neden olabilecek



fiziksel, emosyonel, sosyokültürel ve çevresel bu etkenler ile baş edebilmeleri için konfor odaklı bir hemşirelik bakımı uygulanmasına gereksinim bulunmaktadır.

Araştırmalar, yalnızca çocukların değil ebeveynlerinin de sünnet operasyonundan olumsuz etkilenebildiğini göstermektedir (Tural ve Bolışık, 2015; Chang ve ark., 2017). Ebeveynler çocuklarının acı duyacağı, anestezinin olumsuz bir etkisinin olabileceği ya da beklenmeyen bir yan etki gelişebileceği endişesi ile operasyon sürecinde kaygı yaşayabilmektedirler (Tural ve Bolışık, 2015; Chang ve ark., 2017; Andsoy ve Alsawi, 2018; Bartık ve Törüner, 2018; Rabbitts ve ark., 2018). Ebeveynlerin yaşadıkları kaygı, çocuğun kaygısını artırabilmektedir (Bartık ve Törüner, 2018). Ebeveynin kaygı düzeyi azalır, çocuğuna daha iyi destek olabilir. Bu destek çocuğun iyileşme sürecini hızlandırabilir ve postoperatif analjezik ihtiyacını azaltabilir (Frisch ve ark., 2010; Ahmed ve ark., 2011).

Konfor Kuramı, bakım alıcıların sorunlarının daha sistematik görülebilmesini ve daha kolay plan yapılabilmesini sağlayan bir hemşirelik modelidir (Kolcaba ve DiMarco, 2005). Modelin amacı, bireyin fiziksel, mental, sosyal, çevresel, spiritüel ve emosyonel sağlık bakım gereksinimlerini karşılamak, kaygı, korku ve ağrısını azaltmak, konfor düzeyini, sağlık sonuçlarını iyileştirmek ve bakım memnuniyeti düzeyini artırmaktır (Kolcaba, 2003; Kolcaba ve DiMarco, 2005; Bice ve ark., 2018; Lafond ve ark., 2019). Yapılan literatür incelemesinde, çocuklarda farklı gruplarda Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na temellenen hemşirelik bakımının bakım sonuçlarına olan olumlu etkileri araştırmalar ile gösterilmiştir (Sharma ve ark., 2016; Ebrahimpour ve Hoseini, 2018; Bice ve ark., 2019; Sharma, 2019). Ancak Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na temellenen hemşirelik bakımının sünnet olan çocuk ve ebeveynlerinin konfor sonuçlarına etkisini belirlemek için yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmanın amacı, Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na temellenen hemşirelik bakımının sünnet olan çocuk ve ebeveynlerinin konfor sonuçlarına; çocukların konforlarının artırılması, kaygı, korku ve ağrılarının azaltılması, ebeveynlerinin kaygılarının azaltılması, bakım memnuniyetlerinin artırılmasına etkisini belirlemektir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Erkek Sünnetinin Tanımı ve Sıklığı

Erkek sünneti, prespiyum adı verilen sünnet derisinin cerrahi olarak alınması ve glans penisin ortaya çıkarılması işlemidir ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75954/1/9789241504355\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75954/1/9789241504355_eng.pdf?ua=1), Erişim tarihi: 10 Ocak 2019). Geleneksel, dini, estetik, hijyenik ve sağlıkla ilişkili nedenlerle uygulanabilen erkek sünneti, dünyada çocukluk çağında en sık uygulanan, en eski cerrahi girişimdir (Thomas ve Tulgar, 2017; Piontek ve Albani, 2019). Tarihte bilinen ilk erkek sünnetinin milattan önce 2.300 yıllarında Mısır uygarlığında uygulanmış olduğu yönünde kanıtlar bulunmaktadır. Bununla birlikte, bazı antropologlar sünnetin farklı kültürlerce ve birbirinden bağımsız olarak milattan önceki on binli yıllardan bu yana uygulandığını ileri sürmektedir (Zampieri ve ark., 2008).

Dünya üzerinde her üç erkekten biri sünnetlidir ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43749/1/9789241596169\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43749/1/9789241596169_eng.pdf), Erişim tarihi: 10 Ocak 2019). Dünya Sağlık Örgütü (2007), dünyada her yıl yaklaşık 13.3 milyon erkeğin sünnet edildiğini, 15 yaş ve üzeri erkeklerin %30-33'ünün sünnetli olduğunu rapor etmiştir. Bu raporda, sünnetli erkeklerin yaklaşık üçte ikisinin Müslüman (yaklaşık %69'u), %0,8'inin Yahudi, %13'ünün Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde ve %5'inin diğer ülkelerde yaşayan Müslüman veya Yahudi olmayan erkeklerden oluştuğu bildirilmiştir (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241596169/en/>, Erişim tarihi: 05 Ocak 2020). Mısır, Fas, İran, Pakistan, Filipinler, İsrail gibi dini ve geleneksel nedenlerle sünnetin uygulandığı ülkelerde sünnetli erkek prevalansı %95'in üzerindedir ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43749/1/9789241596169\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43749/1/9789241596169_eng.pdf), Erişim tarihi: 10 Ocak 2019). Türkiye'de ise erkeklerin neredeyse tamamı sünnetlidir (İzgi, 2014).

Dünyada, erkeklerin dışında kadınlarında sünnet edildiği bilinmektedir. Dünyada, 200 milyondan fazla kadının sünnetli olduğu ve her yıl yaklaşık 2 milyon kız çocuğunun bu uygulamaya maruz kaldığı tahmin edilmektedir (<https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/>, Erişim tarihi: 10 Ocak 2019). Kadın genital mutilasyonu olarak adlandırılan kadın sünneti, terapötik sebepler dışında, kadın dış genital organlarının bir kısmının ya da tamamının çıkarılması veya kadın genital

organlarına herhangi bir şekilde zarar verilmesini içeren tüm işlemleri kapsamaktadır (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>, Erişim tarihi: 10 Ocak 2019). Dünyada kadın sünneti; Somali, Mısır, Etiyopya, Nijerya, Sudan, Kenya, Burkina Faso, Endonezya, Senegal, Jibuti, Lübnan, Irak, İran başta olmak üzere 30 Afrika, Orta Doğu ve Asya ülkesinde uygulanmaktadır (<https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/>, Erişim tarihi: 10 Ocak 2019). Türkiye’de rapor edilmiş bir kadın sünneti olgusuna rastlanmadığı bildirilmektedir (Verit ve ark., 2002; Sözer ve ark., 2017).

## **2.2. Erkek Sünnetinin Nedenleri**

Erkek sünnetinin, dini, kültürel ve sosyal, tıbbi ve kozmetik nedenler ile uygulanabildiği bilinmektedir (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43749/1/9789241596169.eng.pdf>, Erişim tarihi: 10 Ocak 2019).

### **2.2.1. Erkek Sünnetinin Dini Nedenleri**

Sünnet, Yahudi dininde tanrının emri olarak algılanmaktadır. Yahudi dininin kutsal kitabı Tevrat’ta sünnetin; Hz. İbrahim ile Yaratıcı arasında yapılan bir sözleşme olduğu, gerçek Yahudi olabilmesi için erkek yenidoğanın, doğumdan sonraki sekizinci günde sünnet edilmesi gerektiği bildirilmektedir. Tevrat’ta, Yaratılış 17:10’da Yaratıcı kullarına, “Aranızdaki tüm erkekler sünnet olmalıdır” diye buyurmaktadır. Erkek sünneti günümüzde de bu toplumda yoğun olarak uygulanmaya devam etmektedir. Cerrahi becerisi ve dini bilgisi olan Mohel denilen kişiler tarafından sünnet uygulaması gerçekleştirilmekte ve sünnet geleneği sürdürülmektedir (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43749/1/9789241596169.eng.pdf>, Erişim tarihi: 10 Ocak 2019).

Sünnet, Araplarda İslamiyet dininden önce İbrahimi inançları gereği uygulanan eski bir gelenektir. İslamiyet’de ise sünnet, Kur’an’da açıkça bahsedilmemiş olmasına rağmen, Hz. Muhammed’in hadislerinden hareketle, erkeklerde Müslüman olmanın bir alameti olarak görülmüştür. Müslümanlar sünneti uygulayan en büyük dini gruptur. Özellikle 7. yüzyıldan itibaren İslamiyet’in küresel yayılımıyla birlikte, erkek sünneti küresel olarak kabul edilmiştir (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43749/1/9789241596169.eng.pdf>, Erişim tarihi: 10 Ocak 2019). İslamiyet dininde sünnet için açıkça belirlenmiş bir yaş yoktur. Hz. Muhammed’in (SAV) erken yaşlarda sünneti tavsiye ettiği, doğumla

ergenlik öncesi dönem arasında herhangi bir yaşta sünnetin uygulandığı bilinmektedir (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43749/1/9789241596169.eng.pdf>, Erişim tarihi: 10 Ocak 2019; Zampieri ve ark., 2008).

Sünnet uygulamasına Hristiyanlık dininde de rastlanmaktadır. Geçmişte Hristiyanlık dininde erkek sünneti dini bir zorunluluk olarak algılanmakta iken Hristiyanlığa geçişi zorlaştırmamak adına bu uygulama zorunluluk olmaktan çıkarılmıştır. Havarilerin sünneti “gereksiz” bulmaları, “bedenin değil kalbin sünnetli olması” gerektiği yönünde yapılan açıklamalar, Hristiyanlar arasındaki sünnet oranlarını azaltmıştır (Kılıç ve Karagözlü Akgül, 2017).

### **2.2.2. Erkek Sünnetinin Kültürel ve Sosyal Nedenleri**

Sünnet, dünyadaki birçok etnik grupça, Afrika’daki birçok toplumda, Avustralyalı Aborjinlerde, Amerika’daki Astek ve Mayalarda, Filipinler ve Doğu Endonezya’nın sakinleri arasında, Yakın Doğu’da, Pasifik ve Polinezya adalarında, Hindistan ve Güney Doğu Asya’daki müslümanlar arasında geleneksel olarak uygulanmaktadır (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43749/1/9789241596169.eng.pdf>, Erişim tarihi: 10 Ocak 2019; Zampieri ve ark., 2008).

Sünnetin, geçmişte Mısır toplumunda gencin ağrı üzerindeki hakimiyetini gösterip, yetişkinliğe adım atması için bir sınav olarak görüldüğü bildirilmektedir (Gollaher, 2000). Avustralyalı Aborjinler arasında sünnetsiz erkeklerin ruhsal olarak “kirli” olarak kabul edildiği ve sünnet edilmemiş erkeklerin elinden kimsenin yiyecek kabul etmediği belirtilmektedir (Zampieri ve ark., 2008). Tractenberg (1999) ABD’de erkek sünnetinin, Amerikan halkını hijyenik, temiz, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan ve ilişkili kanserlerden arınmış, mastürbasyondan korunmuş, “seçkin insanlara” dönüştürme hayalinin bir parçası olarak, hekimlerin biliç dışı yönelimleri sebebiyle gerçekleştirildiğini iddia etmiştir. Türkiye’de yapılan bazı çalışmalarda dini ve kültürel özellikler nedeniyle sünnetsiz erkeklerin kendilerini eksik ve kusurlu olarak hissettikleri, sünnetsiz olmaktan utanç duydukları, sünnetsiz erkeğin stigmaya maruz kalabildiği ve bu sosyal baskıdan kaçınmak için sünnet olmayı kendilerinin isteyebildiği belirtilmiştir (Şahin ve ark., 2003; Kırımlı ve ark., 2009; Büyükünäl, 2015). Mavundla ve arkadaşları (2010) Güney Afrika’da yaptıkları kalitatif çalışmada (n=14) sünnetsiz olmanın toplum tarafından red

edilme ve saygı görmeme nedeni olduğunu, sünnetsiz erkeklerin toplum, kendi aileleri, arkadaşları ve eşleri tarafından damgalandıklarını bildirmişlerdir.

Sünnetin nasıl ortaya çıktığını açıklamaya çalışan bir teoride; sünnetin cinsel özelliği ve cinsel hazzı azaltarak bireyin veya toplumun “arınmasını” sağlamanın bir yolu olarak uygulandığı ileri sürülmüştür. Teoride, bazı toplumlarda cinsellik ve cinsel hazzın kirli, aşağılık, insanı günaha iten, saf olmayan bir duygu olarak kabul edildiği ve bireyi arındırmak için cinsel hazzı sağlayan parçanın kesilmesi gerektiğine olan inanç nedeni ile sünnetin uygulandığı vurgulanmıştır. Teoriye göre, “birey dünya hayatında arınırsa, ölümden sonraki hayatta kutsal olabilir” algısı sünnetin kabul görmesini artırmıştır (Zampieri ve ark., 2008). Başka bir teoride; sünnetin “hijyen” için uygulanmaya başlanan bir cerrahi olduğu iddia edilmiştir. Bazı toplumlarda, eski çağlarda iç çamaşırı giyilmediği, bundan dolayı penisin kirlenmesi, sünnet derisi altına mikroorganizmaların birikmesi ve bedensel temizliğin sağlanamamasının söz konusu olduğu vurgulanmıştır. Teoriye göre, “temiz toplum” isteği sünnetin uygulanmasını artırmıştır (Kılıç ve Karagözlü Akgül, 2017). Sünnetin tanrıya sunulan bir çeşit kurban olduğu, kuraklığa karşı tanrıdan bol ürün istemek için uygulanmaya başlandığı, kuraklık nedeniyle artan göçlerle de tüm dünyaya yayıldığı bir başka teoride ileri sürülmüştür (Morris ve ark., 2012; Keskin, 2017). Ek olarak, sünnetin ataerkil toplumsal yapının bir göstergesi olduğu ve günümüzde sünnetin devam etmesinin, eski ataerkil eğilimlerin güçlü şekilde devam etmesinden kaynaklandığı da vurgulanmıştır (Zampieri ve ark., 2008; Keskin, 2017). Tüm bu bilgiler, sünnetin kültürel ve sosyal boyutunun önemine dikkat çekmektedir.

### **2.2.3. Erkek Sünnetinin Tıbbi Nedenleri**

Tıbbi nedenlerle yapılan erkek sünnetinin yaygınlaşması, Remondino'nun 1900'lü yıllarda sünnetin tıbben yararlı bir girişim olduğunu açıkladığı çalışması ile hız kazanmıştır. Çalışmada, alkolizm, epilepsi, astım, enürezis, fitik ve gut gibi bazı hastalıklardan korunmada sünnetin etkin bir uygulama olduğu bildirilmiştir (Morris ve ark., 2014). Ek olarak 1900'lü yıllarda yapılan çalışmalarda sünnetin, cinsel problemler, aşırı mastürbasyon, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, alt ıslatma, gece terörü gibi durumlar için de koruyucu olduğu bildirilmiştir (Dunsmuir ve Gordon, 1999). Bu olumlu etki Gairdner'in 1950'li yıllarda rutin sünneti sorguladığı, prespiyumun özelliklerini ve

önemini vurguladığı ve prosedürün çocuklarda ağrı ve rahatsızlık hissi oluşturan, tıbbi faydası kesin olmayan, uzun süreli olumsuz etkiler oluşturabilen, gereksiz bir cerrahi girişim olduğunun ileri sürüldüğü çalışmaların yayımlanmasına kadar devam etmiştir (Morris ve ark., 2014). Bu çalışmaların etkisiyle 20. yüzyılın ilk yarısında, İngiltere, Kanada ve ABD’de pediatri dernekleri rutin sünneti tavsiye etmekten vazgeçmiştir. Sonuç olarak, sünnetin olumsuz algılanmaya başlanması ile 20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren bazı toplumlarda (ABD, Kanada, İngiltere) tıbbi sünnet oranları dramatik olarak düşüşe geçmiştir (Dunsmuir ve Gordon, 1999).

1990’lı yıllarda sünnet işleminin çocuklarda idrar yolu enfeksiyonunu (İYE) belirgin olarak düşürdüğü saptanması ile tıbbi sünnet tekrar gündeme gelmiştir. Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) 1999 yılında yayımladığı raporunda, sünnet politikasını güncellemiş, sünnet kararını ebeveynlere bırakan tarafsız, nötr bir konum almıştır (<http://pediatrics.aappublications.org/content/103/3/686>, Erişim tarihi: 10 Ocak 2019). Son 20 yıldır ise sünnetin yararlarının olası risklerini ya da olumsuz etkilerini aştığı fikri kabul görmektedir (<http://pediatrics.aappublications.org/content/103/3/686>, Erişim tarihi: 04 Nisan 2019). Dünya Sağlık Örgütü ve Birleşmiş Milletler HIV/AIDS Programı 2007 yılında, insan immün yetmezlik virüsünü (HIV) önleme programı kapsamında, düşük sünnet ve yüksek HIV prevalansına sahip Doğu ve Güney Afrika’da gönüllü tıbbi erkek sünnetinin uygulanması ve yaygınlaşması için önemli yatırımlar yapmıştır (<https://www.who.int/hiv/pub/malecircumcision/fast-tracking-male-circumcision/en/>, Erişim tarihi: 10 Ocak 2019). AAP (2012) erkek sünnetine yönelik hazırladığı son raporunda, rutin sünneti tavsiye edecek yeterlilikte kanıt olmasa da mevcut kanıtların sünneti tercih eden ailelerin sünnete erişim hakkının desteklenmesi için yeterli olduğunu vurgulamıştır. Raporda, sünnetin uygun ağrı kontrolü ile steril koşullarda, sosyal güvence kapsamında ve sağlık çalışanlarınca ebeveynlere sünnetin yararlarının ve risklerinin yeterince anlatılarak yapılması gerektiğinin önemi vurgulanmıştır (<http://pediatrics.aappublications.org/content/103/3/686>, Erişim tarihi: 04 Nisan 2019). Morris ve arkadaşları (2014), AAP’nin son raporunun etkisiyle ABD’deki tıbbi sünnet oranlarının artacağını tahmin ettiklerini bildirmişlerdir.

#### **2.2.4. Erkek Sünnetinin Kozmetik Nedenleri**

Sünnet, kozmetik nedenlerle de uygulanabilmektedir. Özellikle ABD’de kozmetik nedenlerle uygulanan sünnete sık rastlanmaktadır (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241596169/en/>, Erişim tarihi: 05 Ocak 2020). Yang ve arkadaşları (2013) estetik nedenlerle sünnet olmayı tercih eden genç yetişkin erkekler ile yaptığı çalışmalarında, genç yetişkin erkeklerin sünnetli penisin görünümünü olumlu algılamaları ile ereksiyon güveninde artış arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir.

#### **2.3. Erkek Sünnetinin Tıbbi Faydaları**

Epidemiyolojik çalışmalarda sünnetli erkeklerin sünnetsiz erkeklere göre üriner sistem enfeksiyonu geçirme risklerinin düşük olduğu bildirilmektedir (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43749/1/9789241596169.eng.pdf>, Erişim tarihi: 10 Ocak 2019). Singh-Grewal ve arkadaşları (2005) sünnetli ve sünnetsiz erkek çocuklarda İYE sıklığını karşılaştırdıkları, 402.908 çocuğu kapsayan, randomize kontrollü ve kohort 12 araştırmanın dahil edildiği sistematik derleme çalışmasında, sünnetin idrar yolu enfeksiyonu riskini önemli ölçüde azalttığını (%87,9) bildirmişlerdir. Morris ve Wiswell (2013), sünnetli ve sünnetsiz erkeklerde yapılan 22 çalışmanın dahil edildiği sistematik derleme ve metaanaliz çalışmasında, yaşam boyu İYE’ye yakalanma riskini sünnetsiz erkeklerde %32.1, sünnetlilerde ise %8.8 olarak saptamışlardır. Dünya Sağlık Örgütü (2010), sünnetli erkeklere göre sünnetsiz erkeklerde İYE riskinin 10 kat daha yüksek olduğunu rapor etmiştir.

Sünnetli erkeklerde HIV bulaş riskinin, sünnetsiz erkeklere göre daha düşük olduğu ve bildirilmektedir (Cao ve ark., 2015; <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43749/1/9789241596169.eng.pdf>, Erişim tarihi: 10 Ocak 2019). Bailey ve arkadaşları Kenya’da (2007), Gray ve arkadaşları Uganda’da (2012) sünnetli ve sünnetsiz erkekler arasında HIV heteroseksüel geçişi arasındaki farkı araştırdıkları çalışmalarında, sünnetin erkeklerde HIV geçişini %50-60 oranında azalttığını bulmuşlardır. Gray ve arkadaşları (2012), yaptıkları ilk çalışmadan üç yıl sonra tekrarladıkları çalışma sonucunda, sünnetin üçüncü yılın sonunda HIV bulaş riskine karşı koruyucu etkisinin %73’e çıktığını belirlemişlerdir. Bailey ve arkadaşları (2007) ise sünnetin HIV heteroseksüel geçişi üzerindeki koruyucu

etkisinin 42. ayda en üst seviye ulaştığını bildirmişlerdir. Issı ve arkadaşları (2018), HIV enfeksiyonlarının yoğun olduğu bölgelerde, her 1000 erişkin erkek sünnetinin 20 yıl içinde her iki cinste gelişebilecek 308 HIV enfeksiyonunu önleyeceğini belirtmişlerdir.

Sünnetli erkeklerde genital human papilloma virüs (HPV) enfeksiyonu riskinin sünnetsiz erkeklere göre daha düşük düzeyde olduğu bildirilmektedir (Larke ve ark., 2011a). HPV kadınlarda servikal kanser, erkeklerde penis kanseri ve her iki cinste anal kanser ve genital siğillerle ilişkilidir (Morris ve ark., 2014). Rodríguez-Álvarez ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan meta-analiz çalışmasında (n=18.106) sünnetin HPV'ye karşı koruyucu olduğu bildirilmiştir. Albero ve arkadaşlarının (2012), 21 çalışmayı dahil ettikleri, 8.046 sünnetli ve 6.336 sünnetsiz erkeği kapsayan meta-analiz çalışmasında sünnetin erkeklerde HPV enfeksiyon riskini %43 oranında azalttığını belirlemişlerdir.

Sünnetli erkeklerde penis kanseri riskinin sünnetsiz erkeklere göre daha düşük düzeyde olduğu bildirilmektedir (Alkhenizan ve Elabd, 2016). Penis kanserine Sahra altı Afrika ülkelerinde (Zimbabve 1.6/100.000; Uganda 2.7/100.000; Swazilve 3.2/100.000) daha sık rastlanmaktadır (Kestel ve ark., 2018). Madsen ve arkadaşları (2008), fimozis ve penis kanseri arasında ilişki olduğunu ve fimozisli çocukların sünnetle tedavisinin penis kanserine yakalanma riskini azalttığını saptamışlardır. Larke ve arkadaşları (2011b) ise çalışmalarında, çocukluk ya da adölesan dönemde yapılan sünnetin özellikle penis invaziv skuamoz karsinom riskini azalttığını ancak geçirilmiş fimozis öyküsü olmayan çocuklarda bu etkinin gözlenmediğini belirtmişlerdir.

Bazı çalışmalarda sünnetin erkeklerde prostat kanserine karşı koruyucu etki oluşturduğu bildirilmektedir (Wright ve ark., 2012; Spence ve ark., 2014). Ancak Dave ve arkadaşları (2018), prostat kanserinin bilinen pek çok hazırlayıcı faktörle ilişkili olduğunu, sünnet ve prostat kanseri arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığını bildirmişlerdir.

Randomize kontrollü çalışmalardan ve diğer çalışmalardan elde edilen verilerde, cinsel partneri sünnetli olan kadınların servikal kansere yakalanma riskinin diğerlerine göre daha düşük düzeyde olduğu bildirilmektedir (Sorokan ve ark., 2015; Morris ve ark., 2019). Ayrıca araştırmalarda cinsel partneri sünnetli olan kadınlarda, Trichomonas vaginalis, bakteriyel vajinit ve genital ülser hastalığına yakalanma riskinin de azaldığı



bildirilmektedir (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43749/1/9789241596169.eng.pdf>, Erişim tarihi: 10 Ocak 2019; Morris ve ark., 2019). Ek olarak, cinsel partneri sünnetli olan kadınlarda, gonore, Mycoplasma genitalium, dizüri veya vajinal enfeksiyon riski azalmaktadır (Morris ve ark., 2019).

### **2.3. Erkek Sünnetinin Endikasyonları**

Sünnetin kesin tıbbi endikasyonları; patolojik ve fizyolojik fimozis, parafimozis, penis travmaları, tekrarlayan balanit ve balanopostittir (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241596169/en/>, Erişim tarihi: 05 Ocak 2020).

### **2.5. Erkek Sünnetinin Kontrendikasyonları**

Sünnet, sünnet derisinin kullanılabileceği dış genital anomalisi olan çocuklarda (hipospadias, epispadias, çökük penis, webbed penis, megalouretra, kordi, penoskrotal füzyon) ve prematüre bebeklerde kontrendikedir (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241596169/en/>, Erişim tarihi: 05 Ocak 2020).

### **2.6. Erkek Sünnetinde Anestezi Yöntemleri**

Sünnette doğru anestezi ve analjeziyi sağlamak oldukça önemlidir. Ancak henüz her çocuk için uygun olacak, standart ve mükemmel bir anestezi yöntemi tariflenememiştir. Sünnette uygulanacak anestezi yöntemine; çocuğun yaşı, kilosu, fizik muayene sonuçları, hastane koşulları, cerrahın ve anestezi hekiminin tecrübeleri ve fikirleri, çocuk ve cerrah arasındaki iletişim göz önünde bulundurularak karar verilmektedir (Yağmur, 2018; Turgut ve Özdemir, 2019).

Lokal anestezi, genellikle yenidoğan döneminde tercih edilmektedir. Ancak yenidoğanlarda, sitokrom B5 redüktaz enzimi %50 oranında düşüktür. Bu nedenle lokal anestezik ajanlar methemoglobinemiye indükleyebilmektedir. Bu nedenle yenidoğanlarda sünnet işleminin, lokal anestezi dozuna dikkat edilerek ve olası yan etkilere karşı gerekli önlemler alınarak uygulanması tavsiye edilmektedir (Kestel ve ark., 2018).

Güncel çalışmalarda yenidoğan sünneti sırasında anestezikli kremler, dorsal penil bloğu ya da penis köküne ring bloğu ile nonfarmakolojik yöntem kombinasyonlarının (besleyici olmayan emme, tatlı solüsyonlar vb.) birlikte uygulanması tavsiye edilmektedir

(Henderson, 2014; <http://pediatrics.aappublications.org/content/103/3/686>, Erişim tarihi: 04 Nisan 2019). Dorsal penil bloğu, lokal anestezi ajanının penis kökünün her iki yanına, scarpa fasiası altına enjekte edilmesi şeklinde uygulanan, 12 saate kadar uzayabilen postoperatif analjezi sağlayan bir yöntemdir. Ring blok ise lokal anestezi ajanının penis tabanı veya daha distaline çevresel şekilde enjekte edilmesini içeren uygulamadır (Turgut ve Özdemir, 2019).

Sünnette genel anestezi, büyük çocuklarda cerrahi işlemin daha uzun olması, hemostaz gerekliliği, korkunun ve anksiyetenin elimine edilmesi ve böylece psikolojik olumsuz etkilerden çocuğun korunması amacıyla tavsiye edilmektedir (Ekinci, 2017; <http://pediatrics.aappublications.org/content/103/3/686>, Erişim tarihi: 04 Nisan 2019). Postoperatif bulantı, kusma, ağrı, ajitasyon ve çok nadir de olsa ölüm riski içermesi önemli dezavantajları arasında sayılmaktadır (Turgut ve Özdemir, 2019). Genel anestezi yöntemlerinin postoperatif analjezi sağlama için dorsal penil bloğu ya da penis köküne ring bloğu gibi bir yöntem ile kombine edilerek uygulanması tavsiye edilmektedir (Yağmur, 2018).

## 2.7. Sünnet Yöntemleri

Temel olarak sünnet yöntemleri üç ana grupta sınıflandırılabilir. Bu yöntemler;

- Açık cerrahi yöntem (Sleeve Tekniği, Dorsal-Ventral Slit Tekniği, Giyotin)
- Özel sünnet klempleri (Gomco Klemp, Mogen Klemp, Plastibell, Doyen Ekrazörü, Winkelman Klemp)
- Diatermik Knife (Giyotin prensibi + özel bir klemp ile termal enerji veren bir kesici aletin kombinasyonundan oluşan, özellikle kanama diyatezi bulunan çocuklar için tercih edilen yöntem) ile sünnettir (Eroğlu ve ark., 2005; Şencan ve ark., 2015; Özkan ve ark., 2019).

Sünnette yöntem tercihi genellikle cerrahın deneyimi ve alışkanlıkları ile ilişkilidir. Bununla birlikte, hastanın yaşı da tercih edilen yöntemi etkilemektedir. Sıklıkla yenidoğanlarda Gomco, Plastibell ve Mogen klemp, daha büyük yaş grubunda ise açık cerrahi yöntemlerin tercih edildiği rapor edilmektedir (Eroğlu ve ark., 2005; Şencan ve

ark., 2015; [https://aidsfree.usaid.gov/sites/default/files/sa\\_mmc\\_guidelines.pdf](https://aidsfree.usaid.gov/sites/default/files/sa_mmc_guidelines.pdf), Erişim tarihi: 04 Ocak 2020).

## **2.8. Erkek Sünnetinin Komplikasyonları**

Erkek sünnetinde komplikasyon gelişme olasılığı yaklaşık %0,2-6'dır (Gün Sosyal, 2017). Weiss ve arkadaşları (2010) 46 makaleyi gözden geçirdikleri sistematik derleme çalışmasında, sünnet sonrası yan etki oranının ortalama %6 olduğunu ve ciddi yan etki görülmesinin nadir olduğunu bildirmişlerdir. Sünnetin uzman kişilerce, hijyenik ortamda ve yeterli analjezi ile uygulanmasının yan etki oranlarını düşürdüğü rapor edilmiştir (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241596169/en/>, Erişim tarihi: 05 Ocak 2020).

Erkek sünnetinde en sık görülen yan etkiler kanama ve enfeksiyondur. Diğer yan etkiler ise meatus ülserasyonu, üriner retansiyon, sünnet sonrası fimozis, alerjik reaksiyon, penis başı yaralanması, penis cildinin fazla kesilmesi, yetersiz sünnet, ciltte yara dokusu oluşumu, idrar deliğinde yaralanma ve peniste eğriliktir (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241596169/en/>, Erişim tarihi: 05 Ocak 2020).

## **2.9. Erkek Sünneti ve Günübürlük Cerrahi**

Ülkemizde sünnet operasyonlarının uzun bir dönem “sünnetçi” olarak tabir edilen, kimi zaman sağlık personeli dahi olmayan kişilerce, ev ortamında, uygun olmayan şartlarda uygulandığı bilinmektedir (Aydın, 2017). Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı 2007 yılında sünnet operasyonlarını sosyal güvence kapsamına almıştır (T.C. Resmi Gazete: Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği. 25 Mart 2010, Sayı: 27532). Sağlık Bakanlığı ise 2015 yılında sünnet işleminin sadece tabiplerce yapılması konusunda bir genelge yayımlamıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 23 Mart 2015, Yayın No: 54567092/045). Böylece, ev ortamında, uygun olmayan şartlarda yapılan geleneksel sünnet, yerini sağlık kurumlarında gerçekleştirilen sünnete bırakmıştır. Günümüzde ise sünnet operasyonları genellikle basit ve kısa ameliyat olarak kabul edilmeleri nedeniyle günübürlük cerrahi kliniklerinde gerçekleştirilmektedir (Çilingir ve Bayraktar, 2006; Aydın, 2017).

Günübirlik cerrahi, operasyon için uygunluğu önceden belirlenen hastanın planlı olarak ameliyata alınması ve ameliyat sonrası yatış gerektirmeden aynı gün taburcu edilmesi esasına dayanan bir cerrahi prosedürdür (Gürol ve Binici, 2017). Dünyada yaklaşık 60 yıldan beri günübirlik cerrahi ameliyatları yapılmaktadır. Son 20 yılda büyük gelişme göstermiştir. 2000’li yıllardan bu yana, Avrupa devletlerinde elektif cerrahilerin %65’inin, ABD’nde ise %75’inin günübirlik cerrahi olarak uygulandığı bildirilmektedir (Quemby ve ark., 2013). Gelecekte de ABD’de elektif cerrahi uygulamalarının %85’inin günübirlik cerrahi yöntemle gerçekleştirileceği varsayımı öne sürülmektedir (Aksoy, 2012).

Günübirlik cerrahinin, kısa sürede bilincin kazanılması, erken mobilizasyonu sağlması, hastanede kalma süresini, enfeksiyon riskini ve personel ihtiyacını azaltması, kaynakların etkin ve verimli şekilde kullanımını desteklemesi, ekonomik olması, hasta ve yakınları için daha az stres oluşturması, beslenme düzenini ve aile sürecini daha az etkilemesi ve hasta memnuniyetini artırması gibi avantajları bulunmaktadır (Çilingir ve Bayraktar, 2006; Aksoy, 2012; Quemby ve ark., 2013; Gürol ve Binici, 2017). Bununla birlikte, hastaların cerrahi girişim günü hastaneye yatması ve aynı gün taburcu olmaları hastanede sınırlı zaman geçirmelerine neden olarak, sağlık profesyonelleri ile hasta ve yakınları arasındaki etkileşimin azalması problemini ortaya çıkarmıştır. Özellikle hemşirenin hastayı ön değerlendirme olanağı azalmıştır. Hemşire, ameliyat öncesi hastanın fizyopsikolojik hazırlığının, taburculuk planının, evdeki bakım hazırlığının yapılması için hasta ve yakınları ile yeterli zaman geçirememektedir. Ek olarak, günübirlik cerrahide hasta postoperatif erken saatlerde taburcu olduğu için bakım kesintiye uğramakta, hastanın taburculuk sonrası evde bakımı sağlık personeli olmayan kişiler tarafından sağlanmaktadır. Bu faktörler günübirlik cerrahinin dezavantajları olarak sayılabilir ve hasta ve yakınlarının konforlarının etkilenmesine neden olabilir (Çilingir ve Bayraktar, 2006; Aksoy, 2012; Gürol ve Binici, 2017).

## **2.10. Günübirlik Cerrahide İyileştirici Bakım Çevresi Oluşturulması**

İnsanlar çevreleriyle etkileşim halindedir ve sağlık/iyilik halleri çevre koşullarından etkilenmektedir. İyileşme; fiziksel, mental, sosyal, ruhsal ve çevresel olarak yaşanan bir dönüşüm sürecidir. İyileştirici çevre ise bireyin tüm yönlerini (psikolojik, fizyolojik,

davranışsal ve tıbbi) kapsayan bir sistem ve alandır. İyileştirici çevrenin amacı, bireyin doğal iyileşme kapasitesini, ilişki ve çevresini destekleyen ve geliştiren koşulları sağlamaktır. Hemşirelik, bireye en iyi ortamı sağlayarak iyileşmesine katkı sağlayan etkinlikler bütünüdür. Bu bağlamda bireylere bakım sürecinde iyileştirici bakım çevresi oluşturmak hemşirelerin temel görevleri arasındadır (Boz, 2018).

İyileştirici bakım çevresi, günübürlük cerrahinin dezavantajlarını azaltmak, hasta ve yakınlarının fiziksel, duygusal, manevi ve tıbbi alanlarına yönelik konfor ve iyiliklerinin sürdürülmesini desteklemek için gerekli yaklaşımlardan biridir (Ergenoğlu ve Aytuğ, 2007; Boz, 2018). Günübürlük cerrahide oluşturulacak iyileştirici çevre dışsal, davranışsal, kişilerarası ve içsel olmak üzere dört boyutta ele alınabilir. Günübürlük cerrahide oluşturulacak dışsal çevre ile iyileşme alanının oluşturulması, duyuşal girdilerin artırılması ve ekolojik sürdürülebilirliğin teşvik edilmesi sağlanabilir. Renklerin seçimi, rahatlatıcı ışık, aroma, hava, müzik, ses, çevre dostu malzemeler, sanat, mimari, oyun alanı, yeşil alan ve doğanın terapötik dokuda tasarlanması dışsal çevre boyutu içerisinde ele alınan unsurlardır. Günübürlük cerrahide davranışsal çevre tamamlayıcı terapileri uygulama, sağlıklı yaşam stilini uygulama, sağlık alışkanlıklarını geliştirme, bakımı artırma yaklaşımları ile sağlanabilir. Bunun için egzersiz, gevşeme, bütüncül, birey/aile merkezli ve kültüre duyarlı bakış açısı gerekmektedir. Günübürlük cerrahide iyileştirici kişilerarası çevre boyutu, kişilerarası bakımı çoğaltma, iyileştirici ilişkiler geliştirme, iyileştirici ilişkileri kurum kültürüne yayma, iyileştirici organizasyonlar geliştirmeyi kapsamaktadır. Ekip çalışması, iletişim, empati, şefkat, sosyal destek, liderlik ve teknoloji iyileştirici kişilerarası çevre boyutunda öne çıkan kavramlardır. Günübürlük cerrahide içsel çevre ise farkındalığı artırma, iyileşme isteğini geliştirme, kişisel bütünlüğü deneyimleme ve bütünlüğü artırma yolları ile sağlanabilir. İçsel çevrenin öne çıkan kavramları beklenti, anlama, umut, inanç, akıl, beden, ruh ve enerjidir (Ergenoğlu ve Aytuğ, 2007; Chuang ve Chiou, 2009; Boz, 2018).

## **2.11. Katharine Kolcaba'nın Konfor Kuramı**

### **2.11.1. Konfor Kavramı**

Konfor, Fransızca “confort” sözcüğünden köken almıştır ve Türk Dil Kurumu (TDK) tarafından “günlük hayatı kolaylaştıran maddi rahatlık” şeklinde tanımlanmaktadır

(<https://sozluk.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 12 Ocak 2020). Türkçe’de “konfor” ve “rahatlık” kelimeleri eř anlamlı sözcükler olarak kullanılmaktadır. TDK’na göre rahatlık sözcüğü “znts, sıkıntısı, tedirginliği olmama durumu, rahat” ve “yorgunluk veya sıkıntı vermeme durumu” olarak tanımlanmaktadır (<https://sozluk.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 12 Ocak 2020).

Konfor, İngilizce’de “ağrıyı dindirmek”, “znty kederi azaltmak”, “sıkıntıdan uzaklaştırmak”, “rahatlayan Şey veya bir kişi”, “rahatlık durumu”, “sessizce zevk almak”, “zntden uzak olma”, “yaşamı kolaylaştıran herhangi bir Şey”, “mit edici, neşelendirici Őeylerle üzüntünün, ızdırabın azaltılması” gibi anlamlara gelmektedir (Erdemir ve ırlak, 2013).

Uluslararası platformda yaygın olarak kullanılan hemşirelik tanılama terminolojisi olan NANDA’ya (The North American Nursing Diagnosis Association) göre konfor, mental, fiziksel veya sosyal iyilik ya da rahatlık duygusudur (Betty ve ark., 2018).

Konfor, hemşirelik bakımının ayrılmaz, önemli bir parçasıdır (Lafond ve ark., 2019). Hemşirelik biliminde “konfor” kavramı pek çok hemşire kuramcı tarafından ele alınmıştır. Konfordan hemşireliğin yazılı kaynaklarında ilk söz eden Florence Nightingale’dır (Kolcaba, 2003). Konfor, Hildegard E. Peplau’nun kuramında temel bir gereksinim olarak ele alınırken, Roy’un Adaptasyon Modeli’nde psikolojik konfordan bahsedilmiştir. Ida Jean Orlando kuramında, fiziksel ve mental konforu değerlendirmeden, konforu artıran durumlardan bahsetmiştir. Watson İnsan Bakım Kuramı’nda konforu, bakımın bir değişkeni olarak ele almıştır (Erdemir ve ırlak, 2013). Konfor Kuramı’nı geliştiren Katharine Kolcaba tarafından ise konfor, “bireyin bakım gereksinimleri ile ilgili yardım, huzur sağlama ve sorunların üstesinden gelebilme durumuna ilişkin fiziksel, psikospiritüel, sosyal ve çevresel bütünlük içerisinde kompleks yapıya sahip, beklenen bir bakım çıktısı, sonucu” olarak tanımlanmıştır (Kolcaba, 2003; Erdemir ve ırlak, 2013).

Sonuç olarak konfor, yalnızca bireyin fiziksel rahatlığı ya da yeterli ağrı kontrolü değildir. Konfor, bireyin zihinsel rahatlığını da kapsayan hemşireliğin arzulanan bir sonucudur (Lafond ve ark., 2019).

### **2.11.2. Konfor Kuramı'nın Gelişmesinde Etkili Olan Faktörler**

Katharine Kolcaba, Hemşirelik Fakültesi'nden 1965 yılında mezun olduktan sonra, uzun yıllar dahili ve cerrahi hastalıklar hemşireliği, yatağa bağımlı hasta ve evde bakım hizmetleri hemşireliği alanlarında çalışmış ve bakımın beklenen bir sonucu olarak konforu teoriselleştirmiştir (Karabacak ve Potur, 2017). Rahatlama işlevi üzerine temellendirdiği teorisini 1990'larda orta düzey bir hemşirelik modeli (middle range theory) olarak geliştirmiştir (Kolcaba, 2003; March ve McCormack, 2009).

Katharine Kolcaba, konfor ile ilgili çalışmalar yaparak konforun kavram olarak analizini, boyutlarını, bakımın çıktısı olarak konforu şekillendirmiş ve teorisini girişimsel çalışmalarla test etmiştir (Karabacak ve Potur, 2017). Kolcaba, 2003 yılında *Comfort Theory and Practice: A Vision For Holistic Care and Research* (Konfor Kuramı ve Uygulama: Bütüncül Sağlık Bakımı ve Araştırma İçin Bir Görüş) isimli kitabını yayımlamıştır. Kitabında kuramının taksonomik yapısını konfor düzeyleri ve konfor boyutları olmak üzere iki aşamada açıklamıştır (Kolcaba, 2003). Konfor Kuramı'nın taksonomik yapısı Tablo 2.1.'de sunulmuştur.

**Tablo 2.1.** Konfor Kuramı'nın taksonomik yapısı

Konfor Düzey ve Boyutları	1. AŞAMA: Konfor Düzeyleri		
	<i>Ferahlama:</i> Bireyin konfor gereksinimleri karşılanmaya başladığında sıkıntıdan kurtulması ile hissettiği durumdur.	<i>Rahatlama:</i> Sakinlik, hoşnutluk, huzur ya da rahatlık durumudur.	<i>Üstünlük:</i> Bireyin sorunlarının üstesinden gelebilmesi durumudur.
2. AŞAMA: Konfor Boyutları	<b><i>Fiziksel Konfor:</i></b> Bedensel duyularla ilgilidir. Dinlenme, gevşeme, beslenme, hidrasyon düzeyi, normal boşaltım ve eliminasyon, homeostatik mekanizmalar, ağrı, yeterli oksijen saturasyonu, bağışıklık fonksiyonu, bulantı ve kusma gibi fizyolojik faktörleri içerir.		
	<b><i>Psikosprituél Konfor:</i></b> Bilişsel, duygusal ve ruhsal bileşenlerle ilgilidir. Benlik saygısı, bireyin korku ve kaygıları, kimlik, cinsellik gibi kendine ilişkin farkındalık durumu, var oluşa ait inancı, yüce varlıklarla ilişkisi konusundaki anlayışını içerir.		
	<b><i>Çevresel Konfor:</i></b> Bireyin dışsal çevresi ile ilgilidir. Sıcaklık, ışık, gürültü, koku, mobilyalar, çocuğun yaşına uygun neşeli battaniye ve nevresimler, renkler, manzara, mahremiyetin korunmasını içerir.		
	<b><i>Sosyokültürel Konfor:</i></b> Bireyin aile ve toplumsal ilişkilerini, aile geleneklerini, ritüellerini, dini uygulamalarını ve sosyal destek sistemlerini içerir.		

Katharine Kolcaba, kuramının gelişim sürecinde dört temel felsefi görüşten etkilendiğini, bu felsefi görüşleri kendi kuramında ilişkilendirip, kendi kuramını ve kuramında yer alan alt kavramları geliştirdiğini bildirmiştir (Kolcaba, 2003). Bu felsefi görüşler;



**Holizm (Bütüncüllük):** Kuramsal yapının çatısı “holizm” ile örülmüştür. Holizm kavramına göre, birey fiziksel yapısıyla iç içe olan mental, spiritüel ve emosyonel yaşantılarının toplamından oluşur. Birey, kompleks uyaranlara karşı bütüncül yanıtlar verir. Birey yaşamını sürdürebilmek için tüm ortamlarda bu bütünlüğü sürdürmek zorundadır. Verilen yanıtın bütüncüllük içinde değerlendirilmesi, ayrı ayrı değerlendirilmesinden daha değerlidir (Kolcaba 2003; Karabacak ve Acaroğlu, 2011; Ocakçı ve Alpar, 2013).

**İnsan Gereksinimleri:** Kolcaba, insan gereksinimleri kavramını geliştirirken, Henderson’un “Temel İnsan Gereksinimleri” kuramından etkilenmiştir. Bireyin gereksinimlerinin karşılanmasında bireye özgü bütüncül bakımın sürdürülmesi, bireysel ve kültürel öğelerin dikkate alınması önemlidir (Yücel, 2011).

**Baskı Kuramı:** Kolcaba’nın kuramını geliştirirken etkilendiği bir başka felsefi görüş Murray’ın İnsanda Baskı Kuramıdır. Murray’ın İnsanda Baskı Kuramı’na göre, insanda baskı oluşturan uyaranlar “alfa baskısı” ve “beta baskısı” olarak ikiye ayrılır.

Alfa baskısı, negatif güçler, pozitif güçler ve etkileşim içinde olan güçler olarak üçe ayrılmaktadır. Negatif güçler (zorlayıcı), bireyin karşılanmamış sağlık bakım gereksinimleridir. Pozitif güçler (kolaylaştırıcı) bireyin sağlık bakım gereksinimlerinin hemşirelik girişimleri ile karşılanmasıdır. Etkileyen güçler ise bireyin içinde bulunduğu sağlık durumunu etkilen tüm değişkenlerdir (yaş, cinsiyet, çevre, emosyonel durum vb). Beta baskısı ise alfa baskısında yer alan güçlerin birey tarafından algılanmasıdır. Artan konfor algısı, bireyin stresini azaltır, seçtiği sağlıklı geliştirici davranışları uygulayabilme konusundaki gücünü artırır. Sağlığı geliştirici davranışları uygulama konusunda güçlenen bireyin bakım memnuniyeti artar (Kolcaba, 2003; Yücel, 2011; Ocakçı ve Alpar, 2013).

**Üç Orta Düzey Hemşirelik Modeli:** Kolcaba, kuramının teorisel çatısını oluştururken bazı hemşire teorisyenlerin modellerinden yararlandığını bildirmektedir (Kolcaba, 2003; Karabacak ve Potur, 2017).

**Orlando’nun Etkileşim Kuramı:** Etkileşim teorisinde hasta, gereksinimleri olan ve bu gereksinimler karşılanmadığı zaman sıkıntı yaşayan birey olarak, hemşire ise hastaların

sağlık bakım gereksinimlerini değerlendirerek yaşadıkları sıkıntıları giderebilecek kişi olarak tanımlanmaktadır. Kolcaba, Orlando'nun hasta ve hemşire tanımlarından yola çıkarak, bireyin gereksinimleri karşılanınca yaşayacağı ilk duygunun, ferahlama “sıkıntıdan kurtulma” olacağını fark etmiş ve ferahlamayı konforun ilk düzeyi olarak belirlemiştir (Kolcaba 2003; Karabacak ve Potur, 2017).

**Henderson'un Temel İnsan Gereksinimleri Kuramı:** Bu kuramda insanın mevcut homeostatik dengesinin sürdürülmesi için 14 temel insan gereksinimi tanımlanmıştır. Bunlar; normal solunum, yeterli beslenme, boşaltım, hareket ve pozisyon verme, dinleme ve uyku, uygun giyim, beden ısısını normal düzeyde sürdürme, cilt hijyeni ve bütünlüğünü sağlama, başkalarına zarar vermekten ve çevreden gelen tehlikelerden korunma, iletişim kurma, inanışa göre ibadet etme, çalışma, eğlence, normal gelişme, öğrenme, keşfetme ve merakını gidermedir (Karadağ ve ark., 2017). Kolcaba, kuramında konforun ikinci düzeyi olarak “rahatlama” kavramını açıklamıştır. Rahatlama aşamasında konforu sağlamak ve sürdürmek için gerekli yapıların oluşması gerektiği üzerinde durmuştur. Kolcaba'ya göre, sağlık bakım ortamları Henderson'un tanımladığı 14 temel insan gereksinimine yanıt verecek şekilde düzenlenir ve bu gereksinimler karşılanırsa bireyde rahatlama düzeyinde konfor oluşabilir (Dowd, 2002; Ocakçı ve Alpar, 2013).

**Paterson ve Zderad'ın Hümanistik Hemşirelik Kuramı:** Kurama göre konfor, hemşireliğin doğası ile etkileşimde olan bir yapıdır. Kuramda konfor, bir şemsiyeye benzetilmektedir. Bu şemsiyenin büyüme, sağlık ve özgürlük gibi kavramları altında barındırdığı ifade edilmektedir. Kuramda “Hastalar, zorlandıkları durumların üstesinde hemşirelerin yardımı ile gelirler” düşüncesi vurgulanmaktadır. Kolcaba bu düşünceden etkilenecek kuramında konforun üçüncü düzeyi olan “üstünlük” kavramını açıklamıştır. Kolcaba, bireylerin konfor gereksinimleri eksiksiz karşılanırsa, bireylerin sorunlarının üstesinden gelebileceğini, üstünlük düzeyinde konforlarının karşılanacağını açıklamıştır (Karabacak ve Acaroğlu, 2011; Ocakçı ve Alpar, 2013).

### 2.11.3. Konfor Kuramı'nın Temel Varsayımları

- İnsanlar, kompleks uyaranlara karşı bütüncül yanıtlar verirler.
- Konfor, hemşirelik bakımının hedeflenen bir çıktısıdır.

- Konfor, temel bir insan gereksinimidir. Birey konfor gereksinimini kendisi karşılayamıyorsa, bu gereksinimler başkası tarafından karşılanmalıdır.
- Artan konfor, bireyi seçtiği sağlığı geliştirici davranışları uygulaması için güçlendirir.
- Sağlığı geliştirici davranışları uygulaması için güçlenen bireyin bakımı memnuniyeti artar (Kolcaba, 2003).

## **2.12. Sünnet Olan Çocuk ve Ebeveynlerinde Konfor Kuramı'na Temellenen Hemşirelik Bakımı**

Konforda bozulma; fiziksel, psikospiritüel, çevresel, sosyal ve kültürel alanlarda üstünlük, rahatlık ve huzurdan yoksun olma durumudur (Betty ve ark., 2018). Konforda bozulma; anksiyete, korku, dinlenememe, soğuk ya da sıcaklık hissi, rahatsızlık hissi, sıkıntı hissi, açlık, kaşıntı, hoşnutsuzluk, huzursuzluk gibi subjektif özellikler ve ağlama, inleme, iç çekme, irritabilite, yerinde duramama gibi objektif özellikler ile tanımlanabilir (Betty ve ark., 2018). Ayrıca ağrı, bulantı, durumsal ya da düşük benlik saygısı, işlevsiz aile süreçleri, aile sürecinde kesintiye uğrama, sosyal izolasyon, kronik keder, manevi sıkıntı hemşirelik tanıları ile hastalık semptomları, çevresel yetersizlik ya da kontrol kaybı, kaynakların yetersizliği (finansal, sosyal destek vb.), mahremiyet eksikliği, tehlikeli çevresel uyaranlar, tedavi rejimi, parlak ışık, kötü koku, gürültülü çevre, çok sıcak ya da soğuk ortam, nemli kırışik yatak takımları gibi faktörler ile de tanımlanabilir (Betty ve ark., 2018).

### **2.12.1. Sünnet Olan Çocuk ve Ebeveynlerinde Konforun Fiziksel Boyutu**

Sünnet olan çocukların fiziksel konforu olumsuz etkilenebilmektedir (Çilingir ve Bayraktar, 2006; Aksoy, 2012).

**Etkisiz Solunum Örüntüsü (Dispne):** Cerrahi, çocuk için stres oluşturan bir deneyimdir (Wright ve ark., 2007; Akca ve ark., 2015; Koukourikos ve ark., 2015; Chow ve ark., 2016). Birey bir stresörle karşılaştığında, stres hormonları olan adrenalin ve kortizol salınımı artmakta, bu iki hormonun genel fizyolojik etkileri sonucunda vazokonstriksiyon oluşmakta, oksijenlenme azalmaktadır. Ayrıca çocuklar anesteziye kullanılan ilaçlar ya da ağrı nedeni ile de postoperatif dönemde nefes almada güçlük/dispne yaşayabilirler (Akyolcu, 2012; Kaduson ve Schaefer, 2018).

Yapılan çalışmalarda, ameliyat ve anesteziye bağlı deneyimlenen solunumsal problemlerin hemşirelik girişimleriyle önlenebileceği bildirilmektedir (Akyolcu, 2012). Hasta için sakıncası yoksa postoperatif dönemde solunumu kolaylaştırmak ve havayolunu korumak için hastaya uygun pozisyon verilebilir. Havayolunu açık tutmak ve aspirasyon riskini azaltmak için postoperatif erken dönemde lateral pozisyon, hastanın bilinci açılınca da semi-fowler pozisyon verilmesi tavsiye edilmektedir. Semi-fowler pozisyonun abdominal içeriğin diyafragma basıncını azaltarak, toraksın ekspansiyonunu kolaylaştırdığı bildirilmiştir (Akyolcu, 2012; Yıldız, 2019).

Özellikle genel anestezi uygulanmış çocuklarda solunum güçlüğü tanıldığında oksijen tedavisi önerilmektedir (Akyolcu, 2012; Yıldız, 2019). Oksijen tedavisi, anestezi gazlarının elimine edilmesi, kan kaybı ya da hücre metabolizmasının hızlanmasına bağlı olarak artan O<sub>2</sub> gereksiniminin karşılanmasına yardımcı olmak için hekim istemi yapılmış ise nazal kanül ya da maske ile uygulanabilir (Akyolcu, 2012).

Postoperatif dönemde gaz değişimine yardım etmek, bilinçliliğe dönüşü hızlandırmak için çocuk derin solunum ve öksürük egzersizlerini uygulamaya teşvik edilmelidir (Yıldız, 2019). Bray ve arkadaşları (2019a) çalışmalarında ameliyat hazırlık programları ile derin solunum ve öksürük egzersizlerinin öğretilmesinin anksiyeteyi azalttığını ve solunum sorunlarını önlediğini belirlemişlerdir. Kaduson ve Schaefer (2018), doğru ve derin nefes almanın vazodilatasyonu sağlama ve oksijenlenmeyi artırma özelliği olduğunu bildirmiştir.

İnsizyonel ağrının sıklıkla bireylerin etkili nefes alma egzersizlerini ve ambulasyona katılımını engellediği bilinmektedir. Bu nedenle postoperatif dönemde yeterli ve düzenli olarak ağrı kontrolü yapılmasının solunum gücünü azaltacağı belirtilmektedir (Yıldız, 2019).

**Ağrı:** Uluslararası Ağrı Araştırmaları Birliği (IASP) tarafından ağrı; gerçekte mevcut olan veya doku hasarı ile ilişkilendirilen, organik bir neden bağlı olan ya da olmayan, kişinin geçmiş deneyimleri ile ilişkili, hafiften şiddetliye kadar herhangi bir yoğunlukta, hoş olmayan, sensoriyal, emosyonel bir duygu olarak tanımlanmaktadır (<https://www.iasp.pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>, Erişim tarihi: 04

Ocak 2020). Ağrı, biyo-psiko-sosyal, öznel bir deneyimdir (Twycross ve Williams, 2014). IASP, ağrının yaşam kalitesi ve bütünlüğü için büyük bir tehdit olduğunu bildirmektedir (<https://www.iasp.pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>, Erişim tarihi: 04 Ocak 2020).

Sünnetten kaynaklanan ağrı, cerrahi ile ilişkili doku hasarından kaynaklanan orta-şiddetli postoperatif akut ağrıdır ve olumsuz fizyolojik, davranışsal ve ruhsal değişikliklere neden olabilir (Ekinci, 2017). Çocuklarda organizmanın ağrıya tepkisi sonucu kalp atım hızı yükselir, enerji üretimi artar, solunum hızı düşer ve saturasyon değerlerinde düzensizlikler oluşabilir, renal ve immun sistem üzerinde değişiklikler meydana gelebilir. Organizmanın ağrıya bu yanıtı nedeniyle klinik olarak çocuklarda yoğun anksiyete, ajitasyon ve medikal sorunlar görülebilir (Beytut ve Başbakkal, 2013; Farhat ve ark., 2013). Ayrıca bazı çalışmalarda sünnetin çocukların seksüel ve psikolojik gelişimleri üzerine negatif etki yapabilen bir operasyon olduğu ve bu olumsuz etkinin sünnet sırasında ve sonrasında hissedilen ağrının derecesiyle orantılı olduğunu bildirilmektedir (Altunkaya ve ark., 2003; Turgut ve Özdemir, 2019). Bazı araştırmacılar ise sünnete bağlı ağrının posttravmatik stres bozukluğuna, hiperaktivite ve kendine zarar verici davranışlara neden olabileceğini ileri sürmüştür (Boyle ve ark., 2015; Hammond ve Carmack, 2016). Ek olarak Richards ve arkadaşları (1976), sünnette deneyimlenen kontrolsüz ağrının gelişmekte olan merkezi sinir sistemini olumsuz etkileyebileceğini bildirmişlerdir. Taddio ve arkadaşları (2009) yaşamın erken dönemlerinde sünnet olan bebeklerin sünnetsiz bebeklere göre rutin aşılama sırasında daha güçlü bir ağrı tepkisi gösterdiklerini saptamışlardır. Ayrıca yaşamın erken dönemlerinde sünnet ağrısıyla karşılaşma, gelecek tıbbi deneyimler üzerinde kalıcı olumsuz bir etkiye neden olabilir (Farhat ve ark., 2013). Bunun sonucunda, rutin bakım içerisinde yer alan ve ağrılı olmayan birçok uygulamaya karşı bile çocuklar stres tepkisi ile yanıt verebilir (Hill ve ark., 2005).

Literatürde, sünnet ağrısının yönetiminde sıklıkla genel anestezi, lokal anestezi, oral ve sistemik analjezikler gibi farmakolojik yöntemler ile (Ekinci, 2017; Yağmur, 2018; Turgut ve Özdemir, 2019), özellikle yenidoğan sünnetlerinde emme, oral sukroz uygulaması, çocukluk döneminde yapılan sünnetlerde dikkatin aktif ya da pasif dağıtılması gibi nonfarmakolojik yöntemlerin birlikte kullanılabilmesi bildirilmiştir.

(Henderson, 2014; Canbulat Şahiner, 2015; Ekinci, 2017). Yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, 7-12 yaş arası çocuklara sünnet işlemi sırasında dikkati başka yöne çekme girişimi olarak uygulanan kukla gösterisinin, ağrı ve kaygıyı azaltmada etkili olduğu belirtilmiştir (Suzan, 2018).

**Vücut Sıcaklığında Dengesizlik Riski:** Çocuklarda sünnet operasyonu sürecinde vücut sıcaklığında bazı değişiklikler olabilmektedir. Ameliyathanedeki sıcaklığın düşük olması, soğuk sıvıların infüzyonu, soğuk gazların inhalasyonu, kas aktivitelerinde azalma, kullanılan farmasötik ajanlar sonucu çocuklarda perioperatif dönemde hipotermi oluşabilir (Akyolcu, 2012). Kang ve Park (2019), perioperatif süreçte cerrahi hastalarının yaklaşık %50'sinin hipotermi problemi yaşadığını bildirmişlerdir. Bauer ve arkadaşları (2001), hastaların postoperatif dönemde yaklaşık %15'inde titreme hissi, %23.5'inde ise üşüme hissi olduğunu bulmuştur. Literatürde fiziksel konfor önlemi olarak vücut sıcaklığını sürdürmek için ince pamuk battaniye ya da ılık battaniye ile hastanın örtülebileceği, verilen sıvıların sıcaklığının kontrol edilebileceği, hasta pozisyonunun değiştirilebileceği belirtilmiştir (Akyolcu, 2012; Yıldız, 2019).

Bununla birlikte, vücut sıcaklığında artış, operasyon sonrası karşılaşılan başka bir sorundur. Anestezi sırasında inhalasyon anestetikleri (halothane, enflurane), kas gevşeticiler gibi güçlü ajanlar ve stres, hipertermi semptomlarını tetikleyebilir (Akyolcu, 2012). Ameliyattan ilk 24 saat sonra dehidratasyona bağlı olarak vücut sıcaklığında artış, titreme ve üşüme olması normaldir. Ameliyatı izleyen günlerde vücut sıcaklığının azalması beklenir. Jimenez ve arkadaşları (1998) postoperatif dönemde hastaların deneyimledikleri problemleri belirlemek üzere gerçekleştirdikleri çalışmalarında, hastaların %31.1'nin postoperatif dönemde bir yakınma bildirdiklerini, bu yakınmaların yaklaşık %10'unun vücut sıcaklığı artışı ile ilgili olduğunu belirlemişlerdir.

**Bulanti-Kusma:** Çocuklar sünnet operasyonundan sonra anestezide kullanılan ilaçlar nedeniyle bulanti-kusma yaşayabilirler (Çilingir ve Bayraktar, 2006). Odom-Forren ve arkadaşları (2013), gününbirlik cerrahi girişimlerden sonra hastaların yaklaşık %56.9'unun bulanti, %19.4'ünün kusma semptomu deneyimlediklerini bildirmiştir. Özellikle cerrahinin ilk gününde yüksek olan bulanti-kusma oranlarının postoperatif 7. günde %6'ya kadar düştüğü bildirilmiştir. Bruderer ve arkadaşları (2017)'da gününbirlik cerrahi

girişimlerden sonra hastaların %10.4'ü şiddetli bulantı, %6.4'ü kusma ve öğürme deneyimlediklerini saptamıştır. Benzer şekilde Akyolcu ve arkadaşları (2011) genel anestezi den sonra hastaların yaklaşık %30'unda ilk 24 saatte kusma riski olduğunu bildirmiştir. Bulantı-kusma, iştahın azalmasına, sıvı ve gıda alımında bozulmaya neden olabilir (Akyolcu, 2012).

**Yorgunluk:** Çocuklar anestezi de kullanılan ilaçlar ve uzun süre ameliyat masasında aynı pozisyonda yatmaya bağlı postoperatif dönemde yorgunluk deneyimleyebilirler (Çilingir ve Bayraktar, 2006). Van Beek ve arkadaşları günübürlük cerrahi hastalarıyla yaptığı çalışmada (2020), hastaların yaklaşık %18'inin ameliyattan sonra ilk günde şiddetli yorgunluk ve güçsüzlük yaşadıklarını ve cerrahi izleyen günlerde bu yakınmanın azaldığını saptamışlardır ([https://www.who.int/hiv/pub/malecircumcision/chapter\\_10.pdf](https://www.who.int/hiv/pub/malecircumcision/chapter_10.pdf), Erişim tarihi: 10 Ocak 2020).

**Mobilizasyon İle İlgili Problemler:** Çocuklar sünnet operasyonundan sonra anestezi de kullanılan ilaçlar, hareketle ağrının artacağı endişesi ile mobilize olmak istemeyebilirler (Çilingir ve Bayraktar, 2006; Akyolcu, 2012; [https://www.who.int/hiv/pub/malecircumcision/chapter\\_10.pdf](https://www.who.int/hiv/pub/malecircumcision/chapter_10.pdf), Erişim tarihi: 10 Ocak 2020).

**Eliminasyonda Bozulma Riski:** Çocuklarda sünnet operasyonundan sonra çeşitli nedenlerle eliminasyon bozulabilir ([https://www.who.int/hiv/pub/malecircumcision/chapter\\_10.pdf](https://www.who.int/hiv/pub/malecircumcision/chapter_10.pdf), Erişim tarihi: 10 Ocak 2020). Anestezinin, miksiyon refleksi de dahil sinir sistemini baskıladığı ek olarak cerrahi insizyon, hareketsizlik, ağrı nedeni ile cerrahi sonrası üriner retansiyon görülebileceği bilinmektedir (Yıldız, 2019). Ayrıca çocukların sünnet operasyonundan sonra idrarını yaparken yanma, ağrı, acı hissedebilecekleri endişesi ile idrarlarını yapmayı erteleyebildikleri de belirtilmektedir ([https://aidsfree.usaid.gov/sites/default/files/sa\\_mmc\\_guidelines.pdf](https://aidsfree.usaid.gov/sites/default/files/sa_mmc_guidelines.pdf), Erişim tarihi: 04 Ocak 2020; [https://www.who.int/hiv/pub/malecircumcision/chapter\\_10.pdf](https://www.who.int/hiv/pub/malecircumcision/chapter_10.pdf), Erişim tarihi: 10 Ocak 2020).

**Cerrahi Bölge İle İlgili Problemler:** Cerrahi, cilt bariyerinin bozulması ile sonuçlanan bir kesi oluşturduğu için cilt bütünlüğünün bozulması, kanama riski, yara yeri enfeksiyonu

riski gibi pek çok soruna neden olabilir (Akyolcu ve ark., 2011; [https://www.who.int/hiv/pub/malecircumcision/chapter\\_10.pdf](https://www.who.int/hiv/pub/malecircumcision/chapter_10.pdf), Erişim tarihi: 10 Ocak 2020).

**Sinir Sistemi İle İlgili Problemler:** Cerrahi operasyon sırasında genel anestezi alan hastalarda, anestetik maddelerin sinir sistemini etkilemesi sonucunda erken postoperatif dönemde konuşma, hafıza, dikkat ve uyku sorunları yaşanabilmektedir (Çilingir ve Bayraktar, 2006). Örneğin, ketamin hidroklorid gibi bir anestetik maddenin hallüsünasyonlara neden olduğu bilinmektedir (Yıldız, 2018; [https://www.who.int/hiv/pub/malecircumcision/chapter\\_10.pdf](https://www.who.int/hiv/pub/malecircumcision/chapter_10.pdf), Erişim tarihi: 10 Ocak 2020).

### **2.12.2. Sünnet Olan Çocuk ve Ebeveynlerinde Konforun Psikospiritüel Boyutu**

Sünnetin çocuklarda travmatik etkiler oluşturabildiğini iddia eden çok sayıda araştırma bulunmaktadır (Ramos ve Boyle, 2001; Oral ve ark., 2011; Yavuz ve ark., 2012; Hammond ve Reiss, 2018). McFadyen (1998) kendi oğlunun sünnet sonrası travmatik davranışlarını gözlemleyerek başlattığı araştırmasında, sünnetin anne-bebek bağına engelleyecek kadar ciddi bir travma ile sonuçlanabileceğini bildirmiştir. Hammond ve Carmack (2016) yenidoğan sünnetinin uzun süreli olumsuz etkilerini inceledikleri çalışmalarında (n=1008), erkek sünnetinin uzun süreli olumsuz ruhsal ve cinsel problemlere neden olabildiğini bildirmiştir.

Boyle ve Ramos (2019), terapötik olmayan erkek sünneti veya tıbbi erkek sünneti deneyimlemiş Filipinli erkek çocuklarda posttravmatik stres bozukluğunu (PTSB) araştırdıkları retrospektif kohort çalışmasında, terapötik olmayan (geleneksel) erkek sünneti grubunda %69, tıbbi nedenlerle sünnetli olan çocuklarda %51 oranında PTSB benzeri semptomlara rastlamıştır. Araştırma sonucunda; geleneksel sünnetçiler tarafından sünnet edilen 505 erkek çocukta, sağlık profesyonelleri tarafından sünnet edilen 1072 çocuğa göre PTSB belirgin olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Bayram Gülaçtı ve arkadaşları (2016) üniversite öğrencilerinin sünnet olma deneyimlerine dair otobiyografik anılarını içerik analizi yöntemiyle inceledikleri



çalışmada, erkeklerin sünneti korkutucu, endişe verici, psikolojik olarak acı verici, utandırıcı, ağırlı bir işlem olarak hatırladıklarını belirlemişlerdir.

Bollinger (2011) çalışmasında erkek sünnetine yönelik sünnetin psikolojik boyutunu inceleyen hiç bir çalışmanın, sünnetin psikolojik olarak yararlı bir girişim olduğu sonucuna varmadığını, oysaki yüzlerce bilim insanının sünneti ağırlı, travmatik ve ruhsal olarak acı verici bir deneyim olarak saptadığını ifade etmiştir. Ayrıca Bollinger (2011) sünnetin amputasyon ve sakatlamaların bir sonucu olarak olumsuz psikolojik sonuçlar oluşturan, değişen vücut imajı veya işlevi için keder, anksiyete, depresyon, inkar, cinsel sorunlar ve kayıp duygusu deneyimlettiren bir prosedür olduğunu vurgulamıştır.

Boyle (2015), erkek sünnetinin “genital sakatlanma” olduğunu, sünneti haklı çıkarmak isteyenlerin sünnetin faydaları arkasına sığındıklarını savunmuştur.

Hermann (2006) ve Bayram Gülaçtı ve arkadaşları (2016) sünnet travmasına neden olan ortak etkenin, diğer insanlar tarafından uygulanan şiddet ve güçsüzlük hissiyatı olduğunu belirlemişlerdir.

Öztürk (2004), sünnetin fallik dönemde uygulanmasının hiçbir dini ve geleneksel gerekçesinin olmadığını belirtmiştir. Sünnetin uygulanması için en uygun yaşın doğum sonrası dönem olduğu, bu olmadığında ise çocuğun uygulanacak işlemi ve toplumsal değerleri en uygun değerlendirebileceği 7-10 yaş arasında uygulanması gerektiğini savunmuştur.

Sonuç olarak sünnet operasyonu sürecinde çocuk ve ebeveynlerin psikospiritüel konforu olumsuz etkilenebilmektedir. Bu süreçte çocuk ve ebeveynlerin kaygı ve korkularını ifade edebilme, çocukların cesaretlendirilme, başarıya ulaşma ve güven duyma gereksinimleri en sık görülen psikospiritüel gereksinimlerdir (Kolcaba ve Dimarco, 2005; Yavuz ve ark., 2012; Bayram Gülaçtı ve ark., 2016).

**Çocuğun Kaygı ve Korkusunu İfade Edebilmesi:** Çocuklardaki cerrahiye bağlı stres genellikle kaygı, korku, öfke, kızgınlık, ağlama ya da suçluluk duygusu gibi bulgularla dışa yansımaktadır (Wright ve ark., 2007; Sharma ve ark., 2013; Akca ve ark., 2015; Chow ve ark., 2016). Sünnet operasyonu sürecinde hissedilen kaygı ve korku sünnetin travmatik

etkilerini tetikleyerek çocukların belleklerinde olumsuz bir iz kalmasına neden olabilmektedir (Öztürk, 2004; Suzan, 2018).

Yapılan çalışmalarda çocuklarda cerrahi süreç boyunca kaygı ve korkunun yönetilememesinin, psikolojik gelişimlerini de etkileyebilecek, ameliyat sonrası davranış problemleri (ayrılık anksiyetesi, regresyon, enürezis, uyku bozuklukları, yeme bozuklukları) yaşamalarına yol açabilecek, postoperatif analjezik ihtiyacında artmaya ve iyileşme sürecinde uzamaya neden olabilecek etkide olduğu belirtilmektedir (Ahmed ve ark., 2011; Kain ve ark., 2006; Fayoux ve Wood, 2014; Erskine ve ark., 2015; Fortier ve ark., 2015).

Bazı çalışmalarda sünnet olma yaşına bağlı olarak çocuklarda kastrasyon korkusu görülebileceği bildirilmekte ve sünnetin fallik dönemde yapılmaması tavsiye edilmektedir (Öztürk, 2004; Yavuz ve ark., 2012). Freud'a göre, fallik dönemde çocuklarda genital olgunlaşma gerçekleşmektedir. Bu dönemde çocuğun dikkati genital organlarına çevrilmekte ve cinsel organları çocuk için çok değerli olmaktadır. Sünnet, bedensel bütünlüğe zarar verdiği için kastrasyon korkusunu canlandırabileceği düşünülmektedir (Yavuz ve ark., 2012).

**Ebeveynin Kaygı ve Korkusunu İfade Edebilmesi:** Ebeveynler cerrahi girişim ile ilgili çocuklarının acı duyacağı, anestezinin olumsuz bir etkisinin olabileceği ya da beklenmeyen bir yan etki gelişebileceği endişesi ile korku ve kaygı yaşayabilmektedirler (Franck ve Spencer, 2005; Erden, 2010; Andsoy ve Alsawi, 2018). Ayrıca suçluluk ve kontrolü kaybetme hissi, ayrılık anksiyetesi, ekonomik güçlükler ve postoperatif dönemde çocuklarına nasıl yardımcı olacaklarını bilememe gibi konular da korku ve kaygı duygusunu artırabilmektedir (Tural ve Bolışık, 2015).

Literatürde, ebeveynlerin kaygı düzeyinin yüksek olması ile çocuktaki kaygı düzeyi arasında ilişki olduğu, ebeveynlerin kaygısının azaltılması, ebeveynlik baş etme becerilerinin geliştirilmesi ile çocukların kaygı ve postoperatif analjezik ihtiyaçlarının azaltılabileceği bildirilmektedir (Frisch ve ark., 2010; Ahmed ve ark., 2011).

**Cesaretlendirilme ve Başarıya Ulaşma Gereksinimi:** Cesaretlendirilme, bireyin kendisini daha iyi kontrol edebilmesine yardımcı olmaktadır (Adams ve Bianchi, 2008). Bu anlamda, terapötik sonuçlar elde etmek için hastaların cesaretlendirilmesi, güçlendirilmesi, desteklenmesi, fiziksel ve zihinsel olarak rahatlatılması ve böylece başarıya ulaşma gereksiniminin karşılanması desteklenmelidir (Kolcaba ve Dimarco, 2005).

**Güven Duyma:** Çocuk ve ebeveynler yeterince bilgilendirildiklerinde, kendilerine değer verildiğini hissettiklerinde, aldıkları tedavi ve bakımdan memnun olup, bu hizmeti sunan sağlık profesyonellerine karşı güven duydukları bilinmektedir (Ångström-Brännström ve ark., 2008; Ulus ve Kublay, 2012). Güven duygusunun ise; hastane ortamına girmeye bağlı anksiyeteyi azalttığı, tedaviye uyumunu artırdığı, iyileşme sürecini hızlandırdığı bildirilmektedir (Ångström-Brännström ve ark., 2008; Cimete ve ark., 2018).

### **2.12.3. Sünet Olan Çocuk ve Ebeveynlerinde Konforun Çevresel Boyutu**

Sünet operasyonu sürecinde çocuk ve ebeveynlerin çevresel konforu olumsuz etkilenmektedir (Çilingir ve Bayraktar, 2006; Akyolcu, 2012).

**Çevresel Konfor Unsurlarının Kontrolü:** Çevresel konfor unsurları; ışık, ısı, gürültü, ortam, renkler, mobilyalar, kumaşlar olarak tanımlanabilir. Günübürlük cerrahideki hızlı sirkülasyon, gürültü, birden fazla hastanın aynı odada kalması nedeniyle günlük alışkanlıklarda değişim, soğuk ortam, çok parlak ışık, rahat olmayan yataklar nedeni ile sorunlar yaşanabilmektedir. Bu sorunlar çevresel konforu azaltmaktadır (Genç, 2019).

**Mahremiyete Saygı:** Hemşire, çocuğun kişisel alanına saygı duymalı ve başkalarının da aynı hassasiyeti göstermesini istemelidir. Hemşire, mahremiyeti sağlamak için paravan veya perde kullanmalı, aileye kişisel eşyaları için güvenli bir alan yaratmalıdır (Boz, 2018).

**Güvenli Çevrenin Sağlanması:** Çocuklar, gelişimsel özellikleri nedeni ile düşmelerle karşılaşma açısından en riskli gruplar arasında sayılmaktadırlar. Düşme, hastalarda ikincil bir yaralanmaya neden olmaktadır, hastayı ikincil yaralanmalardan korumak sağlık çalışanlarının en önemli yasal ve etik sorumluluklarından biridir (Pazarcıkcı ve Efe, 2017).

Sünet operasyonu sürecinde çocuklar anestezi nedeniyle aldığı ilaçlar, sedasyon hali, yardımsız yürüyememesi, yorgunluk, halsizlik, ilaç kullanımı, bakım verenlerin dikkatsizliği, kaygan zemin, yetersiz aydınlatma, yatak kenarlarının kaldırılmaması gibi nedenlerle düşme riski ile karşı karşıya kalabilmektedir. Hemşire, düşme riskini artıran faktörleri tespit edip, gerekli önlemlerin alınmasını sağlamalıdır (Genç, 2019).

#### **2.11.4. Sünet Olan Çocuk ve Ebeveynlerinde Konforun Sosyokültürel Boyutu**

Sünet olan çocuk ve ebeveynlerinin sosyokültürel konforu etkilenebilmektedir (Cavender ve ark., 2004; Oakes, 2011; Brown, 2013; Erhaze ve ark., 2016; Bray ve ark., 2019a).

**Bilgi Eksikliği:** Çocuklar hastaneye giderken başlarına gelecek olaylar hakkında ve nasıl hissedecekleri konusunda doğru bilgiler edindiklerinde, anlama kabiliyetleri ve kontrolleri artmakta, stresleri azalmakta ve dolayısıyla ağrıları da azalmaktadır (Gordon ve ark., 2011; Bray ve ark., 2019a; Bray ve ark., 2019b). Çocuklar ameliyat hazırlık programları ile işlem sırasında ve sonrasında yaşayabileceği olaylar ve hisler (ne yapılacağı, işlemin ne kadar süreceği, işlemin yapılma sebebi, işlemi kimin yapacağı, nerede yapılacağı, nasıl hissedeceği, ailesinin işleme katılımı) konusunda bilgilendirilmelidir (Oakes, 2011; Brown, 2013).

**Çocuğun Tıbbi İşlemlerde Yalnız Bırakılmama Gereksinimi:** Çocukların tıbbi işlemlerle başa çıkmalarını zorlaştıran en önemli faktörlerden biri işlem sırasında ebeveynlerin yanlarında bulunmaması ve çocukların yalnız kalmaktan korkmalarıdır (Bruce, 2009). Tıbbi işlemler sırasında ebeveynin varlığının pozitif klinik sonuçlar sağladığını bildiren çalışmalar mevcuttur (Cavender ve ark., 2004; Windich-Biermeier ve ark., 2007). Ayrıca araştırmacılar anestezi indüksiyonu sırasında ebeveyn varlığının hem ebeveyn hem de hasta için olumlu sonuçları olduğunu bildirmektedir (Romino ve ark., 2005; Machotta, 2014; Erhaze ve ark., 2016). Bu nedenlerle ebeveynlere, işlemler sırasında çocuğun yanında ve görüş alanında olmalarının önemi anlatılmalı, ebeveynlerin işlem sırasında çocuğun yanında olması desteklenmelidir. Ek olarak ebeveynlere, operasyon sürecinde çocuğu tehdit eden ifade ve yaklaşımda bulunmaması gerektiği anlatılmalıdır. Ebeveynlere, çocukla yumuşak bir şekilde konuşma, dikkatin başka yöne çekilmesi gibi destekleyici roller konusunda bilgi verilmelidir (Brown, 2013).

**Ebeveynlerin Desteklenmesi ve Danışmanlık:** Hemşireler, ebeveynlerin sünnet operasyonuna yönelik yaşadığı korku ve kaygıyı gidermek, psikososyal streslerini engellemek, psikolojik ve fizyolojik olarak iyi olma durumunu korumak için aile merkezli yaklaşımı ile ebeveynleri desteklemeli ve danışmanlık vermelidir (Noonan ve ark., 2016; <http://pediatrics.aappublications.org/content/103/3/686>, Erişim tarihi: 04 Nisan 2019).

**Kültürel Gelenekleri Yerine Getirebilme:** Ebeveynlerin sağlığa ilişkin inançları, değerleri, tutumları ve sağlık uygulamaları doğumdan itibaren çocuğu etkilemektedir. Bu nedenle hemşire, bakım vereceği çocuk ve ebeveynlerini bütüncül olarak değerlendirmeli ve belirtilen bu özellikleri çocuğun bakımında dikkate almalıdır (Boztepe, 2009). Hemşire bakım verirken birey ve ailesinin, dini ya da manevi, varoluşsal tercihlerini ve ilgili inançları, ritüelleri, birey ve ailesinin uygulamalarını tanımlamalı ve değerlendirilmelidir (Genç, 2019). Sünnet, pek çok geleneğin uygulandığı bir olgudur ve insan yaşamının önemli anlarından biri olarak kabul edilmektedir. Ebeveynler sünnet operasyonu sürecinde kendi kültürüne özgü uygulamaları yapmak isteyebilir. Hemşire bu uygulamalara önyargısız yaklaşarak ebeveynleri dinlemelidir (Mil, 2011; Akkayan, 2010).

### 3. GEREÇ ve YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, randomize kontrollü, deneysel, çift kör bir araştırmadır. Araştırmanın ClinicalTrials.gov kodu: NCT04105556'dır.

#### 3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Isparta Şehir Hastanesi'nde, Haziran-Eylül 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Isparta Şehir Hastanesi'nde sünnet operasyonları sıklıkla üroloji ve çocuk cerrahi hekimleri tarafından gerçekleştirilmektedir. Isparta Şehir Hastanesi'nde altı üroloji ve iki çocuk cerrahisi hekimi görev yapmaktadır. Sünnet operasyonu randevusu, poliklinik muayenesi sonrasında hekimlerce verilmektedir. Çocukların operasyondan önceki poliklinik gününde anestezi konsültasyonuna başvurmaları istenmektedir.

Çocuk, operasyondan önceki poliklinik gününde anestezi konsültasyonu için hastaneye başvurduğunda anestezi hekimi çocuğu değerlendirip, perioperatif riskleri belirlemekte, ebeveynleri anestezi işlem ve riskler hakkında sözlü olarak bilgilendirmektedir. Çocuğun ebeveyninden anestezi için yazılı onam alınmaktadır. Daha sonra aileden randevu günü ve saatinde gününbirlik cerrahi ünitesine gelmeleri istenmektedir.

Çalışmanın yapıldığı hastanede sünnet operasyonu planlanan çocuk ve ebeveynlerine perioperatif süreç yönetimi (preoperatif hazırlıklar, işlem, postoperatif dönemde ve evde bakım vb.) konusunda programlı bir eğitim verilmemektedir. Hekimler ve gününbirlik cerrahi hemşireleri çocuk ve ebeveynleri ile karşılaştıkça onları sözlü olarak bilgilendirmektedir. Çocuk ve ailenin cerrahi sürece ilişkin psikolojik ve eğitimsel hazırlığında herhangi bir yazılı doküman kullanılmamaktadır.

Gününbirlik cerrahi ünitesi 16 yatak kapasitelidir ve yataklar bir perde ile birbirinden ayrılmaktadır. Yataklar hemşire desğine bakmakta, hepsinin başında yatak başı monitörü bulunmaktadır. Ünite, 08.00-16.00 saatleri arasında biri sorumlu hemşire olmak üzere en az iki hemşire görev yapmaktadır.

Çocukların operasyon öncesi fiziksel hazırlıkları, günübürlük cerrahi hazırlık odasında yapılmaktadır. Operasyon sırası gelen çocuk ameliyathane kapısında ailesi ve günübürlük cerrahi hemşiresi tarafından ameliyathane hemşiresine teslim edilmektedir. Sünnet operasyonları sıklıkla açık cerrahi teknik ile genel anestezi ile birlikte dorsal penil bloğu uygulanarak gerçekleştirilmektedir. Operasyonu tamamlanan çocuk, güvenli taşıma teknikleri konusunda hizmet içi eğitim almış yardımcı personel ve bir anestezi teknisyeni eşliğinde günübürlük cerrahi uyandırma odasına getirilmektedir. Uyandırma odasına çocukların ebeveynleri kabul edilmektedir.

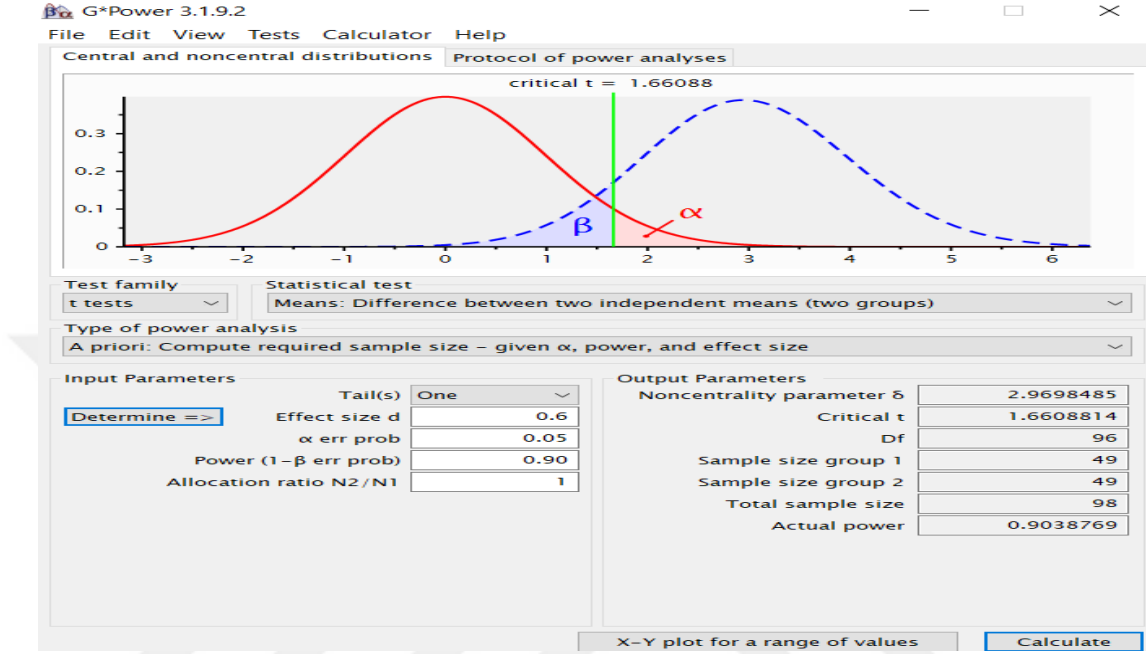
Operasyon sonrası çocukların taburculuk planı postoperatif 3. saatte, kanama, ateş, sıvı ve gıda alımı problemi bulunmuyorsa, bulantı ve kusması kontrol altındaysa yapılmaktadır. Taburculuk sırasında günübürlük cerrahi hemşireleri ağrı kontrolü, pansuman pedinin çıkartılması ve kontrol zamanı gibi konularda aileyi kısaca sözlü olarak bilgilendirmektedir. Aileye hastaneden ayrılırken çocukları için yazılan reçeteye birlikte “Taburculuk sonrası evde dikkat edilmesi gerekenler” başlıklı 10 maddelik yazılı bir doküman verilmektedir.

### **3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini, Haziran-Eylül 2019 tarihleri arasında Isparta Şehir Hastanesi Günübürlük Cerrahi Ünitesi’nde sünnet olan 581 çocuk ve ebeveyni oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 4-7 yaş arası çocuklar ve ebeveynleri oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklem büyüklüğü güç (power) analizi kullanılarak belirlenmiştir. Araştırmanın gücü, iki uygulama arasındaki farkı ortaya koyabilme olasılığı olarak tanımlanmaktadır. Bir çalışmanın en az %80 güce sahip olması gerekmektedir (Süt, 2011). Literatürde benzer bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle ortalama ve standart sapmalar bilinmediğinden bu çalışma için etki büyüklüğü 0.6, güç %90 olarak kabul edilmiştir. G\*Power 3.1.9.2 programı ile güç analizi yapılmış, 0.6 etki büyüklüğü, %5 hata payı, %90 güven aralığı için her iki grubun 49’ar çocuk ve ebeveyninden oluşmasının yeterli olduğu bulunmuştur (Şekil 3.1). Ancak kayıp gözlemler olabileceği düşüncesi ile araştırmada girişim ve kontrol grubunun 60’ar çocuk ve ebeveyninden (120 çocuk, 120 ebeveyn) oluşmasına karar verilmiştir. Araştırma, Şekil 3.2.’de araştırmanın CONSORT

akış şemasında gösterildiği gibi girişim grubu 52 çocuk-52 ebeveyn, kontrol grubu 46 çocuk-46 ebeveyn ile tamamlanmıştır.



Şekil 3.1. Çalışma öncesi yapılan güç analizi

### 3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan çocuk ve ebeveyni
- 4-7 yaş aralığında olan çocuk
- Cerrahi süreç boyunca bakım verici olarak en az bir ebeveyni ve bir yakını olan çocuk
- Cerrahi girişim öncesi ağrısı olmayan çocuk
- Türkçe okuyup, yazabilen ebeveyn

Yapılan literatür incelemesi sonucunda, ülkemizde sünnet operasyonlarının yaklaşık yarısının 4-7 yaş aralığında uygulandığı belirlenmiştir (Şahin ve ark., 2003; Üstüner Top ve ark., 2008; Yavuz ve ark., 2012). Bazı çalışmalarda, sünnet olma yaşına bağlı olarak çocuklarda kastrasyon korkusu görülebileceği bildirilmekte ve sünnetin 3-6 yaş aralığında yapılmaması tavsiye edilmektedir (Öztürk, 2004; Yılmaz ve ark., 2008; Yavuz ve ark., 2012). Ancak ülkemizde önemli bir oranda bu yaş aralığında sünnet yapıldığı bilinmektedir (Şahin ve ark., 2003; Çataklı ve ark., 2012). Üstüner Top ve arkadaşları (2008) 473 ilkökul çağındaki erkek öğrenci ve ailesiyle yaptıkları çalışmada, çocukların



%42.2'sinin 3-6 yaş aralığında sünnet olduklarını saptamışlardır. Benzer şekilde 420 anneyle yapılan başka bir çalışmada, erkek çocukların %39.7'sinin 3-6 yaş aralığında sünnet ettirildiği rapor edilmiştir (Çataklı ve ark., 2012). Şahin ve arkadaşları (2003) 1.235 erkek çocuğun dahil edildiği bir araştırmada, ortalama sünnet yaşının altı yaş olduğunu ve çocukların %35.9'unun 3-6 yaş aralığında sünnet ettirildiklerini saptamışlardır. Söylemez ve Burgu (2009) Akdeniz Bölgesinde ortalama sünnet yaşını 5.46 olarak belirlemişlerdir. Sonuç olarak; her ne kadar literatürde sünnetin 3-6 yaş aralığında yaptırılmaması tavsiye ediliyor olsa da ülkemizde bu yaş aralığında çocukların sünnet ettirildiği bulunmuştur. Bu sebeple, bu yaş aralığındaki çocuklarda sünnet kaygı ve korkusuna yönelik girişimlerin uygulanması daha da önem kazanmaktadır (Öztürk, 2004; Yavuz ve ark., 2012). Ayrıca literatürde tıbbi prosedürlere duyulan rahatsızlığın (ağrı, kaygı, sıkıntı ve korku) 4-7 yaş aralığındaki çocuklarda, daha ileri gelişim dönemindeki çocuklara göre daha yüksek düzeyde görüldüğü bildirilmektedir (Caprilli ve ark., 2007; Caprilli ve ark., 2012; James ve ark., 2012; Bice ve ark., 2018). Piaget'e göre, 4-7 yaş aralığındaki çocuklar işlem öncesi, sezgisel dönemdedir. Bu yaş aralığındaki çocukların anlaşılır konuşabildiği, sorulara yanıt verebildiği, sembolik düşünebildiği, problem çözebildiği, basit resimler çizebildiği ve akıl yürütebildiği bildirilmektedir (Piaget, 1964; Bice ve ark., 2018). Bu nedenlerden dolayı araştırmamıza 4-7 yaş aralığındaki çocuklar dahil edilmiştir.

Araştırmada, örneklem seçiminde çocuğun annesi ya da babası şeklinde bir ebeveyn sınırlandırılmasına gidilmemiştir. Konfor Kuramı'na göre, çocuk ve aile parçalanamaz bir bütündür (Kolcaba ve DiMarco, 2005). Çocuğun annesi ya da babası şeklinde bir ebeveyn tercihi yapılmasının Konfor Kuramı'nın felsefesi ile çelişeceği düşünülmektedir. Araştırmada, çocuğun bakımı ile ilgili eğitim almak istediği yönünde sözlü ve yazılı onam veren ebeveyn (anne ya da baba) örnekleme alınmıştır.

Ek olarak, hekimlerin farklı yaklaşımlarının çocuk ve ebeveynlerinin konfor sonuçlarını; çocukların konfor, kaygı, korku, ağrı ve ebeveynlerinin kaygı, bakım memnuniyeti düzeyini etkileyebileceği düşüncesi ile tek çocuk cerrahı tarafından yapılan sünnet operasyonları örnekleme dahil edilmiştir.

### 3.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Daha önce cerrahi girişim deneyimi olan çocuk
- Kronik hastalığı, engeli ve gelişim geriliği olan çocuk
- Anlama, algılama güçlüğü yaratacak özel bir durumu olan çocuk ve ebeveyni

### 3.3.3. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

- Çalışma devam ederken araştırmadan ayrılmak istediğini belirten çocuk ve ebeveyni

### 3.3.4. Araştırmaya Katılan Çocuk ve Ebeveynlerin Tanıtıcı Özellikleri

**Tablo 3.1.** Girişim ve kontrol grubundaki çocukların tanıtıcı özellikleri (Per-protokol analizine göre; n=98)

Kişisel Özellikler	Girişim grubu (n=52)		Kontrol grubu (n=46)		
	Sayı	%	Sayı	%	
<b>Yaş (Yıl)</b>					
4-5 yaş	10	19.2	12	26.1	
6-7 yaş	42	80.8	34	73.9	$X^2=0.659$
$\bar{x} \pm SD$	6.17±0.87 (Min:4, Max:7)		6,12±0.90 (Min:4, Max:7)		p=0.417
<b>Hastaneye Yatış Deneyimi</b>					
Var	13	25	16	34.8	$X^2=1.121$
Yok	39	75	30	65.2	p=0.290

$X^2$ :Pearson Chi-Square Testi,  $\bar{x}$ : Ortalama, SD: Standart sapma, Min: Minimum, Max: Maximum

Çalışmaya katılan çocukların çocukların yaş ortalaması girişim grubunda 6.17 (SD=0.87), kontrol grubunda ise 6,12 (SD=0.90)'dır. Girişim grubundaki çocukların %80.8'i ve kontrol grubundaki çocukların %73.9'u 6-7 yaş aralığındadır. Girişim grubundaki çocukların %75'inin, kontrol grubundaki çocukların %65.2'sinin daha önce hastaneye yatış deneyimi olmamıştır. Gruplara göre çocukların yaşı ve daha önce hastanede yatma deneyiminin varlığı durumu incelendiğinde, bu değişkenlerin gruplarla arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamış ( $p>0.05$ ), grupların homojen dağıldığı belirlenmiştir (Tablo 3.1).

**Tablo 3.2.** Girişim ve kontrol grubundaki ebeveynlerin tanıtıcı özellikleri (Per-protokol analizine göre; n=98)

Kişisel Özellikler	Girişim grubu (n=52)		Kontrol grubu (n=46)		
	Sayı	%	Sayı	%	
<b>Yaş (Yıl)</b>					
21-34	34	65.4	27	58.7	
35-46	18	34.6	19	41.3	$X^2= 0.465$
$\bar{x} \pm SD$	33.34±5.26 (Min:21, Max:46)		32.82±6,71 (Min:21, Max:43)		p= 0.495
<b>Çalışmaya Katılan Ebeveyn</b>					
Anne	46	85.5	42	91.3	$X^2= 0.215$
Baba	6	11.5	4	8.7	p= 0.643
<b>Çalışmaya Katılan Ebeveynin Eğitim Düzeyi</b>					
İlköğretim	22	42.3	20	43.5	$X^2= 0.531$ p= 0.767
Lise	19	36.5	14	30.4	
Üniversite	11	21.2	12	26.1	
<b>Diğer Ebeveynin Eğitim Düzeyi</b>					
İlköğretim	18	34.6	17	37	$X^2= 1.690$ p= 0.430
Lise	22	42.3	23	50	
Üniversite	12	23.1	6	13	
<b>Son Altı Ayrılır Yaşanan Yer</b>					
İl	34	65.4	34	73.9	$X^2= 3.118$ p= 0.374
İlçe	11	21.2	8	17.4	
Kasaba	3	5.8	0	0	
Köy	4	7.7	4	8.7	
<b>Aile Tipi</b>					
Çekirdek	41	78.8	43	93.5	$X^2= 4.698$ p= 0.095
Geniş	9	17.3	3	6.5	
Eşler ayrı	2	3.8	0	0	
<b>Gelir Düzeyi</b>					
Gelir giderden az	10	19.2	13	28.3	$X^2= 1.112$ p= 0.573
Gelir gidere denk	38	73.1	30	65.2	
Gelir giderden fazla	4	7.7	3	6.5	
<b>Çocuk Sayısı</b>					
1 çocuk	9	17.3	12	26.1	$X^2= 2.224$ p= 0.329
2 çocuk	24	46.2	23	50	
3 ve üzeri	19	36.5	11	23.9	
<b>Ebeveynlerin Kronik Sağlık Sorunu</b>					
Var	9	17.3	4	8.7	$X^2= 1.573$ p= 0.210
Yok	43	82.7	42	91.3	
<b>Aile Üyelerinin Ameliyat Deneyimi</b>					
Var	22	42.3	27	58.7	$X^2= 2.622$ p= 0.105
Yok	30	57.7	19	41.3	

$X^2$ :Pearson Chi-Square Testi,  $\bar{x}$ : Ortalama, SD: Standart sapma, Min: Minimum, Max: Maximum

Çalışmaya katılan ebeveynlerin yaş ortalaması girişim grubunda 33.34 (SD=5.26), kontrol grubunda ise 32.82 (SD=6.71)'dir. Girişim grubunda çalışmaya katılan ebeveynlerin %65.4'ünün ve kontrol grubunda ise %58.7'sinin 21-34 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir. Girişim grubundaki ebeveynlerin %85.5'i ve kontrol grubundaki ebeveynlerin %91.3'ü annedir (Tablo 3.2).

Ebeveynlerin eğitim düzeyleri incelendiğinde girişim grubundaki ebeveynlerin %42.3'ü ve kontrol grubunda yer alanların %43.5'i ilköğretim mezunudur. Girişim grubundaki ebeveynlerin %78.8'i ve kontrol grubundakilerin %93.5'i çekirdek aile tipine sahiptir. Girişim grubunda yer alan ebeveynlerin %73.1'i ve kontrol grubundaki ebeveynlerin %65.2'si gelirlerini giderlerine denk olarak bildirmiştir. Girişim grubundaki ebeveynlerin %46.2'si ve kontrol grubundaki ebeveynlerin %50'si iki çocuğa sahiptir (Tablo 3.2).

Girişim grubundaki ebeveynlerin %82.7'si herhangi bir sağlık sorunu ve %57.7'si ailede ameliyat deneyimi olan kimsenin olmadığını; kontrol grubunda ise ebeveynlerin %91.3'ü herhangi bir sağlık sorunu ve %41.3'ü ailede ameliyat deneyimi olan kimsenin olmadığını belirtmiştir (Tablo 3.2).

Gruplara göre ebeveynlerin cinsiyeti, eğitim durumu, yaşadıkları yer, aile tipi, gelir düzeyi, çocuk sayısı, kronik hastalık öyküsü ve aile üyelerinin daha önce hastanede yatma deneyiminin varlığı durumu incelendiğinde bu değişkenlerin gruplarla arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamış ( $p>0.05$ ), grupların homojen dağıldığı saptanmıştır (Tablo 3.2).

### **3.4. Araştırmanın Değişkenleri**

#### **Bağımlı Değişkenler**

- Çocukların konfor, kaygı, korku ve ağrı düzeyi
- Ebeveynlerin kaygı ve bakım memnuniyeti düzeyi

#### **Bağımsız Değişkenler**

- Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na temellenen hemşirelik bakımı

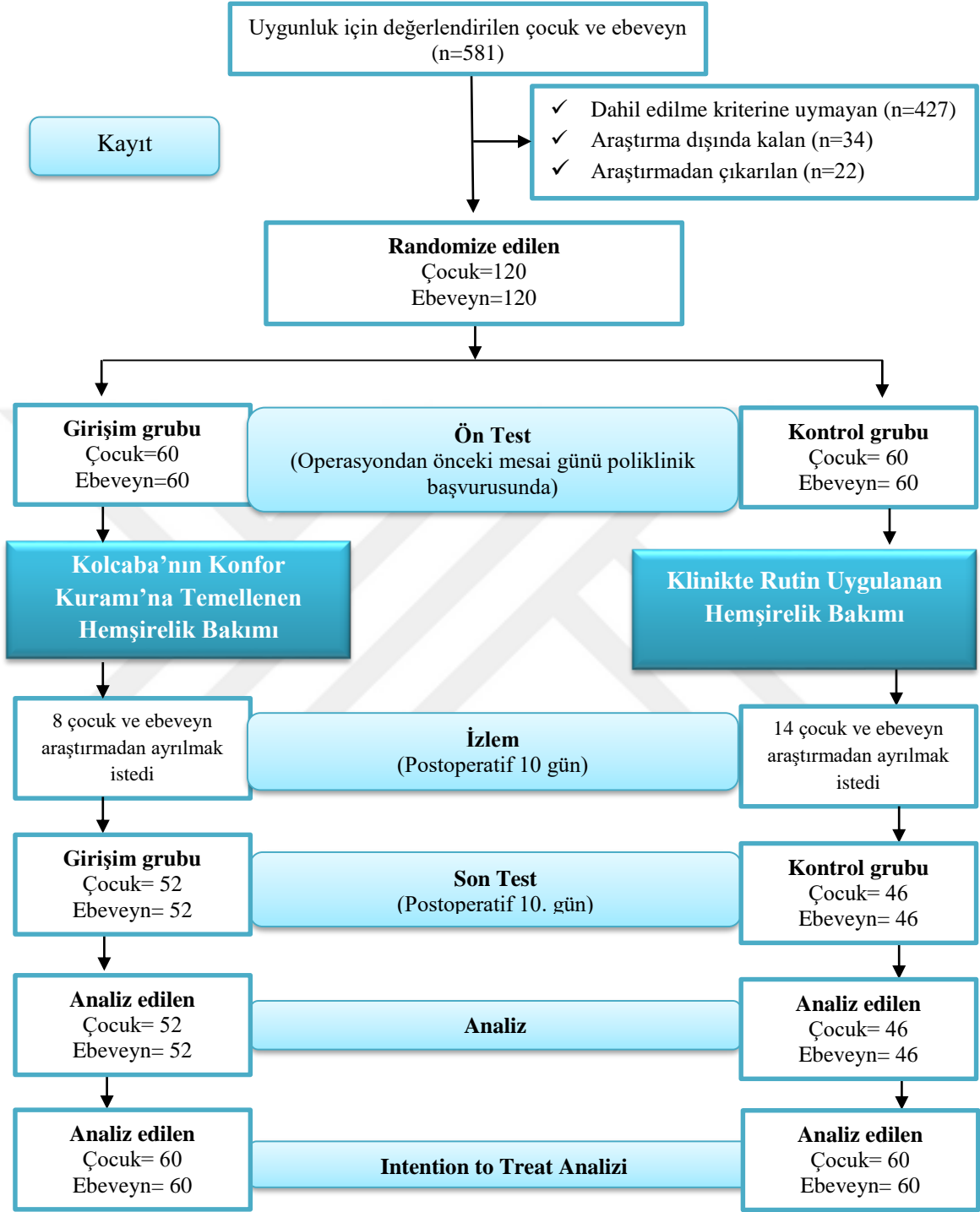
### 3.5. Araştırmanın Hipotezleri

Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na temellenen hemşirelik bakımı sünnet olan girişim grubundaki çocukların kontrol grubuna göre;

1. **H<sub>1</sub>**: Konfor düzeyini artırmada daha etkilidir.
2. **H<sub>1</sub>**: Kaygı düzeyini azaltmada daha etkilidir.
3. **H<sub>1</sub>**: Korku düzeyini azaltmada daha etkilidir.
4. **H<sub>1</sub>**: Ağrı düzeyini azaltmada daha etkilidir.

Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na temellenen hemşirelik bakımı sünnet olan girişim grubundaki çocukların ebeveynlerinin kontrol grubuna göre;

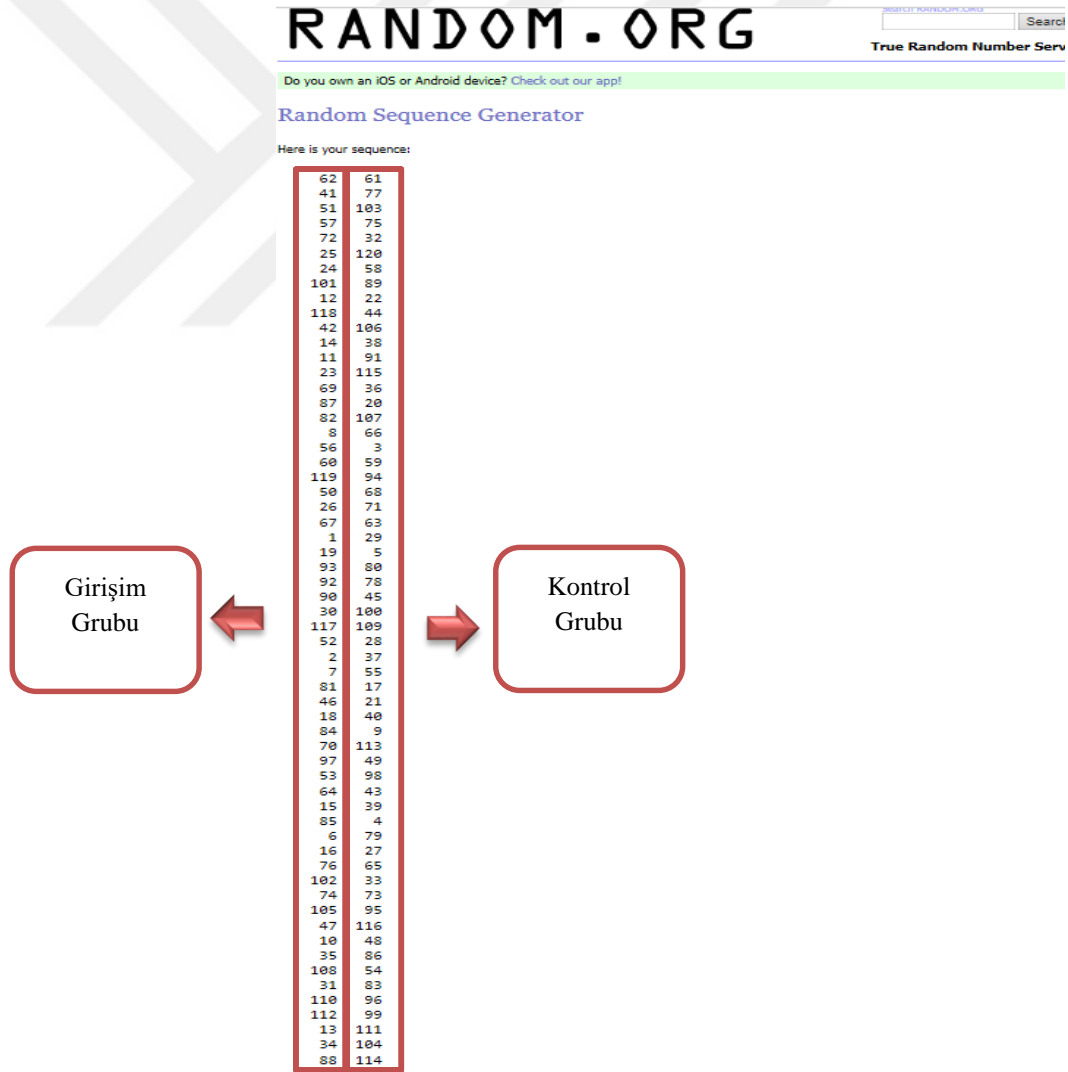
5. **H<sub>1</sub>**: Kaygı düzeyini azaltmada daha etkilidir.
6. **H<sub>1</sub>**: Bakım memnuniyeti düzeyini artırmada daha etkilidir.



Şekil 3.2. Araştırmanın CONSORT akış şeması

### 3.6. Araştırmanın Randomizasyonu

Araştırmada katılımcıların gruplara ataması “basit rastgele randomizasyon yöntemi” kullanılarak yapılmıştır. Araştırmacı, <https://www.random.org/web> sitesini kullanarak rastgele sayılar tablosu ile girişim ve kontrol grubu olmak üzere iki grup oluşturmuştur (Şekil 3.3). Daha sonra opak zarflar 1’den 120’ye kadar numaralandırılmış ve kapatılmıştır. Dahil edilme kriterleri değerlendirildikten ve katılımcılardan onam alındıktan sonra bir zarf seçmesi istenmiştir. Örneğin; opak zarftan 1 sıra numarasını seçen çocuk ve ebeveyni girişim grubuna, 3’ü seçen çocuk ve ebeveyni kontrol grubuna alınmıştır. Böylece katılımcıların hangi grupta olacakları belirlenmiştir.



Şekil 3.3. Girişim ve kontrol grubunun randomizasyonu

### **3.7. Araştırmanın Körlemesi ve Yanlılığın Önlenmesi**

Araştırma, açıklığı, bütünlüğü ve şeffaflığı kolaylaştırmak için CONSORT 2010 kontrol listesine (CONSORT 2010 checklist of information to include when reporting a randomised trial) göre yapılandırılmıştır (Schulz ve ark., 2010).

Katılımcıların gruplara ataması “basit rastgele randomizasyon yöntemi” kullanılarak yapılmıştır. Katılımcılara hangi grupta oldukları (girişim-kontrol) bilgisi verilmemiştir. Katılımcılar arasında gruplar arası etkileşimi önlemek için; ön testlerin doldurulmasından sonra girişim grubundaki katılımcılar hastanenin 1. Zemin katında bulunan hasta işlemleri odasına alınmış, ameliyat hazırlık eğitimi çocuk cerrahi polikliniği dışında başka bir odada verilmiştir. Operasyon randevusu, girişim ve kontrol grubunda bulunan katılımcıların gününbirlik cerrahi kliniğine başvurularında karşılaşmalarını önleyecek şekilde düzenlenmiştir. Örneğin; araştırmaya başlanan birinci hafta girişim grubundaki katılımcılara 07.00-10.00 saatleri arasında (her hafta gruplara verilen randevu saati sırası değiştirilmiştir), kontrol grubundaki katılımcılara 11.00-14.00 saatleri arasında operasyon randevusu verilmiştir. Gününbirlik cerrahi uyandırma odasında yataklar arası perdeler her iki grupta da mahremiyetin sağlanması adına kapalı tutulmuştur. Böylece girişim ve kontrol grubundaki katılımcıların aldıkları bakım arasındaki farkı anlamamaları sağlanmıştır. Ayrıca veri toplama sürecinde katılımcılar gruplar arası etkileşime yönelik bir geri bildirimde bulunmamıştır.

Araştırmanın veri toplama araçları çocuk, ebeveyni ve araştırmadan bağımsız gününbirlik cerrahi sorumlu hemşiresi tarafından doldurulmuştur. Araştırmacı veri toplama sürecine dahil olmamış, süreci gözlemlemiştir. Ayrıca araştırmanın veri tabanı araştırmacı dışında, araştırmadan bağımsız üniversite mezunu bir kişi tarafından oluşturulmuştur.

### **3.8. Veri Toplama Araçları**

Araştırma verilerinin toplanmasında; Çocuk ve Ailesini Tanıtıcı Bilgiler Formu, Konfor Davranışları Kontrol Listesi, Çocuk Anksiyete Skalası-Durumluluk, Çocuk Korku Ölçeği, Görsel Kıyaslama Ölçeği, Spielberger Durumluk Kaygı Ölçeği, PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği kullanılmıştır.



**Çocuk ve Ailesini Tanıtıcı Bilgiler Formu:** Araştırmacı ve danışmanı tarafından literatür bilgisi doğrultusunda (Felder-Puiga ve ark., 2003; Sharma ve ark., 2013; Bice ve ark., 2017; Tural ve Bolışık, 2015) geliştirilen “Çocuk ve Ailesini Tanıtıcı Bilgiler Formu” yaş, eğitim durumu, son altı aydır yaşanan yer, aile tipi, ailenin sahip olduğu çocuk sayısı, gelir durumu ile aile üyelerinin hastalık, ameliyat ve hastaneye yatma deneyimi ile ilgili bilgileri içeren 13 sorudan oluşmaktadır. Form, araştırmacı tarafından operasyondan bir gün önce çocuk cerrahi polikliniğinde yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur (Ek-2).

**Konfor Davranışları Kontrol Listesi (KDKL):** Kolcaba tarafından 1989 yılında geliştirilmiştir. KDKL, anket doldurması mümkün olmayan ya da bilişsel sınırlılığı olan hastalarda kullanılmaktadır. Kolcaba ve DiMarco (2005) çocuklarda postoperatif konforun Konfor Davranışları Kontrol Listesi ile değerlendirilebileceğini bildirmiştir. Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması Unutkan ve Balcı Yangın tarafından (2018) yapılmıştır (Unutkan ve Balcı Yangın, 2018). KDKL, 30 adet davranışsal gösterge, ağrı ve konfor skorlarından oluşmaktadır. Yüksek puanlar, yüksek konfor seviyesini göstermektedir. Tüm soruların yanıtlanması durumunda ölçekten alınabilecek minimum puan 25, maximum puan 100'dür (Unutkan ve Balcı Yangın, 2018; <http://www.thecomfortline.com/resources/cq.html>). Bu araştırmada, ölçeğin güvenilirlik analizi kapsamında Cronbach Alpha değerine bakılmış ve 0.95 olarak bulunmuştur.

Van Dijk ve arkadaşları (2005) postoperatif ağrı ve konforun anestezinin etkisizleşmeye başladığı birinci ile üçüncü saatler arasında değerlendirilmesini önermektedir (Van Dijk ve ark., 2005). Bu bilgi doğrultusunda KDKL, operasyondan hemen önce gününbirlik cerrahi hazırlık odasında, operasyon sonrası (postoperatif 2. saat) ve taburculuk sırasında (postoperatif 3. saat) gününbirlik cerrahi ünitesinde hasta yatağında toplam üç kez doldurulmuştur. KDKL, araştırmadan bağımsız gününbirlik cerrahi ünitesi sorumlu hemşiresi tarafından doldurulmuştur. Sorumlu hemşireye, çalışmaya başlanmadan önce yaklaşık 30 dakika süren KDKL hakkında bir ön eğitim verilmiştir (Ek-3).

**Çocuk Anksiyete Skalası-Durumluluk (ÇAS-D):** Ersig ve arkadaşları (2013) tarafından geliştirilmiştir. ÇAS-D'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Özalp Gerçeker ve arkadaşları tarafından 2017'de yapılmıştır (Özalp Gerçeker ve ark., 2017). Ölçek, 4-10

yaş arası çocuklarda kaygının değerlendirilmesinde kullanılabilir. ÇAS-D altta bir ampul ve yukarıya doğru giden aralıklarla yatay çizgiler içeren bir termometreye benzer şekildedir. Toplam skor 0 ile 10 puan arasında değişmektedir (Ersig ve ark., 2013). Özalp Gerçeker ve arkadaşları (2017) ölçeğin geçerlik indeksini 1.00 olarak saptamış, ölçek skorlama şeklinde olduğundan madde toplam korelasyonu ve Cronbach alpha katsayısının hesaplanamadığını bildirmişlerdir.

Çalışmada, ÇAS-D doldurulmadan önce çocuğun sıralama yapma becerisi izlenmiş, 10'a kadar sayması istenmiştir. "Hangisi büyük, sekiz mi dört mü?" cevabı istenmiştir. Bu görevi başarıyla tamamlayan çocuklara ölçek hakkında yaklaşık 5 dakika süren bilgi verilmiştir. "Tüm endişeli veya sinirli duygularının termometrenin ampul veya alt kısmında olduğunu düşün". "Biraz endişe duyuyorsan ya da gerginsen, duygular termometrede biraz yukarı çıkabilir. Çok, çok endişeli veya gerginsen, duygular en üst noktaya kadar gidebilir. Termometreye ne kadar endişeli veya sinirli olduğunu gösteren bir çizgi koyabilir misin ya da boyayabilir misin?" denilmiştir.

Çalışmada ÇAS-D'nin ön testi, operasyondan bir gün önce çocuk cerrahi polikliniğinde doldurulmuştur. Daha sonra operasyon sabahı operasyondan 1 saat önce ve operasyondan hemen önce gününbirlik cerrahi hazırlık odasında, taburculuk sırasında (postoperatif 3. saat) gününbirlik cerrahi ünitesinde hasta yatağında uygulanmıştır. Form, taburculukta aileye verilmiş, taburculuk sonrası postoperatif birinci, üçüncü ve 10. günde evde çocuk tarafından doldurulması istenmiştir. Evde doldurulan formlar, taburculuk sonrası kontrol gününde (postoperatif 10. gün) araştırmacı tarafından teslim alınmıştır (Ek-4).

**Çocuk Korku Ölçeği (ÇKÖ):** McMurty ve arkadaşları (2011) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Özalp Gerçeker ve arkadaşları tarafından 2017'de yapılmıştır. Ölçek, 4-10 yaş arası çocuklarda korkunun değerlendirilmesinde kullanılabilir. ÇKÖ, nötral ifadeden (0=anksiyete yok) korkmuş yüze (4=şiddetli anksiyete) kadar değişen beş çizilmiş yüz ifadesinden oluşmaktadır. Tek maddeden oluşan bir ölçektir. Özalp Gerçeker ve arkadaşları (2018) ölçeğin geçerlik indeksini 0.89 olarak saptamış, ölçek skorlama şeklinde olduğundan madde toplam korelasyonu ve Cronbach alpha katsayısının hesaplanamadığını bildirmişlerdir.

ÇKÖ doldurulmadan önce araştırmacı çocuk ve ebeveynine ölçek hakkında bilgi vermiş, çocuktan beş yüz ifadesi içinden duygusunu en iyi anlatan yüz ifadesini işaretlemesi ya da boyaması istenmiştir.

Çalışmada ÇKÖ'nin ön testi, operasyondan bir gün önce çocuk cerrahi polikliniğinde doldurulmuştur. Daha sonra operasyon sabahı operasyondan 1 saat önce ve operasyondan hemen önce gününbirlik cerrahi hazırlık odasında, taburculuk sırasında (postoperatif 3. saat) gününbirlik cerrahi ünitesinde hasta yatağında uygulanmıştır. Form, taburculukta aileye verilmiş, taburculuk sonrası postoperatif birinci, üçüncü ve 10. günde evde çocuk tarafından doldurulması istenmiştir. Evde doldurulan formlar, taburculuk sonrası kontrol gününde (postoperatif 10. gün) araştırmacı tarafından teslim alınmıştır (Ek-5).

**Görsel Kıyaslama Ölçeği (Visual Analog Skala-VAS):** Çalışmada çocukların ağrı düzeyleri VAS ile değerlendirilmiştir. Bu ölçek, Price ve arkadaşları (1983) tarafından geliştirilmiştir (Lee ve Jo, 2014). Ölçek, 3-18 yaş arası çocuklarda ağrının değerlendirilmesinde kullanılabilir. Ölçek, bir ucunda “hiç ağrı yok”, diğer ucunda “en şiddetli ağrı” yazan 10 cm'lik bir cetvel şeklindedir. Çocuk deneyimlediği ağrısını bu cetvel üzerine bir çizgi çizerek, nokta koyarak ya da işaret ederek belirtmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça ağrı toleransı düşmekte, puan düştükçe tolerans artmaktadır (Eti Aslan, 2004; Lee ve Jo, 2014).

Van Dijk ve arkadaşları (2005) postoperatif ağrının anestezinin etkisizleşmeye başladığı birinci ile üçüncü saatler arasında başladığını bildirmiştir (Van Dijk ve ark., 2005). Bu bilgi doğrultusunda form, operasyon sabahı operasyondan hemen önce gününbirlik cerrahi hazırlık odasında, postoperatif 2. saatte ve taburculuk sırasında (postoperatif 3. saat) gününbirlik cerrahi ünitesinde hasta yatağında çocuk tarafından doldurulmuştur. Daha sonra form taburculukta aileye verilmiş, taburculuk sonrası postoperatif birinci, üçüncü ve 10. günde evde çocuk tarafından doldurulması istenmiştir. Evde doldurulan formlar, taburculuk sonrası kontrol gününde (postoperatif 10. gün) araştırmacı tarafından teslim alınmıştır (Ek-6).

**Spielberger Durumluk Kaygı Ölçeği:** Ölçek, Spielberger ve arkadaşları (1970) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Öner ve Le

Compte tarafından 1983'te yapılmıştır. Ölçek, 4'lü Likert tiptedir ve 20 maddelik iki tür ifade içermektedir. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Durumluk Kaygı Ölçeği için değişmeyen değer 50'dir. Puanın yüksek olması kaygı düzeyinin yüksekliğini gösterir. Ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlık katsayısının 0.83 ile 0.87 arasında değiştiği bildirilmektedir (Sarıtaş ve Büyükbayram, 2016). Bu araştırmada ölçeğin güvenilirlik analizi kapsamında Cronbach Alpha değerine bakılmış ve 0.97 olduğu saptanmıştır.

Spielberger Durumluk Kaygı Ölçeği'nin ön testi, operasyondan bir gün önce çocuk cerrahi polikliniğinde doldurulmuştur. Daha sonra operasyondan hemen önce gününbirlik cerrahi hazırlık odasında ve taburculuk sırasında (postoperatif 3. saat) gününbirlik cerrahi ünitesinde uygulanmıştır. Form, taburculukta aileye verilmiş, taburculuk sonrası postoperatif birinci, üçüncü ve 10. günde evde ebeveyn tarafından doldurulması istenmiştir. Evde doldurulan formlar, taburculuk sonrası kontrol gününde (postoperatif 10. gün) araştırmacı tarafından teslim alınmıştır (Ek-7).

**PedsQL Sağlık Bakımı Ebeveyn Memnuniyet Ölçeği:** Ölçek, Varni tarafından 1999'da geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ulus ve Kublay (2012) tarafından yapılmış, Cronbach Alpha değeri 0.93 olarak belirlenmiştir. Ölçekte yer alan sorular tıbbi bakım hizmetlerinden memnuniyeti ve psikososyal memnuniyeti ölçmeye yöneliktir. Ölçek soruları; bilgilendirme (1-5), ailenin katılımı (6-9), iletişim (10-14), teknik beceri (15-18), duygusal gereksinimler (19-22) ve genel memnuniyet (23-25) olmak üzere 6 alt başlıktan ve 25 sorudan oluşmaktadır (Ulus ve Kublay, 2012). Bu çalışmada ölçeğin güvenilirlik analizi kapsamında Cronbach Alpha değerine bakılmış ve 0.97 olduğu belirlenmiştir. Form, taburculukta aileye verilmiş, taburculuk sonrası postoperatif 10. günde evde ebeveyn tarafından doldurulması istenmiştir. Evde doldurulan form, taburculuk sonrası kontrol gününde (postoperatif 10. gün) araştırmacı tarafından teslim alınmıştır (Ek-8).

### **3.9. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmanın uygulamasına başlamadan, Akdeniz Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay (Ek-14) ve Isparta İl Sağlık Müdürlüğü'nden (Ek-15) gerekli yazılı ve sözlü izinler alınmıştır. Katılımcılara açıklama yapılarak çocuklardan sözlü onam,

ebeveynlerinden yazılı ve sözlü onam alınmıştır (Ek-1). Katılımcılara istediklerinde araştırmadan çekilebilecekleri bildirilmiştir. Katılımcılara bireysel bilgilerinin kendilerine açıklanan amaç dışında hiçbir şekilde kullanılmayacağı konusunda güvence verilmiştir. Veri toplama araçlarının kullanımı için e-posta yolu ile izin alınmıştır (Ek-17). Ayrıca son test uygulaması tamamlandıktan sonra kontrol grubunda yer alan katılımcılara da öykü kitabı, boyama ve bulmaca kitabı, üstün cesaret madalyası ve ebeveynler için hazırlanmış eğitim kitapçığı hediye edilmiştir.

### **3.10. Araştırmanın Hazırlık Aşaması**

Araştırma, teorik modele temellendirilen çalışmaların izlemesi önerilen adımlar (Fawcett, 2005) doğrultusunda planlanmış ve yürütülmüştür. Öncelikle araştırmanın yapılabilmesi için gerekli etik onay ve kurum izini alınmıştır. Daha sonra Kolcaba'nın Konfor Kuramı'nın anlaşılması için kapsamlı bir literatür incelemesi yapılmış, modeli oluşturan kavram ve alt kavramlar, çocuklarda Kolcaba'nın Konfor Kuramı kullanılarak yürütülen çalışmalar incelenmiştir (Sharma ve ark., 2016; Ebrahimpour ve Hoseini, 2018; Bice ve ark., 2019). Araştırmanın kavramsal-kuramsal-deneysel yapısı, Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na temellenen hemşirelik bakımının içeriği ve konfor odaklı bakım girişimleri (KOBaG) protokolü oluşturulmuş, konfor odaklı bakım araçları geliştirilmiştir.

### **3.11. Girişim Grubuna Uygulanan Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na Temellenen Hemşirelik Bakımının İçeriği**

Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na temellenen hemşirelik bakımı kapsamlı bir literatür incelemesi sonucunda geliştirilmiş ve sünnet olan çocuk ve ebeveynlerinin fiziksel, mental, sosyal, çevresel, spiritüel ve emosyonel olarak bir bütün olarak değerlendirilmesi, sağlık bakım gereksinimlerinin saptanması, verilecek bakımın çerçevesinin oluşturulması ve sistematik hale getirilmesinde kullanılmıştır.

Kolcaba'dan, Konfor Kuramı'nın araştırmada kullanılabilmesi için izin ve sünnet operasyonu planlanan çocuklarda kuramın kullanımı konusunda görüş alınmıştır (Ek-17). Daha sonra, çalışmanın yapıldığı hastanede gerçekleştirilen sünnet operasyonları perioperatif süreç boyunca gözlemlenmiş ve konfor boyutlarına (fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel ve çevresel) yönelik konfor odaklı bakım gereksinimleri belirlenmiştir. Konfor odaklı bakım gereksinimleri belirlenirken, Kolcaba'nın kuramını geliştirirken

ilham aldığı ve modelin çatısını oluşturan Virginia Henderson'un 14 temel insan gereksinimi rehber alınmıştır. Bu doğrultuda;

- Fiziksel konfor boyutunda yedi; etkili nefes alış veriş sağlayabilme, ağrı ile baş etme, yeterli sıvı ve gıda alımı, vücut sıcaklığını normal sınırlarda sürdürme, eliminasyonun sağlanması, mobilizasyonun sağlanması, konforlu pozisyonun sürdürülmesi ve yeterli dinlenmenin sağlanması,
- Psikospiritüel konfor boyutunda sekiz; korku ve kaygının ifade edilmesi, saygı ve önemsenme, güven duyma, kararlara katılım, yalnız kalmama, olumlu beden algısı, inançları doğrultusunda ibadet etme, başarı duygusuna erişme ve cesaretlendirilme,
- Çevresel konfor boyutunda üç; çevresel stresörlerin azaltılması, mahremiyete saygı, güvenli çevre,
- Sosyokültürel konfor boyutunda üç; ebeveynlerin desteklenmesi, çocuk ve ebeveynin bilgilendirilme gereksinimi, kültürel gelenekleri ve inançları yerine getirebilme gereksinime yönelik sağlık bakım gereksinimi tanılanmıştır.

Konfor boyutlarına göre sağlık bakım gereksinimleri tanılandıktan sonra konfor düzeylerine yönelik hemşirelik girişimleri kanıta dayalı literatür (Hawley, 2010; Silva ve ark., 2017; Bartık ve Törüner, 2018; Kaduson ve Schaefer, 2018) doğrultusunda oluşturulmuştur. Girişimler, Sharma, Kalia ve Kolcaba'nın (2013) çalışmalarında kullandıkları girişim protokolü rehber alınarak üç başlık altında gruplandırılmıştır. Bu girişimler standart, emosyonel, bilişsel ve fonksiyonel odaklı konfor bakım girişimleridir.

**Standart bakım girişimleri;** çocuğun fiziksel, çevresel, psikolojik yönlerine odaklanarak fizyolojik işlevini ve konforunu muhafaza etmesine veya yeniden kazanmasına yardımcı olacak standart hemşirelik girişimlerinden oluşmaktadır. Hekim istemine uygun tedavinin uygulanması, normal solunumun sürdürülmesi, yeterli dinlenmenin sağlanması, rahat pozisyonun desteklenmesi, cerrahi sonrası oral alım ve mobilizasyonun başlatılması, normal üriner eliminasyonun ve uygun giyinmenin desteklenmesi, çevreyi konforu artıracak şekilde düzenleme, mahremiyetin korunması ve çocuğa bir işlem yapılırken izin istenmesi, aile sürecinin devam ettirilmesinin sağlanması, çocuk ve ailenin inanç

sistemlerine uygun ibadet etmesinin desteklenmesi, çocuğu kazalardan koruyucu önlemlerin alınması standart bakım girişimlerine örnek olarak verilebilir.

**Emosyonel odaklı konfor bakım girişimleri;** sosyokültürel ve psikospiritüel konfor ihtiyaçlarına yönelik hemşirelik girişimlerinden oluşmaktadır. Çocuk ve ebeveynlerine yeterli ve sınırlı bilgilendirme yapılması, korku ve kaygının ifade edilmesinin sağlanması ve azaltılması, olumlu sohbet, tele izlem ve danışmanlık bu girişimlere örnek olarak verilebilir.

**Bilişsel ve fonksiyonel odaklı konfor bakım girişimleri;** çocuğun cerrahi deneyimi ile ilgili yaşamış olduğu problemlerin üstüne çıkmasına yardımcı olmak amacıyla, ağrı gibi fizyolojik ya da kaygı, korku gibi psikolojik problemlere yönelik girişimlerden oluşmaktadır. Terapötik oyun, boyama ve bulmacalar ile dikkatin başka yöne çekilmesi, çevrenin iyileştirici olarak düzenlenmesi, ödüllendirme girişimi ile başarı duygusuna erişme, motivasyonun artırılması bilişsel ve fonksiyonel odaklı konfor bakım girişimlerine örnek olarak verilebilir.

Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na temellenen standart, emosyonel, bilişsel ve fonksiyonel odaklı konfor bakım girişimleri ile verilen hemşirelik bakımı, konfor odaklı bakım girişimleri (KOBaG) protokolü ile uygulanmıştır. Çocuk ve ebeveynlerinin operasyondan önceki mesai gününde çocuk cerrahi polikliniğine başvurmaları ile verilmeye başlanan hemşirelik bakımına operasyon günü günübirlik cerrahi ünitesinde devam edilmiş, postoperatif 10 gün boyunca telefon ile iletişime devam edilerek hemşirelik bakımı sürdürülmüştür. Hemşirelik bakımına, postoperatif 10. gününde yapılan kontrol muayenesi ile son verilmiştir. Kontrol muayenesinin postoperatif 10. gününde yapılması çalışmanın yapıldığı kurumun rutin uygulamasıdır. Bu doğrultuda Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na temellenen hemşirelik bakımı her bir çocuk ve ebeveyni için yaklaşık 12-14 günlük sürede gerçekleştirilmiştir. Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na temellenen hemşirelik bakımının içeriği Ek-18'de, Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na temellenen hemşirelik bakımı ve bakım sonrası konfor düzeylerinde beklenen çıktılar ise Ek-19'da daha ayrıntılı açıklanmıştır. Araştırmada uygulanan hemşirelik bakımı ile en az ferahlama düzeyinde konforu artırmak amaçlanmıştır.

### 3.12. KOBaG Protokolü

Konfor odaklı bakım girişimleri protokolü, standart bakım girişimlerine ek olarak uygulanmış dört temel girişimin bileşiminden oluşan bir protokoldür. Bu girişimler; standart bakım girişimleri, ameliyat hazırlık eğitimi, boyama ve bulmaca girişimi, ödüllendirme girişimi, tele izlem ve danışmanlık girişimidir. Şekil 3.4’de KOBaG protokolü yer almaktadır.



Şekil 3.4. KOBaG protokolü



### **3.12.1. Standart Bakım Girişimleri**

Sünnet olan çocuk ve ebeveynlerinin fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel ve çevresel sağlık bakım gereksinimleri bulunmaktadır. Bu sağlık bakım gereksinimlerini karşılayabilmek için çocuğa ve ebeveynlerine operasyondan önceki mesai gününde anestezi konsültasyonu için polikliniğe başvurmalarından, taburculuklarına kadar gereksinimlerine göre bireyselleştirilmiş standart bakım girişimleri uygulanmıştır (Ek-19).

### **3.12.2. Ameliyat Hazırlık Eğitimi**

Sünnet olan çocuk ve ebeveynlerinin bilgilendirilme, güven duyma, etkili iletişimi geliştirebilme, korku ve kaygının ifade edilmesi gibi sağlık bakım gereksinimleri bulunmaktadır. Bu sağlık bakım gereksinimlerini karşılayabilmek için hem çocuklara hem de ebeveynlerine standart bakım girişimlerine ek olarak ameliyat hazırlık eğitimi uygulanmıştır.

Ameliyat hazırlık eğitimi kapsamında, operasyondan önceki poliklinik başvurusunda çocuklara terapötik oyun temelli ameliyat hazırlık eğitimi, ebeveynlerine yazılı eğitim materyali ile ameliyat hazırlık eğitimi uygulanmıştır. Ameliyat hazırlık eğitimi, çalışmanın yapıldığı hastanenin 1. zemin katında, anestezi polikliniğinin yanındaki hasta işlemleri odasında yapılmıştır. Odanın fiziksel koşulları çocuk ve ebeveynlerin eğitime odaklanabilmelerine elverişli hale getirilmiştir. Çalışmanın yapıldığı kurum araştırma sürecinde hasta işlemleri odasını başka bir amaçla kullanmamıştır. Odada, terapötik oyun araçları, altı adet kolçaklı ve bir adet hareketli sandalye bulunmaktadır. Odada dahili telefon hattı bulunmamaktadır. Eğitim sürecinde ebeveynlerden cep telefonlarını sessiz moda getirmeleri istenmiştir. Odanın kapısına “İçeride eğitim yapılmaktadır” yazısı asılmıştır. Eğitimin, kesintiye uğramaması sağlanmıştır. Odanın görseli Şekil 3.5.’te verilmiştir.

Eğitimin içeriği konusunda ebeveynler ve çocuk bilgilendirilmiş, çocuk ebeveynleri ile birlikte görüşmeye alınmıştır. Ancak ebeveynlere eğitim yapılırken çocuk diğer yakını ile bekleme salonunda vakit geçirmiştir.



**Şekil 3.5.** Ameliyat hazırlık eğitimlerinin yapıldığı hasta işlemleri odası

### **Terapötik Oyun Temelli Ameliyat Hazırlık Eğitimi**

Girişim grubuna alınan çocuklara, operasyondan önceki poliklinik başvurusunda anestezi konsültasyonu öncesinde, en az 30 dakika süren “Terapötik oyun temelli ameliyat hazırlık eğitimi” uygulanmıştır. Araştırmacı, eğitimi uygulayabilmek için “Oyun terapisi uygulayıcı sertifikası” almıştır (Ek-16).

Terapötik oyun temelli ameliyat hazırlık eğitimi üç aşamalı olarak gerçekleştirilmiştir. Birinci aşamada “Ahmet’in Sünnet Macerası” isimli öykü kitabı ile işleme hazırlık ve bilgilendirme yapılmıştır. Daha sonra, amigurumi bebek ve tıbbi oyuncaklar ile terapötik oyun girişimi uygulanmıştır. Son olarak çocuğa, nefes egzersizi öğretilmiştir. Ayrıca çocukların süreçle ilgili tüm soruları yanıtlanmıştır. Terapötik oyun temelli ameliyat hazırlık eğitiminin içeriği, amacı, hedefi, uygulama yeri, süresi ve yöntemi hakkında daha ayrıntılı bilgi Ek-20’de verilmiştir.

**\*Öykü Kitabı:** “Ahmet’in Sünnet Macerası” isimli öykü kitabı araştırma kapsamında, araştırmacı tarafından güncel literatür doğrultusunda, kanıta dayalı rehber kılavuzlar, yayınlar, web sitelerinden yararlanılarak geliştirilmiştir. Öykü kitabının metni, araştırmacı

ve danışmanı tarafından hikaye dilinde yazılmış, 18 adet içeriği yansıtan renkli resim ile hikayenin akışı desteklenmiştir. Öykü kitabında bulunan resimler bir animasyon stüdyosu tarafından çizilmiştir.

Öykü kitabı geliştirildikten sonra Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Öğretim Üyesi (3), Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Öğretim Üyesi (2), Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Öğretim Üyesi (1), Çocuk Gelişim Uzmanı (2), Psikolog (1), Çocuk ve Ergen Psikiyatri Uzmanı'ndan (1) oluşan toplam 10 uzmandan görüş alınmıştır. Daha sonra araştırmanın ön uygulaması yapılırken öykü kitabı 4-7 yaş arası sünnet operasyonu planlanan çocuklara uygulanmış, çocukların öykü kitabını merakla dinledikleri, kitaptan hoşlandıkları, kitapta bulunan resimlerle süreci daha iyi anladıklarını ifade ettikleri gözlemlenmiş, operasyondan önceki gece kitabı ailelerine tekrar okuttukları öğrenilmiştir. Alınan uzman görüşleri ve öneriler doğrultusunda gerekli değişiklikler yapılarak öykü kitabına son hali verilmiştir (Ek-24).

*\*Öykü Kitabının Okunabilirlik Düzeyi:* Öykü kitabının okunabilirlik düzeyi Ateşman'ın (1997) Türkçeye uyarladığı okunabilirlik formülleri kullanılarak hesaplanmıştır. Formül; Okunabilirlik katsayısı =  $198,825 - 40,175 \cdot X_1 - 2,610 \cdot X_2$ 'dir. Formüldeki  $X_1$ ; hece olarak ortalama kelime uzunluğunu,  $X_2$  ise; kelime olarak ortalama cümle uzunluğunu ifade etmektedir. Formüle göre, okunabilirlik katsayısını bulmak için metnin başından, ortasından veya sonundan ilk 100 kelime alınır. Bu 100 kelimenin toplam hece uzunluğu ve 100 kelimedeki toplam cümle sayısı hesaplanır. Toplam hece uzunluğu 100'e bölünerek  $X_1$ , toplam kelime sayısının toplam cümle sayısına bölünmesiyle de  $X_2$  değeri tespit edilir. Formüle göre okunabilirlik katsayısı hesaplandıktan sonra Ateşman'ın (1997) okunabilirlik düzeyleri ve katsayıları tablosuna göre değerlendirilir. Tablo 3.3.'te Ateşman'a göre okunabilirlik düzeyleri ve katsayıları tablosu verilmiştir.

Araştırmada öykü kitabının okunabilirlik seviyesini belirlemek için metnin ortasında yer alan ilk 100 kelime (kitapçığın 13-17 sayfaları) değerlendirmeye alınmıştır. Bu 100 kelimenin toplam hece uzunluğu 283 bulunmuş, toplam hece uzunluğu 100'e bölünerek  $X_1$  hesaplanmıştır. Bu öykü kitabı için  $X_1(283/100)= 2,83$ 'dür. Bu 100 kelimedeki toplam cümle sayısı 18 bulunmuş, toplam kelime sayısının toplam cümle sayısına bölünmesiyle

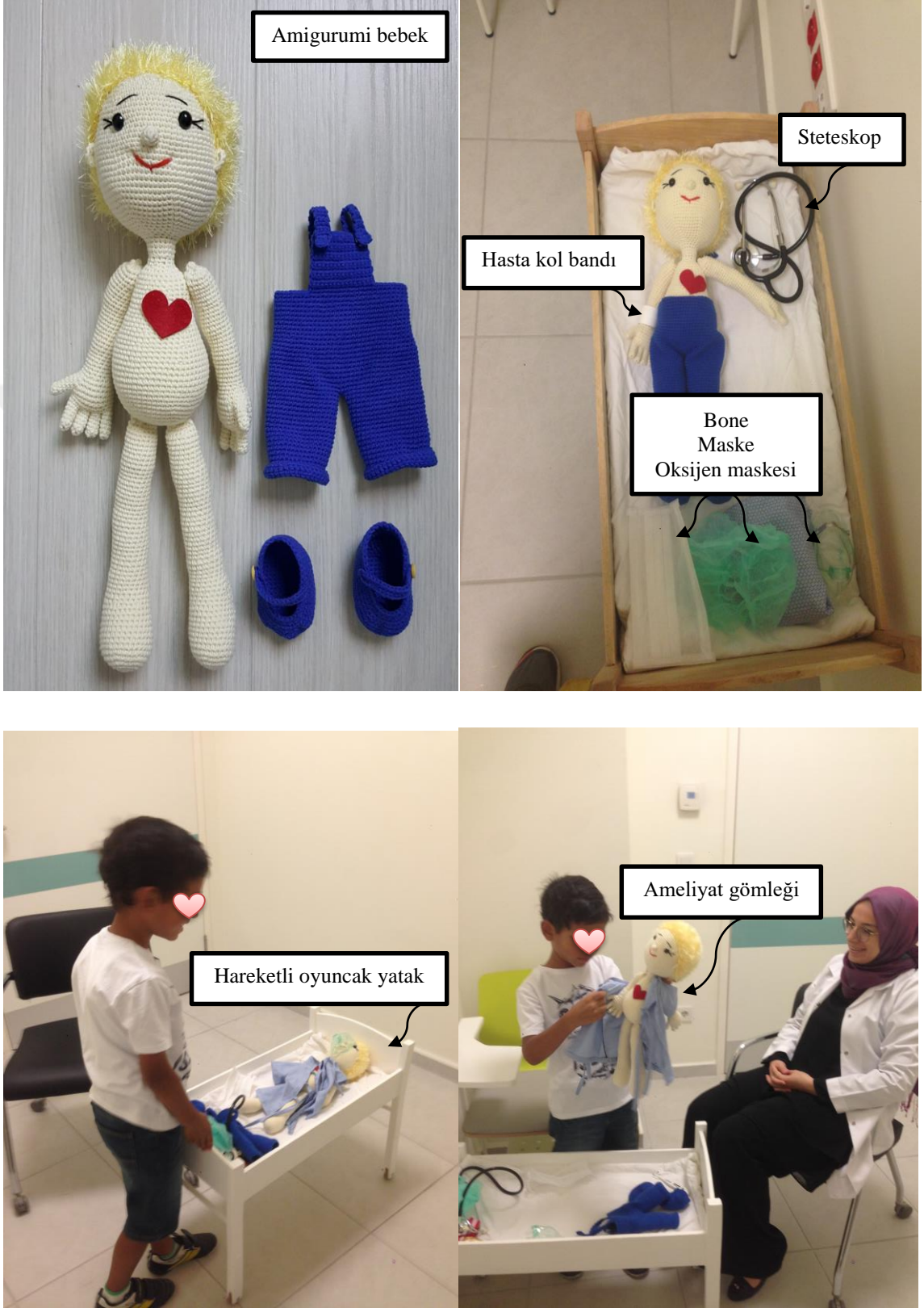
de  $X_2$  değerleri hesaplanmıştır. Bu öykü kitabı için  $X_2(100/18)= 5,556$ 'dır. Bulunan değerler formüle yerleştirildiğinde (Okunabilirlik katsayısı=  $198,825 - 40,175 \cdot 2,83 - 2,610 \cdot 5,556$ ) eğitim kitapçığı'nın okunabilirlik seviyesi Ateşman'a göre 70,629 hesaplanmış ve kitapçığın "kolay" okunabilir olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 3.3.** Ateşman'a göre okunabilirlik düzeyleri ve katsayıları

Okunabilirlik Seviyesi	Okunabilirlik Katsayısı
Çok kolay	90 - 100
Kolay	70 - 89
Orta güçlükte	50 - 69
Zor	30 - 49
Çok zor	1 - 29

**\*Öykü Kitabının İçeriğinin ve Uygunluğunun Değerlendirilmesi:** Öykü kitabının içeriğinin ve uygunluğunun değerlendirilmesi için araştırmacı ve danışmanı tarafından Öykü Kitabının İçeriğinin ve Uygunluğunun Değerlendirilmesi Formu oluşturulmuş ve alanında uzman 10 kişiden görüş alınmıştır. Form, toplam yedi sorudan oluşmaktadır. Likert tipinde olan formda, "4= Oldukça Uygun", "3= Uygun fakat kısmen değişiklik yapılmalı", "2= Çoğunluğu uygun hale getirilmeli", "1= Uygun değil" şeklinde puanlanmaktadır. "4" materyalin uygunluğunu, "1" materyalin uygunsuzluğunu ifade etmektedir. Toplam puanın yüksek olması öykü kitabının uygunluğunun yüksek olduğunu göstermektedir.

Forma, uzmanların verdikleri cevapların ortalaması ve değerlendirmelerinin uyumunu gösteren analiz sonuçları incelendiğinde, öykü kitabının değerlendirildiği yedi sorunun toplam puan ortalaması 28 puan üzerinden  $25.00 \pm 3.59$ 'dur. Uzmanlar tarafından verilen cevapların ortalaması hemen hemen aynıdır ve en yüksek ortalama yedinci soruya aittir ( $3.90 \pm 0.31$ ). Bu form için uzmanların değerlendirmelerinin uyumlu olduğu ( $W: 0.679$ ,  $p=0.000$ ) saptanmıştır (Ek-9). Bu analizler sonucunda öykü kitabının içeriği ve uygunluğu yüksek bulunmuştur.



Şekil 3.6. Amigurumi bebek ve tıbbi oyuncaklar

**\*Amigurumi bebek:** Bebek, %100 pamuk organik el örgü ipi ile araştırmacı tarafından ördürülmüştür. Bebek, 40 cm uzunluğunda, giysileri ve ayakkabıları çıkarılabilir nitelikte, erkek bir bebektir. Bebeğin göğsünde çocukların stetoskopu yerleştirip, kalp seslerini dinleyebilecekleri bir kalp sembolü bulunmaktadır. Bebeğin yüzünde, gülümseme ifadesi bulunmaktadır. Araştırmada amigurumi bebek tercih edilmesinin nedeni, çocukların bu bebeklere sempatilerinin olması, yıkanabilir ve yumuşak özellikte oluşlarıdır. Araştırma kapsamında toplam iki adet amigurumi bebek kullanılmış, temizliklerini sağlamak için her kullanım sonunda bebekler aktif nano gümüş iyonları içeren anti-mikrobiyal sprey ile dezenfekte edilmiş, haftada bir kez toz sabun ile çamaşır makinasında yıkanmıştır (şekil 3.6).

**\*Tıbbi oyuncaklar:** Çalışmada tıbbi oyuncak olarak; ameliyat gömleği, hareketli oyuncak yatak, bone, maske, steteskop, hasta kol bandı, maske ve derece kullanılmıştır. Ameliyat gömleği araştırmacı tarafından, amigurumi bebeğin giyebileceği büyüklükte, uygulamanın yapıldığı hastanedeki ameliyat gömleklerine benzer renk ve desende, %100 pamuk kumaştan diktirilmiştir (şekil 3.6). Hareketli oyuncak yatak 70 cm uzunluğunda, 120 cm yüksekliğinde, tahta malzemeden yapılmış ve odadaki diğer mobilyalarla uyumlu olması için araştırmanın ön uygulamasından sonra beyaz renge boyanmıştır. Hareketli oyuncak yatak araştırma kapsamında imal ettirilmiştir (şekil 3.6). Diğer terapötik oyun araçları olan steteskop, hasta kol bandı, bone, maske ve derece gerçek tıbbi malzemelerden oluşmaktadır (şekil 3.6).

### **Yazılı Eğitim Materyali İle Ameliyat Hazırlık Eğitimi**

Konfor Kuramı'na göre çocuk ve aile parçalanamaz bir bütündür. Bu nedenle girişim grubuna alınan çocukların ebeveynlerine, operasyondan önceki poliklinik başvurusunda çocuğa yapılan ameliyat hazırlık eğitimi sonrasında, en az 15-20 dakika süren “Yazılı eğitim materyali ile ameliyat hazırlık eğitimi” uygulanmıştır.

Eğitim, “Sünnet Operasyonu Planlanan Çocuğunuzun Bakımı” isimli eğitim kitapçığı ile verilmiştir. Ebeveynlerin süreçle ilgili tüm soruları yanıtlanmıştır. Yazılı eğitim materyali ile ameliyat hazırlık eğitiminin içeriği, amacı, hedefi, uygulama yeri, süresi ve yöntemi hakkında daha ayrıntılı bilgi Ek-21'de verilmiştir.

**\*Eğitim kitapçığı:** “Sünet Operasyonu Planlanan ocuğunuzun Bakımı” isimli eğitim kitapçığı araştırma kapsamında, araştırmacı tarafından güncel literatür doğrultusunda, kanıta dayalı rehber kılavuzlar, yayınlar, web sitelerinden yararlanılarak geliştirilmiştir. Eğitim kitapçığı geliştirildikten sonra Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Öğretim Üyesi (3), Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Öğretim Üyesi (2), Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Öğretim Üyesi (1), Çocuk Cerrahisi Uzmanı (1), Üroloji Uzmanı’ndan (1) oluşan toplam sekiz uzmandan görüş alınmıştır. Daha sonra araştırmanın ön uygulaması yapılırken eğitim kitapçığı, ebeveyne uygulanmış, geri dönüşleri alınmıştır. Alınan uzman görüşleri ve öneriler doğrultusunda gerekli değişiklikler yapılarak kitapçığıa son hali verilmiştir (Ek-23).

**\*Eğitim Kitapçığının Kapsam Geçerliliği:** Sünet Operasyonu Planlanan ocuğunuzun Bakımı eğitim kitapçığının kapsam geçerliliği Lawshe yöntemi ile saptanmıştır. Alanında uzman sekiz kişiye eğitim kitapçığında bulunan konu başlıkları ve alt başlıklarının uygunluğu hakkındaki görüşleri sorulmuştur. Her bir konu başlığı için uzman görüşleri “Uygun Değil”, “Biraz Uygun” “Uygun” olarak derecelendirilmiştir. Kapsam geçerlik oranı (KGO), herhangi bir konu başlığına ilişkin “Uygun” görüşünü belirten uzman sayısının ( $N_G$ ), konu başlığına ilişkin görüş belirten toplam uzman sayısının ( $N$ ) yarısına oranının, 1 eksiği ile elde edilmektedir (Yurdugül, 2005).

Formül; 
$$KGO = \frac{N_G}{N/2} - 1$$

Veneziano ve Hooper (1997) tarafından  $\alpha=0,05$  anlamlılık düzeyinde uzman sayısına göre KGO’ların minimum değerleri tabloya dönüştürülmüştür (Tablo 3.4).

Araştırmada, uzman görüşleri doğrultusunda eğitim kitapçığının her bir konu başlığının kapsam geçerlilik oranı hesaplanmış, katılımcıların tamamının eğitim kitapçığındaki tüm konu başlıklarını “Uygun” olarak derecelendirdikleri belirlenmiştir. Tüm konu başlıkları için KGO değerleri “1” olarak hesaplanmıştır. Ancak hata payı veya şans eseri olabilme olasılığı göz önüne alınarak bu değer 0,99 kabul edilmiştir (Yurdugül, 2005). Araştırmada eğitim kitapçığının KGO değerleri, sekiz kişilik örneklem için kabul edilen 0.78 sınırının

üzerindedir (Ek-11). Dolayısıyla, eğitim kitapçığının kapsam geçerlilik oranı yüksek olarak bulunmuştur.

**Tablo 3.4.** Uzman sayısına göre kapsam geçerlik oranlarının minimum değerleri

Uzman Sayısı	Minimum Değer	Uzman Sayısı	Minimum Değer
5	0.99	13	0.54
6	0.99	14	0.51
7	0.99	15	0.49
8	<b>0.78</b>	20	0.42
9	0.75	25	0.37
10	0.62	30	0.33
11	0.59	35	0.31
12	0.66	40+	0.29

**\*Eğitim Kitapçığının Okunabilirlik Düzeyi:** Eğitim kitapçığının okunabilirlik düzeyi Ateşman'ın (1997) Türkçeye uyarladığı okunabilirlik formülleri kullanılarak hesaplanmıştır. Bu araştırmada kitapçığın ortasında yer alan ilk 100 kelime (kitapçığın 13-14 sayfaları) değerlendirmeye alınmıştır. Bu 100 kelimenin toplam hece uzunluğu 327 bulunmuş, toplam hece uzunluğu 100'e bölünerek  $X_1$  hesaplanmıştır. Bu araştırmada  $X_1(327/100)= 3,27$ 'dir. Bu 100 kelimedeki toplam cümle sayısı 23 bulunmuş, toplam kelime sayısının toplam cümle sayısına bölünmesiyle de  $X_2$  değerleri hesaplanmıştır. Bu araştırmada  $X_2(100/23)= 4.348$ 'dir. Bulunan değerler formüle yerleştirildiğinde (Okunabilirlik katsayısı=  $198,825 - 40,175 \cdot 3,27 - 2,610 \cdot 4.348$ ) eğitim kitapçığı'nın okunabilirlik seviyesi Ateşman'a göre 56.11 hesaplanmış ve kitapçığın "orta güçlükte" okunabilir olduğu belirlenmiştir.

**\*Yazılı Eğitim Materyalinin Okuryazarlık Yönünden Uygunluğunun Değerlendirilmesi:** Eğitim materyalinin okuryazarlık yönünden uygunluğunun belirlenmesi amacıyla Yazılı Eğitim Materyalinin Okuryazarlık Yönünden Uygunluğunun Değerlendirilmesi Formu kullanılmıştır. Form, daha önce Doak ve arkadaşları (1994),



Demir ve arkadaşları (2008) ve Uğurlu ve Akgün'ün (2019) çalışmalarında aynı amaçla kullanılmıştır.

Form, içerik durumu (4 madde), okur-yazarlık durumu (5 madde), resim, grafik durumu (5 madde), yazı ve plan durumu (8 madde), öğrenme ve motivasyon durumu (3 madde), kültürel uygunluk durumu (2 madde) olmak üzere altı bölüm ve toplam 27 sorudan oluşmaktadır. Maddelerin uygunluğuna evet için "1" puan, hayır için "0" puan verilerek, form toplam "1" ile "27" puan üzerinden değerlendirilmektedir. Formda "18, 19, 20, 21 ve 22." maddeler olumsuz ifadeler içermektedir ve puanlamada "Hayır" olarak verilen yanıtlar "Evet" olarak kodlanıp, değerlendirilmektedir. Toplam puanın yüksek olması, materyalin okunabilirlik derecesinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Araştırmada, hazırlanan eğitim kitapçığı uzmanlar tarafından değerlendirilmiş, formun puan ortalamasının  $26.25 \pm 1.94$  ve materyalin okunabilirlik derecesinin yüksek olduğu saptanmıştır. Bu form için, uzmanların değerlendirmelerinin uyumlu olduğu ( $W: 0.094$ ,  $p=0.013$ ) belirlenmiştir (Ek-10).

### **3.12.3. Boyama ve Bulmaca Girişimi**

Girişim grubuna alınan çocuklara operasyon için günübirlik cerrahi ünitesine başvurdıklarında, operasyon öncesinde boyama ve bulmaca girişimi uygulanmıştır. Boyama ve bulmaca girişimi ile hem dikkatin başka yöne çekilerek ağrı, kaygı ve korkunun azaltılması hem de çocuğun sosyalleşmesinin desteklenmesi amaçlanmıştır.

Boyama ve bulmaca girişimi, araştırmacı tarafından geliştirilen "Ahmet'in Sünnet Macerası Boyama ve Bulmaca Kitabı" ile uygulanmıştır (Ek-25). Kitap, Ahmet'in Sünnet Macerası öykü kitabında bulunan, perioperatif süreci anlatan altı adet renklendirilmemiş çizim ile dört adet bulmaca etkinliğinden oluşmaktadır. Boyama malzemeleri araştırmacı tarafından çocuğa boyama ve bulmaca kitabı ile hediye edilmiştir.

Boyama ve bulmaca girişimi, operasyondan bir saat önce araştırmacı koçluğunda günübirlik cerrahi hazırlık odasında uygulanmıştır. Günübirlik cerrahi hazırlık odası çocukların boyama yapabileceği, oyun oynayabileceği şekilde araştırmacı tarafından dizayn edilmiştir. Oda da kullanılan masa ve sandalyeler araştırmacı tarafından temin

edilmiştir. Çocuklar ebeveynleri ile birlikte odaya kabul edilmiştir. Uygulama 20-30 dakika ile sınırlandırılmıştır. Uygulama sonunda çocuk etkinliğe devam etmek isterse, etkinliğe tek başına ya da ebeveyni ile devam edebileceği söylenmiştir. Odanın görseli Şekil 3.7.'de verilmiştir.



Şekil 3.7. Gününbirlik cerrahi hazırlık odası

#### 3.12.4. Ödüllendirme Girişimi

Girişim grubuna alınan çocuklara ödüllendirme girişimi uygulanmıştır. Araştırmada ödüllendirme girişimi ile hem dikkatin başka yöne çekilerek ağrı, kaygı ve korkunun azaltılması hem de başarıya ulaşma gereksiniminin karşılanması, motivasyonun ve konforun artırılması amaçlanmıştır.

Ödüllendirme girişimi kapsamında girişim grubundaki çocuklara, başatme becerilerinin başarısına yönelik olumlu geri bildirimde bulunulmuş (Bravo! Çok cesurdun! Başardın! Tebrik ediyorum. vb.) ve postoperatif 2. saatte madalya hediye edilmiştir. Madalyanın

üzerinde “Üstün Cesaret Madalyası”, “2019” yazısı ve “Akdeniz Üniversitesi logosu” yer almaktadır. Madalyanın görseli ve ödüllendirme girişimleri, Şekil 3.8’de gösterilmiştir.



Şekil 3.8. Üstün cesaret madalyası ve ödüllendirme girişimleri

### 3.12.5. Tele İzlem ve Danışmanlık

Tele-hemşirelik ve tele-sağlık uygulamaları özellikle cerrahi sonrası hastanın bakımında sürekliliğin sağlanmasında artan bir ihtiyaç olarak tanımlanmaktadır. Tele izlem ve danışmanlık hizmeti hemşire ve çocuk arasında bakım köprüsü oluşturmakta ve bakımın tamamlayıcısı olmaktadır. ABD, İngiltere gibi ülkelerde hastaların taburcu olduktan sonra özellikle ilk 24 saat içinde telefon ile arandığı ve evde fiziksel ve duygusal durumlarının izlendiği bildirilmektedir (Bartık ve Törüner, 2018).

Araştırmada bu girişim ile postoperatif 3. saatte gününbirlik cerrahi ünitesinden taburcu olan ve hemşire ile sınırlı zaman geçirme fırsatına sahip çocukların durumlarındaki değişiklikleri erken dönemde saptamak ve müdahale etmek, bakımda sürekliliği yakalamak, konforu artırmak, günlük yaşamdaki rollerine geri dönmelerine yardımcı olmak ve bakım memnuniyetini artırmak amaçlanmıştır.

Tele izlem ve danışmanlık girişimi sürecince araştırmacı, çalışmaya dahil olan ebeveyne telefon numarasını vermiş, girişimi anlatmış ve ebeveyn taburculuk sonrası 1. ve 3. günde, ebeveynin belirlediği saatte, birer kez aranmıştır. Girişim, yapılandırılmış telefon görüşmeleri ile gerçekleştirilmiş, görüşmeler 5-10 dakika ile sınırlandırılmıştır. Yapılandırılmış telefon görüşmelerinin taburculuk sonrası 1. ve 3. günlerde gerçekleştirilmesinin nedenleri; ilk 24 saatin sünnet sonrası olası yan etkilerin ortaya çıkabileceği kritik süre olması, özellikle ilk 48 saatin diğer günlere göre daha ağırlı geçmesi, postoperatif 48. saatin sonunda pansuman pedinin çıkarılmasının gerekmesidir. Bir başka deyişle telefon görüşmeleri, çocuk ve ebeveynin en çok problem yaşadığı ve desteğe ihtiyaç duyduğu zamanlar dikkate alınarak planlanmıştır (Henderson ve Zernike, 2001).

Ek olarak, araştırmacı ebeveyne postoperatif 10 gün boyunca süreçle ilgili gereksinim duyduğu tüm zamanlarda araştırmacıyı rahatlıkla arayabileceği veya mesaj gönderebileceği konusunda güvence vermiştir. Araştırmacı, gereksinim duyan ebeveynler ile postoperatif 10 gün boyunca hem telefonla ile görüşerek hem de mesajlaşma ile iletişime devam etmiştir.

Tele izlem ve danışmanlık girişimi sürecinde ebeveynler en sık; ağrı yönetimi, bulantı-kusma, beslenme, ilaçların kullanımı, pansuman pedinin çıkartılması, insizyon bölgesinde şişlik-morluk, cerrahi sonrası yara iyileşmesi, banyo, yüzme, kontrol randevusu konularında bilgilendirilmek istemiştir. Sorular; “Sünnet Operasyonu Planlanan Çocuğunuzun Bakımı” isimli eğitim kitapçığı rehberliğinde cevaplanmış, ebeveynler kitapçığa tekrar göz atmaları konusunda yönlendirilmiştir. Ebeveynlerin 24’ü “WhatsApp” üzerinden yara iyileşme süreci, insizyon bölgesinde şişlik-morluk durumu ve kulakta şişlik, ağrı yakınması ile ilgili fotoğraf paylaşmıştır (Ek-12).

Tele izlem ve danışmanlık girişiminin içeriği, amacı, hedefi, uygulama yöntemi, süresi hakkında daha ayrıntılı bilgi Ek-22’de verilmiştir.

### **3.13. Kontrol Grubuna Uygulanan Rutin Hemşirelik Bakımının İçeriği**

Kontrol grubundaki katılımcılar çalışmanın yapıldığı hastanede rutin uygulanan hemşirelik bakımını almış, araştırmacı tarafından kontrol grubuna bir girişimde bulunulmamıştır. Çalışmanın yapıldığı hastanede sünnet operasyonu planlanan çocuk ve ebeveynlerine perioperatif süreç yönetimi konusunda programlı bir eğitim verilmemektedir. Gününbirlik cerrahi hemşireleri çocuk ve ebeveynleri ile operasyon günü karşılaşmaktadır. Çocuk ve ebeveynler operasyon saatine kadar gününbirlik cerrahi ünitesinin bekleme salonunda vakit geçirmektedir. Gününbirlik cerrahi uyandırma odasına çocukların ebeveynleri kabul edilmekte ve gününbirlik cerrahi hemşirelerince ebeveynlerin bakıma katılımları desteklenmektedir. Taburculuk eğitimi, gününbirlik cerrahi hemşireleri tarafından taburculuktan hemen önce sözlü olarak yapılmakta ve ebeveynlere “Taburculuk sonrası evde dikkat edilmesi gerekenler” başlıklı yazılı bir doküman verilmektedir.

### **3.14. Araştırmanın Ön Uygulaması**

Araştırmanın ön uygulaması gerekli onay ve izinler alındıktan sonra, araştırmanın kavramsal-kuramsal-deneysel yapısını, Kolcaba’nın Konfor Kuramı’na temellenen hemşirelik bakımının içeriğini, konfor odaklı bakım girişimleri protokolünü ve veri toplama araçlarını değerlendirmek amacıyla 1-16 Haziran 2019 tarihleri arasında, Isparta Şehir Hastanesi’nde, araştırmaya dahil edilme kriterlerini taşıyan beş çocuk ve ebeveyni

ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın ön uygulamasına alınan çocuk ve ebeveynler, örnekleme dahil edilmemiştir.

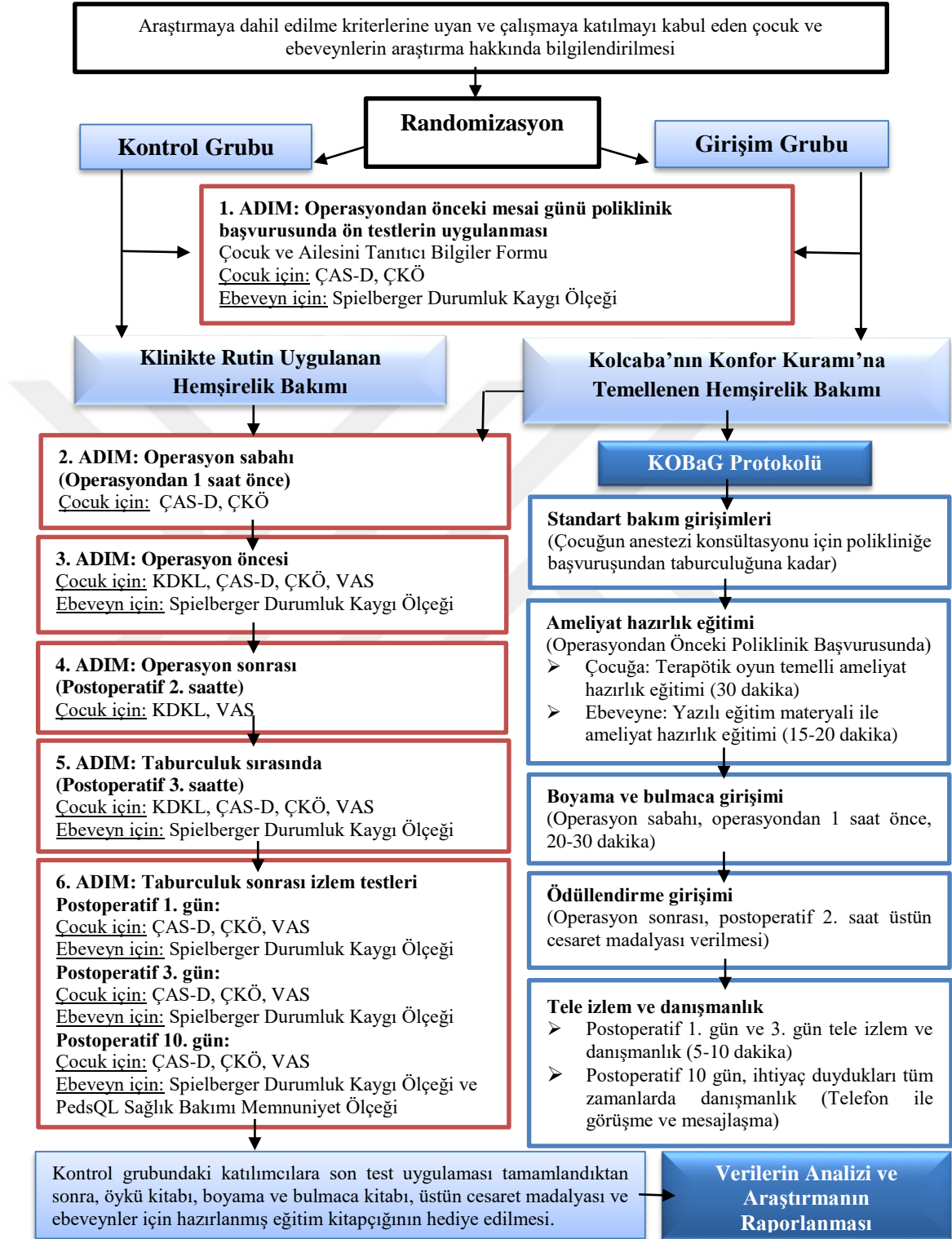
Yapılan ön uygulamada, araştırmanın kavramsal-kuramsal-deneysel yapısı test edilmiş, çocuk ve ebeveynlerinden girişimlere ve konfor odaklı bakım araçlarına yönelik görüş ve önerileri istenmiştir. Çocuk ve ebeveynler özellikle ameliyat hazırlık eğitimi kapsamında yapılan girişimleri ve üstün cesaret madalyasını çok beğendiklerini, operasyon öncesi kaygı ve korkularının azaldığını, rahatladıklarını, mutlu ve özel hissettiklerini, postoperatif dönemde verilen madalya ile çocukların motivasyonlarının arttığını belirtmişlerdir. Aldıkları bakımdan memnun oldukları öğrenilmiştir. Ek olarak ön uygulamada, araştırmanın eksik ve aksayan yönleri de belirlenmiştir. Örneğin, ameliyat hazırlık eğitimi kapsamında uygulanması planlanan köpükten baloncuk oyuncuğu ile nefes egzersizi uygulaması, çocukların uygulama basamaklarını yerine getirmekte zorlanmaları, köpükten baloncuk oyuncuğunun solüsyonunu dökmeleri nedeniyle girişimler arasından çıkarılmıştır. Nefes egzersizi, köpükten baloncuk oyuncuğu kullanılmadan uygulanmıştır.

### **3.15. Araştırma Verilerinin Toplanması**

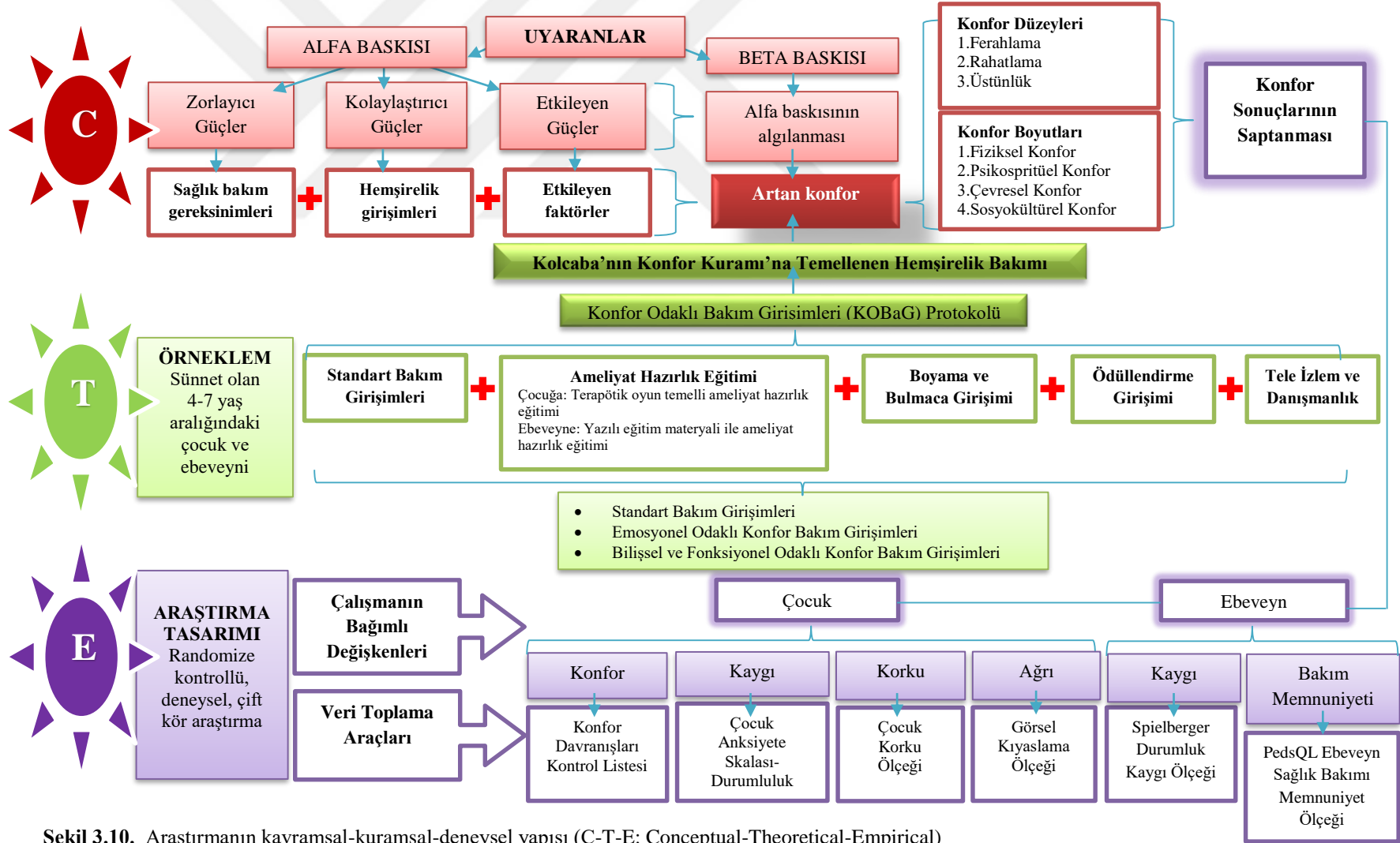
Araştırmacı, araştırmaya dahil edilme kriterlerini taşıyan bir çocuk tespit edildiğinde, çocuk ve ebeveynleri ile yaklaşık beş dakikalık bir görüşme yaparak araştırmanın amacı hakkında bilgi vermiştir. Çalışmaya katılmaya istekli olan çocuklardan sözlü, ebeveynlerinden yazılı ve sözlü onam alınmıştır. Katılımcılar, basit rastgele randomizasyon yöntemi ile girişim ve kontrol grubu olarak iki gruba ayrılmıştır.

Araştırmada, girişim grubuna araştırmacı tarafından geliştirilen Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na temellenen KOBaG protokolü ile uygulanan hemşirelik bakımı uygulanmıştır. Kontrol grubu ise klinikte uygulanan rutin hemşirelik bakımı almıştır.

Araştırma verileri altı adımda toplanmıştır. Araştırmanın uygulama basamakları ve veri toplama süreci araştırmanın iş akış planı Şekil 3.9.'da gösterilmiştir. Araştırmanın kavramsal-kuramsal-deneysel yapısı (CTE) ise, Şekil 3.10.'da yer almaktadır.



Şekil 3.9. Araştırmanın iş akış planı



Şekil 3.10. Araştırmanın kavramsal-kuramsal-deneysel yapısı (C-T-E: Conceptual-Theoretical-Empirical)



### 3.16. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizinde, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 23.0 yazılım paket programı kullanılmıştır. Araştırmada, yapılan tüm analizlerde anlamlılık düzeyi 0.05 olarak alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesi aşamasında istatistik danışma biriminden uzman desteği alınmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde girişimi tamamlayanlar analize dahil edilmiş, per-protokol analizi yapılmıştır. Ayrıca verilerin değerlendirilmesinde denetim amaçlı Intention to Treat (ITT) analizi de yapılmıştır. ITT analizi, randomizasyonun etkisinin sürdürülmesi ve araştırmadan ayrılma durumunda oluşacak yanlılık riskinin önlenmesi amacıyla kullanılan bir yöntemdir. ITT analizi, randomizasyon sonrasında çalışmadan ayrılma, tedaviye/girişime uyumsuzluk nedeniyle tedaviyi/girişimi almama vb. hiçbir gerekçeyi dikkate almadan, randomize edilen tüm katılımcının atandıkları gruba göre analiz edilmesi olarak tanımlanmaktadır. ITT analizinin temel ilkesi “nasıl randomize ettiysen öyle analiz yap= as randomized so analysed” şeklinde özetlenebilmektedir. Bu yöntemde, eksik olan verileri tamamlamak için istatistik stratejilerden birisi kullanılmaktadır. Longitudinal mix model, son gözlemin kaydedilmesi (last observation carried forward), en iyi (best-case scenario) ya da en kötü (best-case scenario) değerlerin kullanılması, cox regresyon vb. istatistik modeller, duyarlılık analizleri (sensitivity analysis) bu istatistik stratejilerden bazılarıdır (Akın ve Koçoğlu, 2017).

Çalışmada, katılımcıların tamamı postoperatif 1. gün araştırmadan ayrılmıştır. Katılımcıların postoperatif 1. güne kadar yapılan değerlendirmelerine ait eksik verileri bulunmamaktadır. Çalışmada, ÇAS-D, ÇKÖ, VAS ve Spielberger Durumluk Kaygı Ölçeği’nde postoperatif 1. gün, postoperatif 3. gün ve postoperatif 10. günde yapılan ölçümler ile ilgili eksik veriler bulunmaktadır. ÇAS-D, ÇKÖ, VAS ve Spielberger Durumluk Kaygı Ölçeği’ne ait eksik veriler, ölçeklere katılımcıların son verdikleri yanıtların tekrarlanması yolu ile araştırmadan bağımsız üniversite mezunu bir kişi tarafından doldurulmuş ve bu şekilde eksik veriler tamamlanmıştır. PedsQL Sağlık Bakımı Ebeveyn Memnuniyeti Ölçeği’nde varolan eksik veriler ise aynı kişi tarafından en iyi değerlerin (best-case scenario) kodlanması yolu ile doldurulmuştur. Bu yöntemin tercih edilmesinin nedeni; PedsQL Sağlık Bakımı Ebeveyn Memnuniyeti Ölçeğine ait

katılımcıların daha önce bir yanıtlarının bulunmamasıdır. Yapılan değerlendirme ve analizler Tablo 3.5.'te gösterilmiştir.

**Tablo 3.5.** Araştırmada kullanılan istatistiksel analizler

Değişkenler	İstatistiksel Yöntemler
Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında;	<ul style="list-style-type: none"> <li>G*Power 3.1.9.2 programı</li> </ul>
Öykü kitabı ve eğitim kitapçığı için alınan uzman görüşlerinin uzmanlar arası uyumunun karşılaştırılmasında;	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kendall W uyumluluk katsayısı</li> </ul>
Öykü kitabı ve eğitim kitapçığının okunabilirlik düzeyinin belirlenmesinde;	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ateşman okunabilirlik formülü</li> </ul>
Eğitim kitapçığının kapsam geçerliğinin belirlenmesinde;	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lawshe yöntemi</li> </ul>
Ölçeklerin güvenilirlik analizinde;	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cronbach's alpha katsayısı</li> </ul>
Verilerin normal dağılıma uygunluğunun belirlenmesinde;	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kolmogorov-Smirnov testi</li> </ul>
Girişim ve kontrol grubunun tanımlayıcı özellikleri ve gruplararası farklılığının karşılaştırılmasında;	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sürekli değişkenler için ortalama ve standart sapma</li> <li>Kategorik değişkenler için frekans ve yüzdeler</li> <li>Ki kare (Pearson Chi-Square)</li> </ul>
Girişim ve kontrol grubunun konfor, kaygı, korku, ağrı, bakım memnuniyeti düzeylerinin gruplararası karşılaştırılmasında	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bağımsız örneklem için <i>t</i>-testi</li> <li>Tekrarlı ölçümler için ANOVA testi</li> <li>Ortalama, standart sapma ve etki büyüklüğü (<math>\eta^2</math>, cohen's d)</li> </ul>
Tekrarlı ölçümler için ANOVA testi öncesinde test edilen varsayımlar;	<ul style="list-style-type: none"> <li>Varyansların homojenliği</li> <li>Küresellik varsayımı (Sphericity)</li> <li>Kovaryans matrisinin eşitliği (Box's test of equality of covariance matrices)</li> </ul>
Tekrarlı ölçümler için ANOVA testinde küresellik varsayımı sağlanmadığında;	<ul style="list-style-type: none"> <li>Greenhouse-Geisser düzeltmesi</li> <li>Huynh-Feldt düzeltmesi</li> </ul>
Örneklem kaybı durumunda verilerin değerlendirilmesi için denetim amaçlı;	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intention to Treat (ITT) Analizi</li> </ul>

### **3.17. Araştırmanın Güçlü Yanları ve Sınırlılıkları**

#### **Araştırmanın Güçlü Yanları**

- Çalışmanın, randomize kontrollü, deneysel ve çift kör olması
- Çalışmanın bir hemşirelik modeline temellendirilmesi
- Çalışmada, randomizasyon yapılması ve randomizasyonun gizliliğinin sağlanması
- Çalışmada, araştırmacının veri toplama sürecine dahil olmaması, süreci gözlemlemesi
- Veri toplama araçlarının geçerlik ve güvenilirlikleri yapılmış ölçeklerden oluşması
- Konfor odaklı bakım araçlarına (öykü kitabı, eğitim kitapçığı) yönelik uzman görüşü alınması
- Verilerin analizlerinde uygun istatistiksel yöntemler, ITT uygulanmış olması, etki büyüklüğünün hesaplanması

#### **Araştırmanın Sınırlılıkları**

- Araştırmada, katılımcıların konfor düzeyleri gününbirlik cerrahi sorumlu hemşiresi tarafından değerlendirilmiştir. Araştırmanın ön testleri ise çocuk cerrahi polikliniğinde doldurulmuştur. Gününbirlik cerrahi sorumlu hemşiresi ile katılımcılar ilk kez operasyondan önce karşılaştıkları için çalışmada KDKL'nin ön testi değerlendirilememiştir.
- Araştırmada, kurum politikası gereği anestezi indüksiyonu sırasında araştırmacı ve ebeveynleri çocuğun yanında olamamış, araştırmacı invaziv girişimlerde ve ilaç uygulamalarında çocuğun yanında bulunmuş ancak uygulamayı kendisi yapmamıştır.

## 4. BULGULAR

Çalışma, sünnet operasyonu planlanan 98 çocuk ve 98 ebeveyn ile yürütülmüştür. Gruplar incelendiğinde, girişim grubunda 52 çocuk, 52 ebeveyn, kontrol grubu 46 çocuk, 46 ebeveyn bulunmaktadır.

Bu bölümde, çalışmadan elde edilen bulgular istatistiksel analizleri yapılarak tablolar halinde sunulmuş, araştırmanın bulguları aşağıdaki başlıklar altında incelenmiştir.

- 4.1. Çocukların konfor düzeylerinin karşılaştırılması
- 4.2. Çocukların kaygı düzeylerinin karşılaştırılması
- 4.3. Çocukların korku düzeylerinin karşılaştırılması
- 4.4. Çocukların ağrı düzeylerinin karşılaştırılması
- 4.5. Ebeveynlerin kaygı düzeylerinin karşılaştırılması
- 4.6. Ebeveynlerin bakım memnuniyeti düzeylerinin karşılaştırılması

#### 4.1. Çocukların Konfor Düzeylerinin Karşılaştırılması

**Tablo 4.1.** Gruplara ve ölçüm zamanlarına göre çocukların konfor düzeyleri (Per-protokol analize göre; n=98)

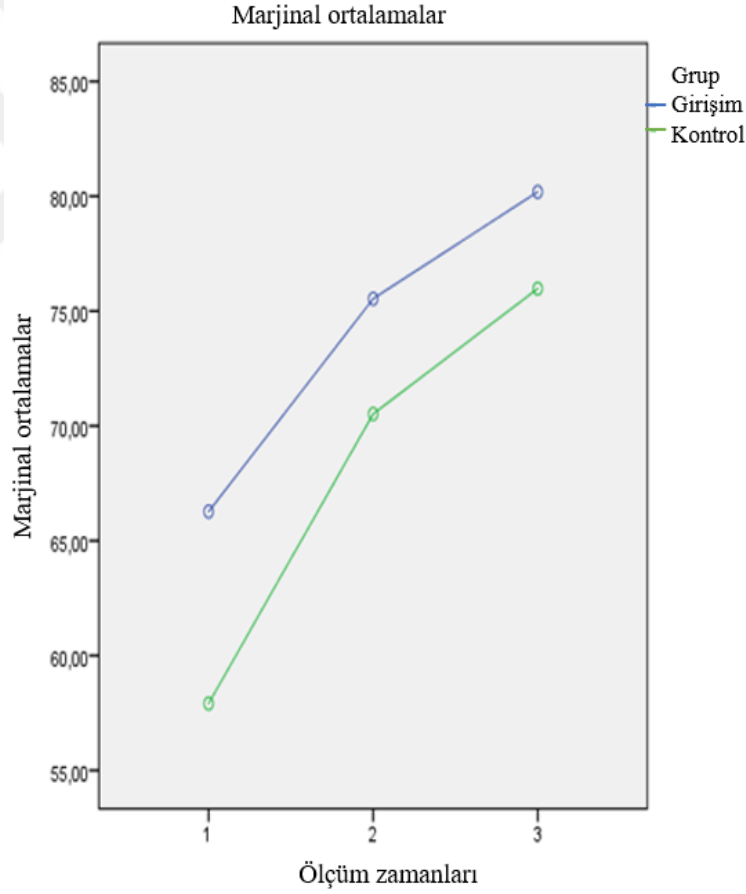
Konfor Davranışları Kontrol Listesi	Girişim grubu (n=52)		Kontrol grubu (n=46)		
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
<b>1. Ölçüm</b> Operasyon öncesi (Boyama ve bulmaca girişimi sonrası)	66.26	12.37	57.91	10.80	t= 3.540 p= <b>0.001**</b>
<b>2. Ölçüm</b> Operasyon sonrası (Postoperatif 2. Saat)	75.53	7.11	70.52	8.34	t= 3.212 p= <b>0.002**</b>
<b>3. Ölçüm</b> Taburculuk sırasında (Postoperatif 3. Saat)	80.19	5.86	75.97	7.84	t= 3.033 p= <b>0.003**</b>
<b>Model İstatistikleri*</b>					
	F	p	Eta kare	Güç	
<b>Grup</b> Gruplar Arası	12.784	<b>0.001**</b>	0.118	0.943	
<b>Zaman</b> Gruplar İçi Ölçüm	284.777	<b>0.000***</b>	0.748	1.000	
<b>Grup X Zaman</b>	5.140	<b>0.019**</b>	0.051	0.670	

$\bar{x}$ : Ortalama, SD: Standart sapma, \* Tekrarlı ölçümler için ANOVA testi (Greenhouse-Geisser düzeltmesi sonuçları), t= Bağımsız örneklemeler için t-testi analizi, \*\*p<0.05, \*\*\*p<0.001

Tablo 4.1’de gruplara ve ölçüm zamanlarına göre çocukların konfor düzeylerine ilişkin analiz sonuçları yer almaktadır. KDKL puanlarına ilişkin sonuçlar incelendiğinde, tekrarlı ölçümler için ANOVA testine göre; grup (F=12.784, p<0.05), zaman (F=284.777, p<0.001) ve grup zaman etkileşim (F= 5.140, p<0.05) ortak etkisi anlamlı bulunmuş ve etki büyüklüğü 0.051 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuçlara göre KDKL puanları gruplara ve ölçüm zamanlarına göre farklılık göstermiştir.

Çocukların KDKL değerlerinin gruplara ve ölçüm zamanlarına göre farklılık gösterdiği bulunduktan sonra, bu farklılığın hangi grup ve ölçümden kaynaklandığını belirlemek için bağımsız örneklemeler için t-testi analizi yapılmıştır (Tablo 4.1). Yapılan test istatistiği sonucunda;

Operasyon 6ncesinde KDKL puan ortalaması girişim grubundaki 6ocuklarda 66.26±12.37, kontrol grubundaki 6ocuklarda 57.91±10.80'dir. Operasyon sonrası postoperatif 2. saatte KDKL puan ortalaması girişim grubundaki 6ocuklarda 75.53±7.11, kontrol grubundaki 6ocuklarda 70.50±8.34 olarak bulunmuştur. Taburculuk sırasında KDKL puan ortalaması girişim grubundaki 6ocuklarda 80.19±5.56, kontrol grubundaki 6ocuklarda 75.97±7.84'dir. Operasyon 6ncesi, postoperatif 2. saatte ve taburculuk sırasında grupların KDKL puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılıkta saptanmıştır (t= 3.540, t= 3.212, t= 3.033, p<0.05). KDKL puanlarında oluşan değişim Şekil 4.1.'de g6r6lmektedir.



**Şekil 4.1.** Gruplara ve 6l6m zamanlarına g6re 6ocukların konfor d6zeylerindeki değişimi g6steren 6izgi grafiği

## 4.2. Çocukların Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması

**Tablo 4.2.** Gruplara ve ölçüm zamanlarına göre çocukların kaygı düzeyleri (Per-protokol analize göre; n=98)

Çocuk Anksiyete Skalası- Durumluluk	Girişim grubu (n=52)		Kontrol grubu (n=46)		
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
<b>1. Ölçüm</b> Operasyondan önceki poliklinik başvurusunda (Ön test)	4.36	2.88	4.26	3.20	t= 0.170 p= 0.865
<b>2. Ölçüm</b> Operasyon günü (Boyama ve bulmaca girişimi öncesi)	3.82	3.43	4.95	3.45	t= -1.620 p= 0.109
<b>3. Ölçüm</b> Operasyon öncesi (Boyama ve bulmaca girişimi sonrası)	4.50	3.29	6.60	3.18	t= -3.212 p= <b>0.002**</b>
<b>4. Ölçüm</b> Taburculuk sırasında (Postoperatif 3. Saat)	2.05	1.76	3.00	2.35	t= -2.256 p= <b>0.026**</b>
<b>5. Ölçüm</b> Postoperatif 1. Gün	3.28	3.07	4.30	2.83	t= -1.694 p= 0.093
<b>6. Ölçüm</b> Postoperatif 3. Gün	2.07	1.91	2.15	1.83	t= -0.198 p= 0.843
<b>7. Ölçüm</b> Postoperatif 10. Gün	1.19	0.52	1.23	0.84	t= -0.333 p= 0.740
<b>Model İstatistikleri*</b>					
	F	p	Eta kare	Güç	
<b>Grup</b> Gruplar Arası	4.589	<b>0.035**</b>	0.046	0.564	
<b>Zaman</b> Gruplar İçi Ölçüm	48.059	<b>0.000***</b>	0.334	1.000	
<b>Grup X Zaman</b>	3.290	<b>0.011**</b>	0.033	0.840	

$\bar{x}$ : Ortalama, SD: Standart sapma, \* Tekrarlı ölçümler için ANOVA testi (Greenhouse-Geisser düzeltmesi sonuçları), t= Bağımsız örneklemeler için t-testi analizi, \*\*p<0.05, \*\*\*p<0.001

ÇAS-D puanlarına ilişkin sonuçlar incelendiğinde Tekrarlı ölçümler için ANOVA testine göre; grup ( $F= 4.589$ ,  $p<0.05$ ), zaman ( $F=48.059.777$ ,  $p<0.000$ ) ve grup zaman etkileşim ( $F= 3.290$ ,  $p<0.05$ ) ortak etkisi anlamlı bulunmuş ve etki büyüklüğü 0.033 olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.2). Bu sonuçlara göre ÇAS-D puanları gruplara ve ölçüm zamanlarına göre farklılık göstermiştir.

Çocukların ÇAS-D değerlerinin gruplara ve ölçüm zamanlarına göre farklılık gösterdiği bulunduktan sonra, bu farklılığın hangi grup ve ölçümden kaynaklandığını belirlemek için bağımsız örneklemeler için t-testi analizi yapılmıştır (Tablo 4.2). Yapılan test istatistiği sonucunda;

Girişim grubundaki çocukların ÇAS-D puan ortalaması operasyondan önceki poliklinik başvurusunda yapılan ön test ölçümünde  $4.36\pm 2.88$ , kontrol grubundaki çocuklarda ise  $4.26\pm 3.20$  olarak bulunmuştur. Operasyondan önceki poliklinik günü yapılan ön test ölçümünde grupların ÇAS-D puanlarının istatistiksel olarak benzer olduğu saptanmıştır ( $t= 0.17$ ,  $p>0.05$ ).

Operasyon günü boyama ve bulmaca girişimi öncesi girişim grubundaki çocukların ÇAS-D puan ortalaması  $3.43\pm 3.82$ , kontrol grubundaki çocukların ÇAS-D puan ortalaması  $4.95\pm 3.45$  olarak bulunmuştur. Boyama ve bulmaca girişimi öncesi kontrol grubundaki çocuklarda ÇAS-D puanlarındaki artışın girişim grubuna göre anlamlı olmamakla birlikte daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $t= -1.62$ ,  $p>0.05$ ).

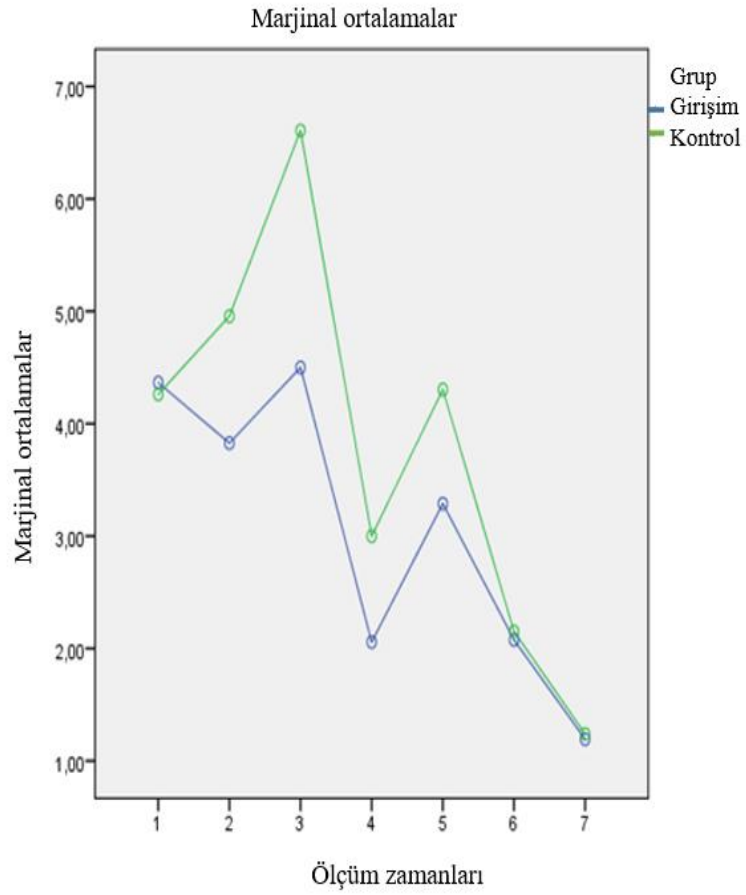
Operasyon öncesi boyama ve bulmaca girişimi sonrasında ÇAS-D puan ortalaması girişim grubundaki çocuklarda  $4.50\pm 3.29$ , kontrol grubundaki çocuklarda  $6.60\pm 3.18$  olarak bulunmuştur. Taburculuk sırasında ÇAS-D puan ortalaması girişim grubundaki çocuklarda  $2.05\pm 1.76$ , kontrol grubundaki çocuklarda  $3.00\pm 2.35$ 'dir. Operasyon günü hem boyama ve bulmaca girişimi sonrasında hem de taburculuk sırasında grupların ÇAS-D puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılıkta saptanmıştır ( $t= -3.212$ ,  $t= -2.256$ ,  $p<0.05$ ).

Girişim grubundaki çocukların ÇAS-D puan ortalaması postoperatif 1. günde  $2.05\pm 1.76$ , kontrol grubundaki çocukların ise  $3.00\pm 2.35$  olarak bulunmuştur. Kontrol grubundaki



çocukların ÇAS-D puanlarındaki artışın postoperatif 1. günde girişim grubuna göre anlamlı olmamakla birlikte daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $t= -1.694$ ,  $p>0.05$ ).

Postoperatif 3. günde ÇAS-D puan ortalaması girişim grubundaki çocuklarda  $2.07\pm 1.91$ , kontrol grubundaki çocuklarda  $2.15\pm 1.83$  olarak bulunmuştur. Postoperatif 10. günde ÇAS-D puan ortalaması girişim grubundaki çocuklarda  $1.19\pm 0.52$ , kontrol grubundaki çocuklarda  $1.23\pm 0.84$ 'dir. Postoperatif 3. ve 10. günde yapılan ölçümlerde grupların ÇAS-D puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ( $t= -1.198$ ,  $t= -0.333$ ,  $p>0.05$ ). ÇAS-D puanlarında oluşan değişim Şekil 4.2.'de görülmektedir.



**Şekil 4.2.** Gruplara ve ölçüm zamanlarına göre çocukların kaygı düzeylerindeki değişimi gösteren çizgi grafiği

### 4.3. Çocukların Korku Düzeylerinin Karşılaştırılması

**Tablo 4.3.** Gruplara ve ölçüm zamanlarına göre çocukların korku düzeyleri (Per-protokol analize göre; n=98)

Çocuk Korku Ölçeği	Girişim grubu (n=52)		Kontrol grubu (n=46)		
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
<b>1. Ölçüm</b> Operasyondan önceki poliklinik başvurusunda (Ön test)	1.32	0.94	1.30	1.31	t= 0.098 p= 0.922
<b>2. Ölçüm</b> Operasyon günü (Boyama ve bulmaca girişimi öncesi)	0.86	1.13	1.86	1.48	t= -3.781 p= <b>0.000***</b>
<b>3. Ölçüm</b> Operasyon öncesi (Boyama ve bulmaca girişimi sonrası)	1.40	1.31	2.71	1.22	t= -5.093 p= <b>0.000***</b>
<b>4. Ölçüm</b> Taburculuk sırasında (Postoperatif 3. Saat)	0.67	0.78	1.28	1.12	t= -3.132 p= <b>0.002**</b>
<b>5. Ölçüm</b> Postoperatif 1. Gün	1.28	1.34	2.21	1.15	t= -3.614 p= <b>0.000***</b>
<b>6. Ölçüm</b> Postoperatif 3. Gün	1.03	1.55	0.73	0.95	t= 1.129 p= 0.262
<b>7. Ölçüm</b> Postoperatif 10. Gün	0.40	0.93	0.34	1.05	t= 0.278 p= 0.781
<b>Model İstatistikleri*</b>					
	F	p	Eta kare	Güç	
<b>Grup</b> Gruplar Arası	10.533	<b>0.002**</b>	0.099	0.895	
<b>Zaman</b> Gruplar İçi Ölçüm	31.701	<b>0.000***</b>	0.248	1.000	
<b>Grup X Zaman</b>	9.748	<b>0.000***</b>	0.092	0.981	

$\bar{x}$ : Ortalama, SD: Standart sapma, \* Tekrarlı ölçümler için ANOVA testi (Huynh-Feldt düzeltmesi sonuçları), t= Bağımsız örneklemeler için t-testi analizi, \*\*p<0.05, \*\*\*p<0.001

Gruplara ve ölçüm zamanlarına göre çocukların korku düzeylerine ilişkin analiz sonuçları Tablo 4.3.'te yer almaktadır. Çocukların ÇKÖ puanlarına ilişkin sonuçlar incelendiğinde, Tekrarlı ölçümler için ANOVA testine göre, grup ( $F= 10.53, p<0.001$ ), zaman ( $F= 31.70, p<0.000$ ) ve grup zaman etkileşim ( $F= 9.74, p<0.001$ ) ortak etkisi anlamlı bulunmuş ve etki büyüklüğü 0.092 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuçlara göre ÇKÖ puanları gruplara ve ölçüm zamanlarına göre farklılık göstermiştir.

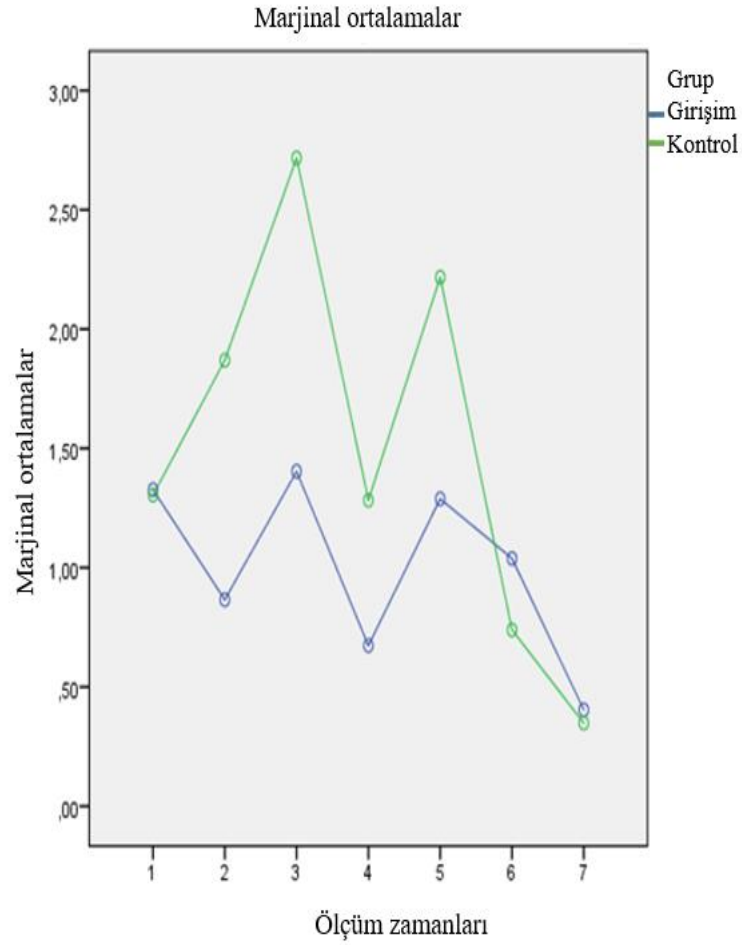
Çocukların ÇKÖ değerlerinin gruplara ve ölçüm zamanlarına göre farklılık gösterdiği bulunduktan sonra, bu farklılığın hangi grup ve ölçümden kaynaklandığını belirlemek için bağımsız örneklem için t-testi analizi yapılmıştır (Tablo 4.3). Yapılan test istatistiği sonucunda;

Girişim grubundaki çocukların ÇKÖ puan ortalaması operasyondan önceki poliklinik başvurusunda yapılan ön test ölçümünde  $1.32\pm 0.94$ , kontrol grubundaki çocukların ÇKÖ puan ortalaması  $1.30\pm 1.31$  olarak bulunmuştur. Operasyondan önceki poliklinik günü yapılan ön test ölçümünde grupların ÇKÖ puanlarının istatistiksel olarak benzer olduğu saptanmıştır ( $t= 0.09, p>0.05$ ).

Operasyon günü boyama ve bulmaca girişimi öncesinde ÇKÖ puan ortalaması girişim grubundaki çocuklarda  $0.86\pm 1.13$ , kontrol grubundaki çocuklarda  $1.86\pm 1.48$ 'dir. Operasyon öncesi boyama ve bulmaca girişimi sonrasında ÇKÖ puan ortalaması girişim grubundaki çocuklarda  $1.40\pm 1.31$ , kontrol grubundaki çocuklarda  $2.71\pm 1.22$  olarak bulunmuştur. Taburculuk sırasında ÇKÖ puan ortalaması girişim grubundaki çocuklarda  $0.67\pm 0.78$ , kontrol grubundaki çocuklarda  $1.28\pm 1.12$ 'dir. Girişim grubundaki çocukların ÇKÖ puan ortalaması postoperatif 1. günde  $1.28\pm 1.34$ , kontrol grubundaki çocukların ÇKÖ puan ortalaması  $2.21\pm 1.15$  olarak bulunmuştur. Operasyon günü boyama ve bulmaca girişimi öncesinde, boyama ve bulmaca girişimi sonrasında, taburculuk sırasında ve postoperatif 1. günde grupların ÇKÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ( $t= -3.781, t= -5.093, t= -3.132, t= -3.614, p<0.001$ ).

Postoperatif 3. günde ÇKÖ puan ortalaması girişim grubundaki çocuklarda  $1.03\pm 1.55$ , kontrol grubundaki çocuklarda  $0.73\pm 0.95$  olarak bulunmuştur. Postoperatif 10. günde ÇKÖ puan ortalaması girişim grubundaki çocuklarda  $0.40\pm 0.93$ , kontrol grubundaki

çocuklarda  $0.34 \pm 1.05$ 'dir. Postoperatif 3. ve 10. günde yapılan ölçümlerde grupların ÇKÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ( $t= 1.129$ ,  $t= 0.278$ ,  $p>0.05$ ). ÇKÖ puanlarında oluşan değişim Şekil 4.3.'de görülmektedir.



**Şekil 4.3.** Gruplara ve ölçüm zamanlarına göre çocukların korku düzeylerindeki değişimi gösteren çizgi grafiği

#### 4.4. Çocukların Ağrı Düzeylerinin Karşılaştırılması

Tablo 4.4. Gruplara ve ölçüm zamanlarına göre çocukların ağrı düzeyleri (Per-protokol analize göre; n=98)

Görsel Kıyaslama Ölçeği (VAS)	Girişim grubu (n=52)		Kontrol grubu (n=46)		
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
<b>1. Ölçüm</b> Operasyon öncesi (Boyama ve bulmaca girişimi sonrası)	0.00	0.00	0.00	0.00	-
<b>2. Ölçüm</b> Operasyon sonrası (Postoperatif 2. Saat)	0.63	0.84	0.71	1.08	t= -0.424 p= 0.673
<b>3. Ölçüm</b> Taburculuk sırasında (Postoperatif 3. Saat)	0.92	0.96	1.15	1.29	t= -0.997 p= 0.321
<b>4. Ölçüm</b> Postoperatif 1. Gün	2.07	1.96	2.30	1.81	t= -0.592 p= 0.555
<b>5. Ölçüm</b> Postoperatif 3. Gün	1.30	1.62	1.54	1.27	t= -0.790 p= 0.431
<b>6. Ölçüm</b> Postoperatif 10. Gün	0.65	1.10	0.69	1.02	t= -0.802 p= 0.424
<b>Model İstatistikleri*</b>					
	F	p	Eta kare	Güç	
<b>Grup</b> Gruplar Arası	1.094	0.298	0.711	0.991	
<b>Zaman</b> Gruplar İçi Ölçüm	41.284	<b>0.000**</b>	0.301	0.956	
<b>Grup X Zaman</b>	0.210	0.853	0.002	0.954	

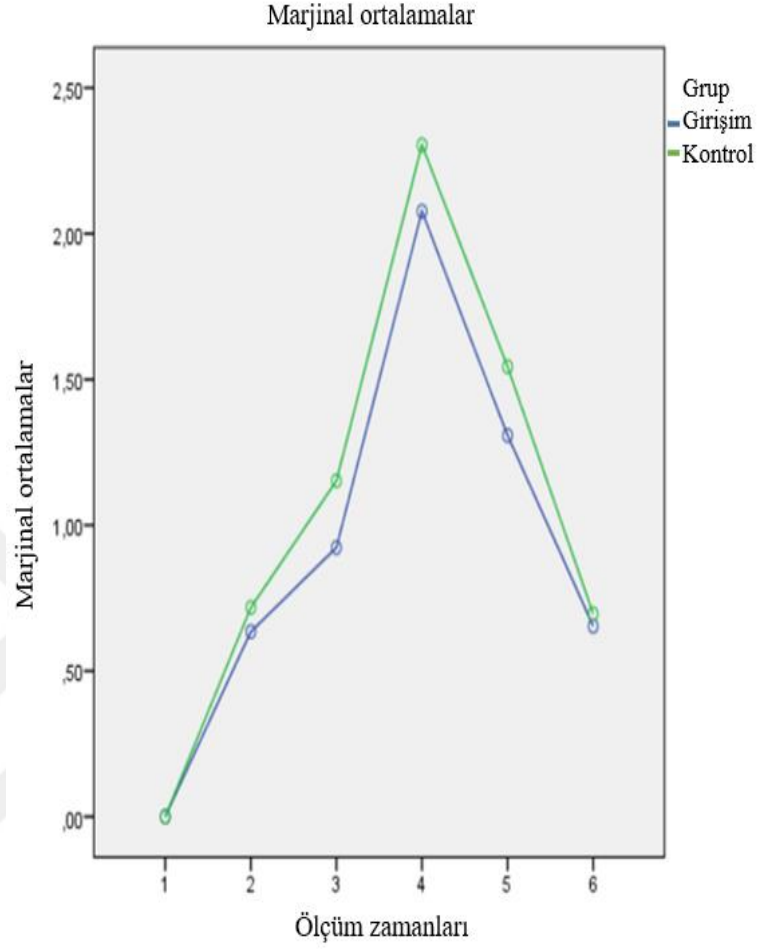
$\bar{x}$ : Ortalama, SD: Standart sapma, \*Tekrarlı ölçümler için ANOVA testi (Greenhouse-Geisser düzeltmesi sonuçları), t= Bağımsız örneklemeler için t-testi analizi, \*\*p<0.001

VAS puanlarına ilişkin sonuçlar incelendiğinde, Tekrarlı ölçümler için ANOVA testine göre, grup (F= 1.084, p>0.05) ve grup zaman etkileşim (F= 0.210, p>0.05) ortak etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuş ve etki büyüklüğü 0.002 olarak hesaplanmıştır. Ancak grup ayrımı yapılmaksızın yapılan altı VAS ölçümü puan ortalaması arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (F=41.284, p<0.001). Bu sonuçlara göre

VAS puanları, gruplara ve grup zaman etkileşim ortak etkisine göre farklılık göstermemiş, Bununla birlikte, zaman içinde iki grupta da ağrı puanları ölçüm zamanlarına göre farklılaşmıştır (Tablo 4.4).

Araştırmaya dahil olan çocukların VAS değerlerinin gruplara göre farklılık göstermediği bulunduktan sonra, bağımsız örneklem için t-testi analizi yapılmıştır. Yapılan test istatistiği sonucunda da, tüm ölçümlerde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır ( $t = -0.424$ ,  $t = -0.997$ ,  $t = -0.592$ ,  $t = -0.790$ ,  $t = -0.802$ ,  $p > 0.05$ ).

Çocukların ağrı düzeylerine ilişkin tanımlayıcı bulgular incelendiğinde; girişim ve kontrol grubundaki çocukların operasyon öncesinde (boyama ve bulmaca girişimi sonrasında) ağrılarının bulunmadığı saptanmıştır. Girişim grubundaki çocukların VAS puan ortalaması postoperatif 2. saatte  $0.63 \pm 0.84$ , taburculuk sırasında  $0.92 \pm 0.96$ , postoperatif 1. günde  $2.07 \pm 1.96$ , postoperatif 3. günde  $1.30 \pm 1.62$ , postoperatif 10. günde  $0.65 \pm 1.10$  olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki çocukların VAS puan ortalaması postoperatif 2. saatte  $0.71 \pm 1.08$ , taburculuk sırasında  $1.15 \pm 1.29$ , postoperatif 1. günde  $2.30 \pm 1.81$ , postoperatif 3. günde  $1.54 \pm 1.27$ , postoperatif 10. günde  $0.69 \pm 1.02$  olarak bulunmuştur (Tablo 4.4). VAS puanlarında oluşan değişim Şekil 4.4.'te görülmektedir.



**Şekil 4.4.** Gruplara ve ölçüm zamanlarına göre çocukların ağrı düzeylerindeki değişimi gösteren çizgi grafiği

#### 4.5. Ebeveynlerin Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması

**Tablo 4.5.** Gruplara ve ölçüm zamanlarına göre ebeveynlerin kaygı düzeyleri (Per-protokol analize göre; n=98)

Spielberger Durumluk Kaygı Ölçeği	Girişim Grubu (n=52)		Kontrol Grubu (n=46)		
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
<b>1. Ölçüm</b> Operasyondan önceki poliklinik başvurusunda (Ön test)	33.57	10.56	35.73	11.69	t= -0.962 p= 0.339
<b>2. Ölçüm</b> Operasyon öncesi (Boyama ve bulmaca girişimi sonrası)	31.03	8.85	41.08	10.81	t= -5.055 p= <b>0.000***</b>
<b>3. Ölçüm</b> Taburculuk sırasında (Postoperatif 3. Saat)	30.04	8.44	37.00	9.16	t= -3.914 p= <b>0.000***</b>
<b>4. Ölçüm</b> Postoperatif 1. Gün	31.28	10.74	31.43	8.16	t= -0.075 p= 0.940
<b>5. Ölçüm</b> Postoperatif 3. Gün	25.98	7.72	28.32	7.42	t= -1.528 p= 0.130
<b>6. Ölçüm</b> Postoperatif 10. Gün	22.46	4.49	26.06	2.26	t= -2.724 p= <b>0.008**</b>
<b>Model İstatistikleri*</b>					
	F	p	Eta kare	Güç	
<b>Grup</b> Gruplar Arası	10.487	<b>0.002**</b>	0.098	0.894	
<b>Zaman</b> Gruplar İçi Ölçüm	42.516	<b>0.000***</b>	0.307	1.000	
<b>Grup X Zaman</b>	6.671	<b>0.000***</b>	0.065	0.991	

$\bar{x}$ : Ortalama, SD: Standart sapma, \* Tekrarlı ölçümler için ANOVA testi (Huynh-Feldt düzeltmesi sonuçları), t= Bağımsız örneklemeler için t-testi analizi, \*\*p<0.05, \*\*\*p<0.001

Tablo 4.5.'de yer alan SDKÖ puanlarına ilişkin sonuçlar incelendiğinde, model istatistiklerine göre grup (F= 10.487, p<0.05), zaman (F= 42.516; p<0.001) ve grup zaman etkileşim (F= 6.671, p<0.001) ortak etkisi anlamlı bulunmuş ve etki büyüklüğü



0.065 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuçlara göre Spielberger Durumluk Kaygı Ölçeği puanları, gruplara ve ölçüm zamanlarına göre farklılık göstermiştir.

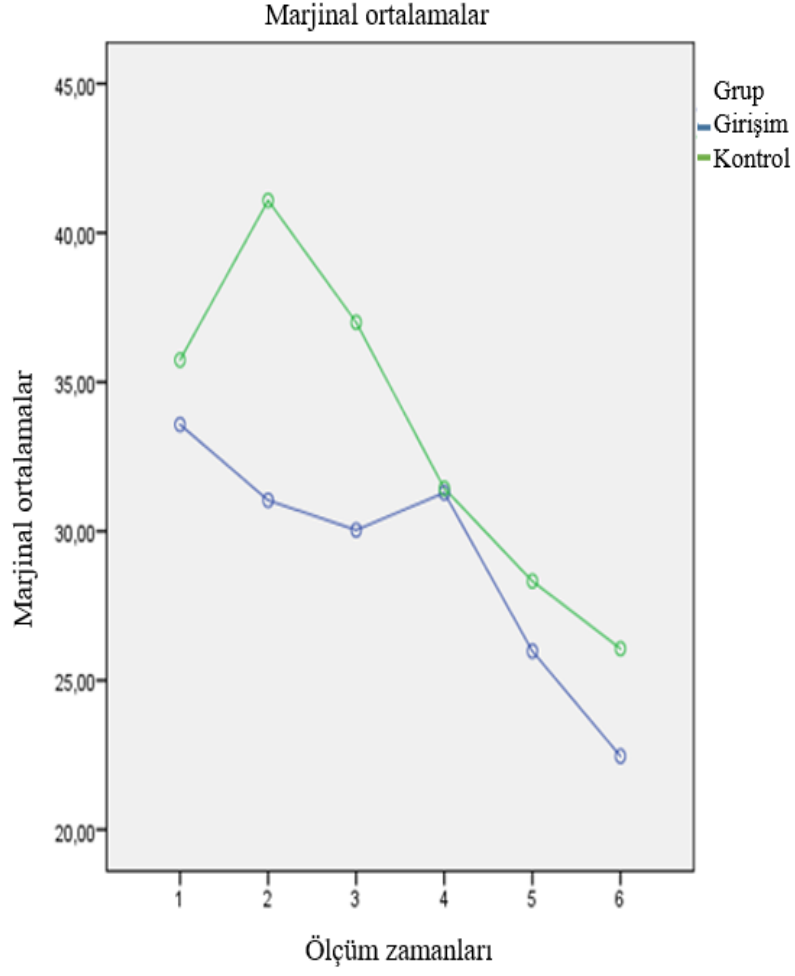
Ebeveynlerin SDKÖ değerlerinin gruplara ve ölçüm zamanlarına göre farklılık gösterdiği bulunduktan sonra, bu farklılığın hangi grup ve ölçümden kaynaklandığını belirlemek için bağımsız örneklemeler için t-testi analizi yapılmıştır (Tablo 4.5).

Girişim grubundaki ebeveynlerin SDKÖ ortalaması operasyondan önceki poliklinik günü yapılan ön test ölçümünde  $33.57 \pm 10.56$ , kontrol grubundaki çocukların SDKÖ puan ortalaması  $35.73 \pm 11.69$  olarak bulunmuştur. Operasyondan önceki poliklinik günü yapılan ön test ölçümünde grupların SDKÖ puanlarının istatistiksel olarak benzer olduğu saptanmıştır ( $t = -0.962$ ,  $p > 0.05$ ).

Operasyon günü boyama ve bulmaca girişimi sonrasında SDKÖ puan ortalaması girişim grubundaki ebeveynlerde  $31.03 \pm 8.85$ , kontrol grubundaki ebeveynlerde  $41.08 \pm 10.81$  olarak bulunmuştur. Taburculuk sırasında SDKÖ puan ortalaması girişim grubundaki ebeveynlerde  $30.04 \pm 8.44$ , kontrol grubundaki ebeveynlerde  $37.00 \pm 9.16$ 'dır. Operasyon günü hem boyama ve bulmaca girişimi sonrasında hem de taburculuk sırasında grupların SDKÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılıkta saptanmıştır ( $t = -5.055$ ,  $t = -3.914$ ,  $p < 0.05$ ).

Girişim grubundaki ebeveynlerde SDKÖ puan ortalaması postoperatif 1. günde  $31.28 \pm 10.74$ , kontrol grubundaki ebeveynlerde SDKÖ puan ortalaması  $31.43 \pm 8.16$  olarak bulunmuştur. Postoperatif 3. günde SDKÖ puan ortalaması girişim grubundaki ebeveynlerde  $25.98 \pm 7.72$ , kontrol grubundaki ebeveynlerde  $28.32 \pm 7.42$  olarak bulunmuştur. Postoperatif 1. ve 3. günde yapılan ölçümlerde grupların SDKÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ( $t = -0.075$ ,  $t = -1.528$ ,  $p > 0.05$ ).

Postoperatif 10. günde SDKÖ puan ortalaması girişim grubundaki ebeveynlerde  $22.46 \pm 4.49$ , kontrol grubundaki çocuklarda  $26.06 \pm 2.26$ 'dir. Postoperatif 10. günde yapılan ölçümlerde grupların SDKÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ( $t = -2.724$ ,  $p < 0.05$ ). SDKÖ puanlarında oluşan değişim Şekil 4.5.'de görülmektedir.



**Şekil 4.5.** Gruplara ve ölçüm zamanlarına göre ebeveynlerin kaygı düzeylerindeki değişimi gösteren çizgi grafiği

#### 4.6. Ebeveynlerin Bakım Memnuniyeti Düzeylerinin Karşılaştırılması

Tablo 4.6. Gruplara göre ebeveynlerin bakım memnuniyeti düzeyleri (Per-protokol analize göre; n=98)

PedsQL Sağlık Bakımı Ebeveyn Memnuniyet Ölçeği Alt Boyutları	Girişim Grubu (n=52)		Kontrol Grubu (n=46)		t	p	d
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
<b>Bilgilendirme</b>	90.28	11.96	71.72	19.28	5.795	<b>0.000*</b>	1.156
<b>Ailenin Katılımı</b>	73.44	7.76	64.60	14.52	3.816	<b>0.000*</b>	0.785
<b>İletişim</b>	93.20	10.12	79.04	20.24	4.461	<b>0.000*</b>	0.884
<b>Teknik Beceri</b>	74.20	8.08	61.88	18.32	4.384	<b>0.000*</b>	1.118
<b>Duygusal Gereksinimler</b>	73.36	9.56	58.68	18.12	5.098	<b>0.000*</b>	1.013
<b>Genel Memnuniyet</b>	82.56	9.12	69.24	19.26	4.456	<b>0.000*</b>	0.883

$\bar{x}$ : Ortalama; SD: Standart sapma;  $t$ =Bağımsız örneklemeler için t-testi analizi;  $d$ =Cohen etki büyüklüğü; \* $p<0.001$

PedQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları incelendiğinde, genel memnuniyet ( $t= 4.456$ ,  $p<0.001$ ) ve bilgilendirme ( $t= 5.795$ ,  $p<0.001$ ), ailenin katılımı ( $t= 3.816$ ,  $p<0.001$ ), iletişim ( $t= 4.461$ ,  $p<0.001$ ), teknik beceri ( $t= 4.384$ ,  $p<0.001$ ), duygusal gereksinimler alt ölçeklerinde ( $t= 5.098$ ,  $p<0.001$ ) girişim ve kontrol grubu arasında anlamlı düzeyde bir farkın olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6).

Ebeveynlerin bakım memnuniyeti düzeylerine ilişkin tanımlayıcı bulgular incelendiğinde; girişim grubunda yer alan ebeveynlerin kontrol grubuna göre bilgilendirme (girişim= $90.28\pm 11.96$ , kontrol= $71.72\pm 19.28$ ), aile katılımı (girişim= $73.44\pm 7.76$ , kontrol= $64.60\pm 14.52$ ), iletişim (girişim= $93.20\pm 10.12$ , kontrol= $79.04\pm 20.24$ ), teknik beceri (girişim= $74.20\pm 8.08$ , kontrol= $61.88\pm 18.32$ ), duygusal gereksinimler (girişim= $73.36\pm 9.56$ , kontrol= $58.68\pm 18.12$ ), genel memnuniyet (girişim= $82.56\pm 9.12$ , kontrol= $69.24\pm 19.26$ ) düzeylerinde anlamlı düzeyde bir farkın olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6).

73.36±9.56, kontrol= 58.68±18.12) ve genel memnuniyet (girişim= 82.56±9.12, kontrol= 69.24±19.26) ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6).



## 5. TARTIŞMA

Bu bölümde, çalışmadan elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar altında tartıŐılmıŐtır.

- 5.1. Çocukların konfor dűzeylerinin tartıŐılması
- 5.2. Çocukların kaygı dűzeylerinin tartıŐılması
- 5.3. Çocukların korku dűzeylerinin tartıŐılması
- 5.4. Çocukların ağrı dűzeylerinin tartıŐılması
- 5.5. Ebeveynlerin kaygı dűzeylerinin tartıŐılması
- 5.6. Ebeveynlerin bakım memnuniyeti dűzeylerinin tartıŐılması

## 5.1. Çocukların Konfor Düzeylerinin Tartışılması

Sünnet operasyonu planlanan çocuklarda bakımın önemli hedeflerinden biri konforun sürdürülmesini sağlamaktır (<http://pediatrics.aappublications.org/content/103/3/686>, Erişim tarihi: 04 Nisan 2019). Bu araştırmada, çocukların konfor düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla KDKL kullanılmış ve konfor düzeyi operasyon öncesi, postoperatif 2. saat ve taburculuk sırasında toplam üç kez incelenmiştir. KDKL'den alınan yüksek puan, yüksek konfor düzeyini göstermektedir.

Çalışmada, girişim grubunda yer alan çocuklarda kontrol grubundakilere göre konfor puanları tüm ölçüm zamanlarında istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuş (operasyon öncesi; girişim= 66.26±12.37, kontrol= 57.91±10.80, postoperatif 2. saat; girişim= 75.53±7.11, kontrol= 70.50±8.34, taburculuk sırasında; girişim= 80.19±5.56, kontrol= 75.97±7) ve çocukların konfor puanlarının gruplara ve ölçüm zamanlarına göre anlamlı farklılık gösterdiği (sırası ile;  $F= 12.784$ ,  $p<0.05$ ,  $F= 5.140$ ,  $p<0.05$ ), bu anlamlı farklılığın girişim grubundan kaynaklandığı saptanmıştır. Bu bulgulara göre 1. Hipotez ( $H_1$ ) “Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na temellenen hemşirelik bakımı sünnet olan girişim grubundaki çocukların kontrol grubuna göre konfor düzeyini artırmada daha etkilidir.” kabul edilmiştir (Tablo 4.1, Şekil 4.1). Girişim grubuna uygulanan hemşirelik bakımının, çocukların konfor düzeylerini yükseltmede etkili olduğu belirlenmiştir.

Çalışmada, her iki grupta da çocukların konfor puanının operasyon öncesinde, operasyon sonrasında göre daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1, Şekil 4.1). Bu durumun cerrahi işlem öncesi çocuğun deneyimlediği stres, kaygı, korku, aileden ayrılma, fiziksel yönden zarar görme düşüncesi, hastane ortamının çocuk tarafından olumsuz algılanması ve bilinmezlik anksiyetesi nedeniyle olabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte, girişim grubundaki çocuklarda operasyon öncesi konfor puanı kontrol grubundaki çocuklardan yaklaşık 10 puan daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.1, Şekil 4.1). Kolcaba'ya göre konfor; sadece fiziksel acının ve ağrının olmaması durumu değildir. Konfor, aynı zamanda ruhsal ve mental bir durumdur (Kolcaba, 2003). Bu çalışmada, operasyon öncesinde terapötik oyun temelli ameliyat hazırlık eğitimi ile çocuğun bilgilendirilmesinin, dikkati başka yöne çekme yöntemi olarak uygulanan boyama ve bulmaca girişiminin ve çocuğun ihtiyacına yönelik bireysel şekilde verilen standart, emosyonel ve bilişsel konfor odaklı

bakım girişimlerinin çocuğun cerrahiye olan uyumunu artırdığı, ruhsal ve mental olarak çocuğu desteklediği, güven ilişkisi kurulmasını sağladığı ve böylece girişim grubunun lehine operasyon öncesinde konfor düzeyinin yükselmesini etkilediği düşünülmektedir.

Çalışmada, her iki grupta da çocukların konfor puanının operasyon öncesine göre postoperatif 2. saatte; postoperatif 2. saate göre ise taburculuk sırasında daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1, Şekil 4.1). Operasyon sonrasında çocukların konfor puanlarındaki artışın cerrahi işlemin bitmesi ile çocuğun emosyonel olarak rahatlaması, ebeveynleri ile birlikte olması ve sağlık personeli ile güvene dayalı ilişkinin kurulmuş olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışma sonucumuza benzer şekilde, Ångström-Brännström ve arkadaşları (2008) kronik hastalığı olan 4-10 yaş arası yedi çocukla yaptıkları kalitatif araştırmada, fiziksel olarak aileye yakın olmanın, ebeveyn ve kardeşlerden ayrılmamanın, personelin bilgi ve mesleki becerisine güvenmenin, çocukların kendilerini güvende, evde gibi hissetmeleri ve böylece konforlarının sürdürülmesi için bir ön koşul olarak değerlendirdikleri belirlemişlerdir. Bununla birlikte girişim grubundaki çocuklarda postoperatif 2. saatte ve taburculuk sırasında konfor puanı kontrol grubundaki çocuklardan yaklaşık 5 puan daha yüksek saptanmıştır (Tablo 4.1, Şekil 4.1). Kolcaba (2003), standart konfor girişimleri ile bireyin fiziksel konfor boyutundaki temel sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanacağını bildirmektedir. Çalışmanın yapıldığı hastanede gününbirlik cerrahi ünitesinde hemşireler, standart hemşirelik bakımı çerçevesinde çocukların fiziksel konfor boyutuna yönelik girişimlere odaklanmaktadır. Bu çalışmada KOBAG protokolü ile uygulanan hemşirelik bakımının, özellikle ödüllendirme girişiminin çocuğun başarıya ulaşma gereksinimine de yanıt vererek girişim grubunun lehine postoperatif 2. saat ve taburculuk sırasında konfor düzeyinin yükselmesini etkilediği düşünülmektedir.

Literatür incelendiğinde; sünnet olan çocuklarda Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na temellenen hemşirelik bakımının konfor sonuçlarına etkisini belirlemek için yapılmış bir çalışmaya ulaşılmamıştır. Bununla birlikte, çocuklarda farklı gruplarda Konfor Kuramı'na temellenen hemşirelik bakımının konfor sonuçlarına olan olumlu etkileri araştırmalar ile gösterilmiştir (Sharma ve ark., 2016; Ebrahimpour ve Hoseini, 2018; Bice ve ark., 2019; Sharma, 2019).

Sharma (2019) sözel bildiri olarak sunduğu randomize kontrollü deneysel çalışmada, 5-10 yaş arası 200 çocuğa (%61'i genel cerrahi ve kulak burun boğaz ameliyatı, %39'u genitoüriner cerrahi) postoperatif 2. günde Konfor Kuramı'na temellendirilen bütünleştirici konfor bakımını uygulamış ve girişim grubundaki çocuklarda konfor düzeyinin KDKL puanlarına göre anlamlı olarak yükseldiğini belirlemiştir. Çalışma sonucunda, Konfor Kuramı'nın pediatrik bakımda kullanım için uygun bir hemşirelik modeli olduğu belirtilmiştir.

Yapılan başka bir vaka çalışmasında, laporotomi yapılan ve çocuk yoğun bakım ünitesinde takip edilen beş yaşındaki bir çocuğun postoperatif 2. günde hemşirelik bakımı Konfor Kuramı'nın taksonomik yapısı doğrultusunda verilerek, KDKL ile konfor düzeyi değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda, konfor düzeyinin girişim öncesine göre arttığı (girişim öncesi= 41, girişimden 2 saat sonra= 87, girişimden 4 saat sonra= 82) belirlenmiştir (Sharma ve ark., 2016).

Bice ve arkadaşları (2019) 4-8 yaş arası çocuk (n=16) ve hemşirelerle (n=14) damar yolu açma işlemi sırasında Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na temellenen pediatrik bütüncül konfor değerlendirmesi yaklaşımının etkisini karma yöntem araştırması ile inceleyerek, yaklaşımın çocukların konfor düzeyini artırmada etkili bir yöntem olduğu sonucunu bulmuşlardır.

Ebrahimpour ve Hoseini (2018) tarafından yapılan başka bir vaka çalışmasında ise kanserli iki çocuğa damar yolu açma işlemi sırasında Konfor Kuramı'na dayandırılan akran desteği yöntemini uygulanmış, bulgular nitel yöntemle analiz edilmiştir. Çalışma sonucunda, Konfor Kuramı'na dayandırılan akran desteğinin uygun bir konfor besini olarak belirlendiği, yöntemin çocuklar arasında stres, yalnızlık ve çaresizliğe karşı bir destek ve umut olarak algılandığı, çocuklar arasındaki etkileşimin; çocukların ağrılarını azaltmada ve üstünlük düzeyinde konfora ulaşmada yardımcı bir uygulama olabileceği bildirilmiştir.

İncelenen literatür ve bu çalışmadan elde edilen sonuçlara göre, Konfor Kuramı'nın pediatrik bakımda kullanım için uygun, konforu artırmada etkili bir hemşirelik modeli olduğu saptanmıştır.



## 5.2. Çocukların Kaygı Düzeylerinin Tartışılması

Kolcaba'ya göre konfor; fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel ve çevresel boyutları olan bir kavramdır (Kolcaba, 2003). Bu nedenle konforun sürdürülebilmesi için sadece ağrının değil konforu etkileyen diğer faktörlerinde belirlenmesi, konforda bozulma nedenlerinin azaltılması veya önlenmesi gerektiği düşünülmektedir (Van Dijk ve ark., 2005). Sünnet operasyonu çocuklar için kaygı verici, stresli ve travmatik bir deneyimdir (Öztürk, 2004; Yavuz ve ark., 2012; Ekinci, 2017). Pediatrik cerrahi hemşireleri çocuklarda oluşan bu kaygının fiziksel ve emosyonel etkilerini, uzun dönem olumsuz sonuçlarını gidermek için kaygı veren bu girişim sürecini doğru bir şekilde yönetmelidir (Suzan, 2018). Bu araştırmada, çocukların kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla ÇAS-D kullanılmış ve kaygı düzeyi operasyon öncesi ve sonrası toplam yedi kez incelenmiştir.

Çalışmada, çocukların kaygı düzeylerinin gruplara ve ölçüm zamanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmış (sırası ile;  $F= 4.589$ ,  $p<0.05$ ,  $F= 48.059$ ,  $p<0.05$ ); girişim ve kontrol grubunun ön test kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken ( $p>0,05$ ); girişim sonrasında hem operasyon öncesinde hem de taburculuk sırasında kaygı puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bununla birlikte, anlamlı farklılık olmamakla birlikte operasyon öncesi boyama ve bulmaca girişiminden önce ve postoperatif 1. günde de kaygı düzeyinin kontrol grubuna göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlarla birlikte 2. Hipotez ( $H_1$ ) “Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na temellenen hemşirelik bakımı sünnet olan girişim grubundaki çocukların kontrol grubuna göre kaygı düzeyini azaltmada daha etkilidir.” kabul edilmiştir (Tablo 4.2, Şekil 4.2). Girişim grubuna uygulanan hemşirelik bakımının, çocukların kaygı düzeylerini azaltmada etkili olduğu belirlenmiştir.

Çalışmada, kontrol grubundaki çocukların kaygı düzeyleri başlangıç ölçümüne göre, operasyon günü yapılan ilk değerlendirmede; operasyon günü yapılan ilk değerlendirmeye göre operasyonun hemen öncesinde artmıştır. Girişim grubunda ise başlangıç ölçümüne göre operasyon günü yapılan ilk değerlendirmede kaygının daha düşük düzeyde olduğu ancak operasyondan hemen önce tekrar arttığı saptanmıştır (Tablo 4.2, Şekil 4.2). Girişim grubunda başlangıç ölçümüne göre operasyon günü yapılan ilk değerlendirmede kaygı düzeyinin daha düşük olmasının, terapötik oyun temelli ameliyat hazırlık eğitiminin

çocukların kaygı düzeyine olan olumlu etkisinden kaynakladığı düşünülmektedir. Araştırma bulguları ile paralel olarak; Ayan (2019), 8-12 yaş arası sünnet operasyonu planlanan çocuklarda terapötik oyun yönteminin ameliyat öncesi ve sonrası kaygı düzeyine etkisini değerlendirmiş ve yöntemin çocuklarda görülen kaygı ve korkuyu azalttığını saptamıştır. Aytekin ve arkadaşları (2017) sünnet operasyonu planlanan çocuklara preoperatif dönemde uygulanan dikkati başka yöne çekme yönteminin, sünnet operasyonu öncesi çocukların yaşadığı korku ve kaygıyı azalttığını bildirmişlerdir. Öztürk (2004) sünnetin travmatik etkilerinin ortaya çıkışında, çocuğun sünnete hazırlığının ve sünnet hakkında ne kadar bilgiye sahip olduğunun önemli olduğunu bildirmiştir. Sünnetin, aldatılarak, zorla tutularak, nasıl yapılacağı ve toplumsal anlamı, önemi tam anlatılmadan yapıldığı durumlarda, çocuklarda kaygının daha fazla olacağını öne sürmüştür (Öztürk, 2004).

Çalışmada, girişim grubundaki çocuklarda operasyondan hemen önce kaygı düzeyinde tekrar artış görülmüştür (Tablo 4.2, Şekil 4.2). Literatürde cerrahi girişimler, aileden, güvendiklerinden ve sevdiklerinden ayrılma, alışkın olmadığı ve tanımadığı bireylerin yanında bulunma gibi nedenlerle çocuklar tarafından kaygı ve korku verici bir deneyim olarak tanımlanmaktadır (Wright ve ark., 2007; Potasz ve ark., 2013; Akca ve ark., 2015; Koukourikos ve ark., 2015; Chow ve ark., 2016; Cimete ve ark., 2018). Bruce (2009), çocukların tıbbi işlemlerle başa çıkmalarını zorlaştıran en önemli faktörlerden birinin işlem sırasında ebeveynlerin yanlarında bulunmaması olduğunu bildirmiştir. Yapılan çalışmalarda çocukların perioperatif kaygı ve korkuları ile baş etmelerini kolaylaştırmak için anestezi indüksiyonu sırasında ebeveyn varlığının desteklenmesi önerilmektedir (Romino ve ark., 2005; Machotta, 2014; Erhaze ve ark., 2016). Tüm bu nedenlerden dolayı araştırmada çocuklarda operasyondan hemen önce kaygı düzeyinde tekrar artış görüldüğü düşünülmektedir.

Çalışma kapsamına alınan her iki gruptaki çocukların kaygı düzeyi taburculuk sırasında, operasyon öncesine göre daha düşük bulunmuştur (Tablo 4.2, Şekil 4.2). Bu durumun ebeveynler ile birlikte olmaktan ve cerrahi işlemin bitmesi ile çocuğun emosyonel olarak rahatlamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bununla birlikte, girişim grubundaki çocukların lehine taburculuk sırasında kaygı düzeyi istatistiksel olarak anlamlı şekilde

daha düşüktür (Tablo 4.2, Şekil 4.2). Literatür incelendiğinde, çalışmamıza benzer şekilde Suzan (2018) 7-11 yaş arası 81 çocukta sünnet işlemi sırasında hemşirelik bakımının bir parçası olarak kukla gösterisi ile dikkati başka yöne çekme girişimi uygulamış, hem işlem sırasında hem de taburculuk sırasında çocukların kaygı düzeyinin azaldığını saptamıştır. Konfor Kuramı'na göre birey, konforunun artırılmasına yönelik hemşirelik girişimlerini beta baskısı olarak algılar. Birey, uygulanan hemşirelik girişimlerini olumlu algılar ise konforu artar, bireyi olumsuz etkileyen gerginliği ve kaygısı azalır (Kolcaba, 2001). Çalışma sonucumuz ve literatüre dayanarak KOBAG protokolü ile uygulanan hemşirelik bakımının çocuk tarafından olumlu algılanmasının taburculuk sırasında çocukların kaygı düzeylerini azalttığı söylenebilir.

Çalışma kapsamına alınan her iki gruptaki çocukların kaygı düzeylerinin taburculuk sırasına göre, postoperatif 1. günde daha yüksek olduğu ve postoperatif 1. günden sonra her iki grupta da kaygı düzeyinin azaldığı, postoperatif 10. günde kaygı düzeyinin gruplar arasında benzer olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2, Şekil 4.2). Literatürde, sünnet operasyonu sonrası postoperatif 1. günde pansuman pedinin çıkarılması tavsiye edilmektedir ve pansuman pedi çıkarılırken çocukların kaygı ve korku deneyimledikleri bildirilmektedir ([https://aidsfree.usaid.gov/sites/default/files/sa\\_mmc\\_guidelines.pdf](https://aidsfree.usaid.gov/sites/default/files/sa_mmc_guidelines.pdf), Erişim tarihi: 04 Ocak 2020; <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241596169/en/>, Erişim tarihi: 05 Ocak 2020). Postoperatif 1. günde cerrahi insizyon bölgesinde oluşan ağrının daha yoğun hissedildiği de bilinmektedir (Henderson ve Zernike, 2001; [https://aidsfree.usaid.gov/sites/default/files/sa\\_mmc\\_guidelines.pdf](https://aidsfree.usaid.gov/sites/default/files/sa_mmc_guidelines.pdf), Erişim tarihi: 04 Ocak 2020). Çocukların kaygı düzeyinin taburculuk sırasına göre postoperatif 1. günde daha yüksek olması bu gerekçelerle açıklanabilir.

Çalışmada, postoperatif 1. günden sonra her iki grupta da kaygı düzeyinin azaldığı, postoperatif 10. günde kaygı düzeyinin gruplar arasında benzer olduğu bulunmuştur (Tablo 4.2, Şekil 4.2). Postoperatif 3. günden sonra cerrahi ile ilişkili ağrının azaldığı, yara iyileşmesinin hızlandığı bilinmektedir (Henderson ve Zernike, 2001; [https://aidsfree.usaid.gov/sites/default/files/sa\\_mmc\\_guidelines.pdf](https://aidsfree.usaid.gov/sites/default/files/sa_mmc_guidelines.pdf), Erişim tarihi: 04 Ocak 2020; [https://www.who.int/hiv/pub/malecircumcision/chapter\\_10.pdf](https://www.who.int/hiv/pub/malecircumcision/chapter_10.pdf), Erişim tarihi: 05 Ocak 2020). Ayrıca Türkiye'de erkek sünnetinin geleneksel ve sosyolojik bir

boyutu da bulunmaktadır. Bazı çalışmalarda, dini ve kültürel özellikler nedeniyle sünnetsiz erkeklerin kendilerini eksik ve kusurlu olarak hissettikleri, sünnetsiz erkeğin stigmaya maruz kalabildiği ve bu sosyal baskıdan kaçınmak için sünnet olmayı kendilerinin isteyebildiği, dini vecibeleri ve kültürü yaşama özgürlüğü adı altında sünnete yönelik olumlu algılar oluşturabildikleri iddia edilmiştir (Şahin ve ark., 2003; Luseno ve ark., 2019). Bazı çalışmalarda ise çocuğun sünnet olmasının büyüdüğünü ve olgunlaştığını kanıtlanmasının bir yolu şeklinde yorumlandığı ve bu ritüelin “sünnet düğünü” olarak isimlendirilen özel bir etkinlikle, çocuğa hediyeler verilerek kutlandığı belirtilmektedir (Mil, 2011; Akkayan, 2010). Bu çalışmada, postoperatif 1. günden sonra her iki grupta da kaygı düzeyinde azalma oluşmasında incelenen literatüre benzer şekilde cerrahi işlemin bitmesi ile çocuğun emosyonel olarak rahatlaması, kendini güvende hissetmesi ve sünnetin Türk toplumunda dini ve geleneksel bir uygulama olarak kabul edilmesinin etkisinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Literatür incelendiğinde, sünnet operasyonu planlanan çocuklarda kaygının işlem öncesi, işlem sırası ve taburculuk sırasında değerlendirildiği görülmüştür (Aytekin ve ark., 2017; Suzan, 2018; Ayan, 2019). Bu çalışmanın sünnet operasyonu planlanan çocuklarda perioperatif süreç boyunca durumluk kaygılarının değerlendirilmesi boyutuyla literatüre önemli katkı sağlayacağı da düşünülmektedir.

### **5.3. Çocukların Korku Düzeylerinin Tartışılması**

Sünnet operasyonu çocuklar için korku verici bir deneyimdir (Ramos ve Boyle, 2001; Yavuz ve ark., 2012; Hammond ve Reiss, 2018). Sünnet operasyonu sürecinde hissedilen korku, sünnetin travmatik etkilerini tetikleyerek çocukların belleklerinde olumsuz iz kalmasına neden olabilmektedir (Yavuz ve ark., 2012). Pediatrik cerrahi hemşireleri kaliteli hizmet sunmak için cerrahi girişimlerle ilgili çocukların korkularının olabileceğinin farkında olmalı, korkularının azaltılmasına ve korkularıyla baş etmelerine yardımcı olmalıdır. Bu çalışmada, çocukların kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla ÇKÖ kullanılmış ve korku düzeyi operasyon öncesi ve sonrası toplam yedi kez incelenmiştir.

Çalışmada, çocukların korku düzeylerinin gruplara ve ölçüm zamanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmış (sırası ile;  $F= 10.533$ ,  $p<0.05$ ,  $F=$

9.748,  $p < 0.001$ ), girişim ve kontrol grubunun ön test korku puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken ( $p > 0,05$ ); girişim sonrasında operasyon öncesinde (boyama ve bulmaca girişiminden önce ve sonra), taburculuk sırasında ve postoperatif 1. günde korku puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Bu bulgulara göre 3. Hipotez ( $H_1$ ) “Kolcaba’nın Konfor Kuramı’na temellenen hemşirelik bakımı sünnet olan girişim grubundaki çocukların kontrol grubuna göre korku düzeyini azaltmada daha etkilidir.” kabul edilmiştir (Tablo 4.3, Şekil 4.3). Bu çalışmada, uygulanan hemşirelik bakımının çocukların korkularını tolere etmelerini kolaylaştırdığı anlaşılmıştır.

Çalışmada, operasyondan önceki poliklinik başvurusunda (ön test) ÇKÖ puan ortalaması girişim grubundaki çocuklarda  $1.32 \pm 0.94$ , kontrol grubundaki çocuklarda  $1.30 \pm 1.31$  olarak bulunmuştur (Tablo 4.3, Şekil 4.3). Kullandığımız ölçekte 0 puan “hiç kaygı yok”, 4 puan “ciddi kaygı düzeyi” ni göstermektedir. Bu sonuca göre, her iki gruptaki çocukların operasyondan önceki poliklinik günü orta düzeyde korku yaşadıkları saptanmıştır. Çalışmamıza benzer şekilde, Sancar ve arkadaşları (2016) 3-11 yaş arası sünnet operasyonu planlanan çocukların ÇKÖ ile korku düzeylerini değerlendirmiş, çocuklarda ÇKÖ puan ortalamasını  $1.82 \pm 1.57$  olarak saptamış ve çocukların işlem öncesi orta düzeyde korku deneyimlediklerini bildirmişlerdir.

Çalışmada, girişim grubundaki çocuklarda operasyon günü yapılan ilk değerlendirmede korku düzeyinin ön teste göre daha düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3, Şekil 4.3). Kontrol grubundaki çocuklarda ise korku düzeyi ön teste göre operasyon günü yapılan ilk değerlendirmede; operasyon günü yapılan ilk değerlendirmeye göre operasyonun hemen öncesinde artmıştır. Girişim ve kontrol grubu arasında oluşan bu farklılığa terapötik oyun temelli ameliyat hazırlık eğitimi ile birlikte uygulanan konfor odaklı bakım girişimlerinin neden olduğu düşünülmektedir. Çalışmamıza benzer şekilde Ayan (2019), sünnet operasyonu geçiren çocuklarda preoperatif süreçte terapötik oyun girişiminin cerrahi öncesi ve sonrası dönemde çocuklarda görülen korkuyu azalttığını saptamıştır. Yapılan başka bir çalışmada sünnetin ne anlama geldiğini bilen çocuklarda sünnet korkusunun daha düşük olduğu, prosedürden habersiz olanlarda sünnet korkusunun devam ettiği bildirilmiştir (Sancar ve ark., 2016). Aytekin ve arkadaşları (2017) preoperatif dönemde

çocuklara uygulanan dikkati başka yöne çekme girişiminin sünnet operasyonu öncesi çocukların yaşadığı korku düzeyini azalttığını bildirmişlerdir. Yapılan başka bir çalışmada 4-7 yaş arası 165 çocuğa operasyon günü cerrahi işleme kadar terapötik oyun oynatılmış ve çalışma sonunda çocukların operasyona dair kaygı ve korkularının azaldığı bulunmuştur (Al-Yateem ve Rossiter, 2017). Noronha ve Shanthi (2015) 6-12 yaş arası çocuklarla ameliyat öncesi resimli kitap ile ameliyat hazırlık eğitimi uygulamış, girişimin çocukların kaygı ve korkularını azaltmada etkili olduğunu belirlemişlerdir.

Çalışmada, girişim grubundaki çocuklarda operasyondan hemen önce korku düzeyinde tekrar artış görülmüştür (Tablo 4.3, Şekil 4.3). Çocuklarda kaygı düzeyini artıran durumların, korku düzeyini de etkilediği, özellikle anestezi indüksiyonu için ailelerinden ayrılmaları sebebiyle çocuklarda operasyondan hemen önce korku düzeyinde tekrar artış görüldüğü düşünülmektedir.

Çalışma kapsamına alınan her iki gruptaki çocukların korku düzeyleri taburculuk sırasında, operasyon öncesine göre düşüktür (Tablo 4.3, Şekil 4.3). Bu durumun cerrahi işlemin bitmesi ile çocuğun emosyonel olarak rahatlaması, çocuk ile ailenin güçlü yanlarının desteklenerek aile merkezli bakım anlayışı ile bakımın sürdürülmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bununla birlikte, girişim grubundaki çocukların lehine taburculuk sırasında korku düzeyi istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük saptanmıştır (Tablo 4.3, Şekil 4.3). Çalışmada oluşan bu farklılığa KOBAG protokolü ile uygulanan hemşirelik bakımının neden olduğu düşünülmektedir.

Çalışma kapsamına alınan her iki gruptaki çocukların korku düzeylerinin taburculuk sırasına göre postoperatif 1. günde daha yüksek olduğu ve postoperatif 1. günden sonra her iki grupta korku düzeyinin azaldığı, korku düzeyinin gruplar arasında benzer olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3, Şekil 4.3). Çocuklarda kaygı düzeyini artıran durumların, korku düzeyini de etkilediği ve bu nedenle taburculuk sırasına göre postoperatif 1. günde korku düzeyinin yüksek olduğu söylenebilir. Çalışmamıza benzer şekilde, Sancar ve arkadaşları (2016) 3-11 yaş arası sünnet operasyonu planlanan çocukların ÇKÖ ile korku düzeylerini değerlendirdiği tanımlayıcı çalışmalarında, sünnete yönelik korkunun yaklaşık on gün içinde kaybolduğunu bildirmiştir. Türkiye’de erkeklerin neredeyse %100 sünnetlidir (İzgi, 2014). Erkeklerin çoğunluğunun sünnet olduğu yerlerde “topluma uyum arzusu”

sünnet için önemli bir motivasyondur (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43749/1/9789241596169.eng.pdf>, Erişim tarihi: 10 Ocak 2019). Türkiye’de sünnetin dini, sosyolojik ve kültürel boyutu, sünnetin olumsuz etkilerini sınırlandırmaktadır (Öztürk, 2004). Bu araştırmada, postoperatif 1. günden sonra her iki grupta korku düzeyinin azalmasının, incelenen literatüre benzer şekilde, cerrahi işlemin bitmesi ile çocuğun emosyonel olarak rahatlama, kendini güvende hissetmesi ve sünnetin Türk toplumunda dini ve geleneksel bir uygulama olarak kabul görmesinin nedenlerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Literatür incelendiğinde sünnet operasyonu planlanan çocuklarda korkunun işlem öncesi, işlem sırası ve taburculuk sırasında değerlendirildiği görülmüştür (Aytekin ve ark., 2017; Suzan, 2018; Ayan, 2019). Bu çalışmada, sünnet operasyonu planlanan çocuklarda perioperatif süreç boyunca korkunun değerlendirilmesinin de literatüre önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

#### **5.4. Çocukların Ağrı Düzeylerinin Tartışılması**

Sünnet operasyonuna bağlı gelişen ağrı önemli bir konforda bozulma nedenidir (Ekinci, 2017; Suzan, 2018). Çocuklarda ağrı olumsuz fizyolojik, psikolojik ve davranışsal değişikliklere neden olabilmektedir. Bazı çocuklarda sünnete bağlı ağrının travma sonrası stres bozukluğu, hiperaktivite ve kendine zarar verici davranışlara neden olabileceği ileri sürülmektedir (Boyle ve ark., 2015). Bu nedenlerle, sünnet operasyonuna bağlı gelişen ağrının belirlenmesi, önlenmesi veya azaltılması için gerekli girişimlerin planlanması önem kazanmaktadır. Bu araştırmada, çocukların ağrı düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla VAS kullanılmış ve ağrı düzeyi operasyon öncesi ve sonrası toplam altı kez incelenmiştir.

Çalışmada, çocukların ağrı düzeylerinin gruplara ve ölçüm zamanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur (sırası ile;  $F= 1.084$ ,  $p>0.05$ ,  $F= 0.210$ ,  $p>0.05$ ). Bu bulgulara göre 4. Hipotez ( $H_1$ ) “Kolcaba’nın Konfor Kuramı’na temellenen hemşirelik bakımı sünnet olan girişim grubundaki çocukların kontrol grubuna göre ağrı düzeyini azaltmada daha etkilidir.” desteklenmemiştir (Tablo 4.4, Şekil 4.4).

Araştırma sonuçları literatürle bu açıdan benzerlik göstermektedir. Tural ve Bolışık (2015), günübirlik cerrahi deneyimleyen ve örnekleminin %76'sını sünnet operasyonlarının oluşturduğu çocuklarda terapötik oyun yöntemi ile birlikte verilen eğitimnin çocukların operasyon sonrası ağrı düzeyine etkisini değerlendirmişlerdir. Çalışma sonucunda; girişim ve kontrol grubu arasında çalışmamıza benzer şekilde ağrı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığını saptamışlardır. Yapılan başka bir çalışmada da benzer şekilde, günübirlik cerrahi deneyimleyen çocuklarda ameliyat hazırlık programının postoperatif dönemde oluşan ağrıya etkisinin olmadığı belirtilmiştir (Setoodeh ve ark., 2010).

Çalışmada, postoperatif dönemde her iki grupta da ağrı düzeyi d şuk bulunmuştur ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Araştırmada, bu sonuca ulaşılmasının nedeninin çocuklara genel anestezi ile birlikte dorsal penil bloğu uygulanması, gerekli farmakolojik girişimlerin her iki gruba da zamanında yapılması olabileceği düşünülmektedir. Sünnet işlemi sırasında uygulanan anestezi her iki grupta da postoperatif d şuk düzeyde ağrı oluşturmuştur. Bunun yanında ağrının çok yönlü, karmaşık ve birçok faktörle de ilişkili olduğu bilinmektedir (Pope ve ark., 2015). Türkiye'de yapılan bir çalışmada, erkeklerin sünneti "erkeklik" ve "g  " olarak yorumladıkları ve "erkek" ve "güçlü" olma arzusunun sünnetin olumsuz etkilerini sınırlandırdığı savunulmuştur ( zt rk, 2004). Kırımlı ve arkadaşları (2009), Türk kültürü içinde sünnetin "erkekliğe geçiş" olarak algılanan sosyal bir olgu olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca Kırımlı ve arkadaşları (2009), sünnet sonucunda kültürün beden üzerine yazılımının gerçekleştiğini ve "fiziksel olarak kaybedilmiş olanın toplumsal olarak kazanıldığını" vurgulamışlardır. B y k nal (2015), Türkler tarafından sünnetin "erkek çocuğun başarı ile geçmesi beklenen bir cesaret sınavı" gözüyle değerlendirildiğini bildirmiştir. Corduk ve arkadaşları (2012) yaptıkları tanımlayıcı araştırmada çocuklara sünnetleri sırasında ne düşündüklerini/hissettiklerini sormuşlardır. Çalışma sonucunda; çocukların %58'inin "sünnetin erkek olmak için gerekli olduğunu", %50'sinin " ok acı verici olduğunu" düşündükleri; %38'inin " ok korktuğu", %46'sının "endişelendiği" belirlenmiştir. Uyguladığımız hemşirelik bakımının ağrıyı azaltmada etkili olmamasının nedeni; kültürel etmenler (cesur görünme ve büyüdüğünü kanıtlama çabası, kültürel etmenlerin konforun artmasına zemin hazırlayıp ağrı üzerinde olumlu etki oluşturması) ve



ağrıyı etkilen diğer faktör (analjezik kullanımı, daha önceki ağrı deneyimi vb.) ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Literatürde çalışmamıza benzerlik göstermeyen çalışmalar da bulunmaktadır. Biday (2018), ameliyat geçiren çocuklarda preoperatif süreçte animasyon eğitim filmi izletilmesi, belgesel filmi izletilmesi ve hiç bir işlem yapılmamasının çocukların operasyon sonrası ağrı düzeylerine etkisini değerlendirmiştir. Çalışma sonucunda; ağrı düzeyinin animasyon eğitim filmi izletilen grupta diğer gruplara göre daha düşük düzeyde olduğu saptanmış ve girişimin postoperatif ağrı düzeyini azaltmada kullanılabilecek etkili bir dikkati başka yöne çekme yöntemi olduğu bildirilmiştir. Harvey ve Kovalesky (2018) ameliyat öncesi verilen eğitimlerin, ameliyat sonrası ağrıyı azaltmada etkili olduğunu bulmuşlardır. Agostini ve arkadaşları (2018), pediatrik anestezi indüksiyonu uygulanacak çocuk ve ebeveynlerine preoperatif dönemde palyaço müdahalesi ile dikkati başka yöne çekme girişimi uygulamış, yöntemin çocukların ağrılarını azaltmada etkili olduğunu belirlemişlerdir.

Çalışmada her iki gruptaki çocukların ağrı düzeylerinin taburculuk sırasına göre postoperatif 1. günde önemli düzeyde olmasa da daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4, Şekil 4.4). Çalışmamıza benzer şekilde, Shum ve arkadaşları (2012) günübirlik cerrahi deneyimleyen bireylerin ağrı raporları ve skorlarının evde hastaneye göre daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Anestezinin etkisizleşmesinin ve postoperatif 1. günde pansuman pedinin çıkarılmasının taburculuk sırasına göre evde deneyimlenen ağrı şiddetini artırdığı düşünülmektedir.

Çalışmada postoperatif 1. günden sonra her iki grupta ağrı düzeyinin azaldığı ve ağrı düzeyinin gruplar arasında benzer olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4, Şekil 4.4). Evde her iki grubunda ağrı kesici kullanımı olması ve ağrıyı etkileyen kültürel etmenlerden dolayı uyguladığımız hemşirelik bakımının ağrıyı azaltmada etkili olmadığı söylenebilir.

##### **5.5. Ebeveynlerin Kaygı Düzeylerinin Tartışılması**

Ebeveynlerin kaygı düzeyinin yüksek olması ile çocuktaki kaygı düzeyi arasında ilişki olduğu bilinen bir gerçektir (Andsoy ve Alsawi, 2018; Bogusaite ve ark., 2018). Ebeveynlerin cerrahi işleme yönelik yaşadıkları kaygı çocuğa yansımakta, çocuğun

kaygısı ile baş etmek için fazla enerji sarfetmesi ise iyileşme sürecini olumsuz etkilemektedir (Bartık ve Törüner, 2018). Ebeveynlerin kaygıları azaltılarak, çocuklarına daha iyi destek olmaları sağlanabilmekte ve böylece çocukların iyileşme süreci hızlandırılabilir (Frisch ve ark., 2010; Ahmed ve ark., 2011). Pediatrik cerrahi hemşirelerinin çocuk ve aileyi holistik bakım anlayışı ile değerlendirmesi, çocuk ve ebeveynlerin stresini azaltacak girişimleri uygulamaları bu bağlamda önem kazanmaktadır (Krinsky ve ark., 2014; Beytut ve Başbakkal, 2013). Bu araştırmada, ebeveynlerin kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla Spielberger Durumluk Kaygı Ölçeği kullanılmış ve kaygı düzeyi operasyon öncesi ve sonrası toplam altı kez incelenmiştir.

Çalışmada, ebeveynlerin durumluk kaygı düzeylerinin gruplara ve ölçüm zamanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmış (sırası ile; 10.487,  $p < 0.05$ ,  $F = 6.671$ ,  $p < 0.001$ ); girişim ve kontrol grubunun ön test kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken ( $p > 0.05$ ); girişim sonrasında operasyon öncesinde, taburculuk sırasında ve postoperatif 10. günde kaygı puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Bu sonuçlarla birlikte 5. Hipotez ( $H_1$ ) “Kolcaba’nın Konfor Kuramı’na temellenen hemşirelik bakımı sünnet olan girişim grubundaki çocukların ebeveynlerinin kontrol grubuna göre kaygı düzeyini azaltmada daha etkilidir.” kabul edilmiştir (Tablo 4.5, Şekil 4.5). Bu çalışmada uygulanan hemşirelik bakımının, ebeveynlerin kaygıları ile baş etmelerini kolaylaştırdığı saptanmıştır.

Çalışmada, operasyondan önceki poliklinik başvurusunda (ön test) her iki grupta da orta düzeyde durumluluk kaygı düzeyi belirlenmişken, hemşirelik bakımı verilen girişim grubundaki ebeveynlerde operasyon öncesinde durumluluk kaygı düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı şekilde azaldığı saptanmıştır (Tablo 4.5, Şekil 4.5). Literatür incelendiğinde; hastane ortamı, aile sürecinde ve ebeveynlik rolünde değişim, çocuklarının bedeninde bir kesi oluşacak olması ve buna bağlı ağrı, acı yaşama olasılığı, anestezinin olası yan etkileri, organ kaybı ya da ölüm gibi durumlarla karşılaşma korkularından dolayı çocuğu cerrahi işlem geçirecek ebeveynlerin durumluk kaygılarının arttığı belirlenmiştir (Berghmans ve ark., 2012; Fincher ve ark., 2012; Bartık ve Törüner,

2018). Salgado ve arkadaşları (2011) çocuğu cerrahi işlem geçirecek ebeveynleri kaygılandıran en önemli etmenin, çocuklarını ameliyat sırasında kaybetme korkusu olduğunu bildirmişlerdir. Frisch ve arkadaşları (2010), ebeveynlerin cerrahi için duygusal ve eğitimsel olarak kendilerini hazırlıklı hissetmediklerini saptamışlardır. Rabbitts ve arkadaşları (2018) ile Franck ve arkadaşları (2010) çocuğuna cerrahi işlem planlanan ebeveynlerin, perioperatif süreç hakkında ayrıntılı bilgilendirilmelerinin yanı sıra psikososyal desteğe de gereksinim duyduklarını belirtmişlerdir. Chang ve arkadaşları (2017) sünnet operasyonu planlanan çocukların ebeveynlerine hem yazılı materyal hem de görsel-işitsel CD ile cerrahi öncesi ameliyat hazırlık eğitimi uygulamış, çalışma sonucunda; eğitimin ebeveyn kaygısını azaltmada etkili olduğunu belirlemişlerdir. Buna ek olarak, dikkati başka yöne çekme yöntemlerinin de ebeveyn kaygısının azaltılmasında etkili olduğu görülmüştür. Agostini ve arkadaşları (2018), pediatrik anestezi indüksiyonu uygulanacak çocuk ve ebeveynlerine preoperatif dönemde palyaço müdahalesi ile dikkati başka yöne çekme girişimi uygulamış, yöntemin ebeveynlerin kaygı ve stresini azaltmada etkili olduğunu belirlemişlerdir. Bu çalışmada, kontrol grubundaki ebeveynlerde operasyon öncesinde kaygı seviyesinin daha yüksek olmasının; sünnet operasyonunun perioperatif süreci konusunda yeterince bilgi sahibi olmamaları, çocuğun evde bakımı konusunda bilgi eksikliği ve psikososyal gereksinimlerinin anlaşılması, karşılanması için hemşire ile yeterli zaman geçirememiş olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmada, hemşirelik bakımı verilen girişim grubundaki ebeveynlerde taburculuk sırasında durumluluk kaygı düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı şekilde azaldığı saptanmıştır (Tablo 4.5, Şekil 4.5). Çalışmada, kontrol grubundaki ebeveynlerde taburculuk sırasında kaygı seviyesinin daha yüksek olmasının nedenlerinin; perioperatif süreçte yapması gerekenler konusunda hemşirenin anlattıklarını cerrahi işlemin stresinden dolayısıyla dinleyememeleri ya da algılayamamaları, operasyon sonrası çocuğun evde bakımı konusunda korku yaşamalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bu araştırmada Konfor Kuramı'na temellenen KOBaG protokolü ile uygulanan hemşirelik bakımının, ebeveynlerin beklenti ve gereksinimlerine uygun sağlık hizmeti verilebilmesini sağlayarak, başetme becerilerini geliştirdiği, ebeveynin çocuğun evdeki bakımını üstlenmesine yardımcı olduğu ve böylece durumluluk kaygı düzeyini azaltmada etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışma kapsamına alınan her iki gruptaki ebeveynlerin kaygı düzeyleri postoperatif 1. günde ve postoperatif 3. günde benzer bulunmuştur (Tablo 4.5, Şekil 4.5). Bu durumun bir nedeninin operasyonun bitmiş olması ile ebeveynlerin emosyonel olarak rahatlamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ebeveynlerin kaygısını azaltan başka bir nedenin de sünnetin ülkemizdeki dini, kültürel ve sosyolojik boyutu olduğu düşünülmektedir. Yapılan araştırmalar incelendiğinde; Şahin ve arkadaşları (2003) annelerin çocuklarını sünnet ettirme nedenlerini araştırdığı çalışmalarında, sünnet nedeninin %84.8 oranında dini ve geleneksel nedenler olduğunu bildirmişlerdir. Benzer şekilde, Özkan ve arkadaşları (2019) annelerin çocuklarını sünnet ettirme nedenlerini araştırmış, çalışma sonucunda annelerin; toplumumuzda sünnet olmayan erkeğe kız verilmediğini (%94.8), İslam inancına göre her erkek çocuğun mutlaka sünnet olması gerektiğini (%100) düşündüklerini belirlemişlerdir. Ayrıca, çalışmada annelerin; %79.7'si idrar yolu enfeksiyonuna, %54.7'si penis kanserine, %62'si cinsel yolla bulaşan hastalıklara, %90.1'i penis hijyenine ve %62.5'i cinsel yaşama sünnetin olumlu etkisinin olduğunu, bu nedenlerden dolayı da çocuklarını sünnet ettirdiklerini belirtmişlerdir. Bazı çalışmalarda, Türkiye'de çocuğun bakımının, sünnetinin ve evlendirilmesinin ebeveynlerin "boynunun borcu" olarak kabul edildiği belirtilmektedir (Mil, 2011; Akkayan, 2010). Toplumumuzdaki erkeklerin neredeyse hepsi sünnetlidir (İzgi, 2014). Bu gerekçelerle, çalışmada postoperatif 1. ve 3. günde ebeveynlerin kaygılarının benzer olduğu söylenebilir.

Çalışmada, postoperatif 10. günde kaygı düzeyi girişim grubundaki ebeveynlerde istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.5, Şekil 4.5). Postoperatif 10. gün, çocuk ve ebeveyninin kontrol muayenesi için hastaneye tekrar başvurduğu gündür. Bu araştırmada, Konfor Kuramı'na temellenen KOBaG protokolü ile uygulanan hemşirelik bakımının, özellikle tele izlem ve danışmanlık girişiminin, postoperatif erken dönemde kesilen bakımın sürekliliğini sağlayarak; hemşire ile ebeveyn arasındaki iletişimin pekişmesini sağladığı, çocuğun bakımı ile ilgili ebeveynleri güçlendirdiği, bakım ve tedaviye olumlu katkılar sağladığı, hastane ile iletişimi kesilmeyen ebeveynin de tekrar hastane ortamına başvurmak ile ilişkili bir kaygısının oluşmadığı ve bu doğrultuda durumluk kaygısının yükselmediği düşünülmektedir.

## 5.6. Ebeveynlerin Bakım Memnuniyeti Düzeylerinin Tartışılması

Çalışmada, girişim grubunda yer alan ebeveynlerin kontrol grubundakilere göre genel memnuniyet ölçek puan ortalamalarının ve bilgilendirme, aile katılımı, iletişim, teknik beceri, duygusal gereksinimler alt ölçek puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0.001$ ). Bu bulgulara göre 6. Hipotez “Kolcaba’nın Konfor Kuramı’na temellenen hemşirelik bakımı sünnet olan girişim grubundaki çocukların ebeveynlerinin kontrol grubuna göre bakım memnuniyetini artırmada daha etkilidir.” kabul edilmiştir (Tablo 4.6). Bu çalışmada, uygulanan hemşirelik bakımının ebeveynlerin bakım memnuniyeti düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu saptanmıştır.

Literatür incelendiğinde aynı ölçüm aracının kullanıldığı bir çalışmada; Bartık ve Törüner (2018) 73 çocuk ve primer bakım vericisine “ameliyat öncesi hazırlık programı” uygulamıştır. Çalışma sonucunda; girişim grubundaki ebeveynlerin kontrol grubundaki ebeveynlere göre bakım memnuniyeti düzeyinin %50 oranında daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Paralel başka bir çalışmada; Landier ve arkadaşları (2018) çocuğuna ameliyat yapılacak 178 ebeveyne cerrahi öncesi bilgilendirme broşürü ile ameliyat hazırlık eğitimi uygulamıştır. Çalışma sonucunda; ebeveynlerin kaygılarının azaldığı ve bakım memnuniyeti düzeylerinin arttığı bildirilmiştir. Benzer şekilde, Bellew ve arkadaşları (2002) ameliyat hazırlık programının, ebeveyn memnuniyetini artırdığını bulmuşlardır. Dean ve arkadaşları (2019) pediatrik cerrahi uygulanmış çocukların ebeveynlerine postoperatif süreçte tele-sağlık hizmeti uygulamış ve çalışma sonunda, ebeveynlerin %98’inin bakım memnuniyetinin arttığını tespit etmişlerdir. Kolcaba’ya göre, bireyin ruhsal açıdan güçlü hissetmesine olanak sağlayan girişimler bireye kendisini özel hissettirir ve bakım memnuniyetinin artmasına katkı sağlar (Kolcaba, 2003). Merkouris ve arkadaşları (1999), sağlık bakım alıcılarının birey olarak kabul görmesinin, kişilerarası ilişkiler ve karar vermeye katılım gibi içsel gereksinimlerinin karşılanmasının, diğer bir anlatımla konforların sağlanmasının bakım memnuniyeti düzeyini artırdığını, bireylerin konforları dikkate alınmadığında ise memnuniyetsizlik oluştuğunu vurgulamışlardır. Noor ve Maria (2016) yaptıkları kesitsel araştırmada, hemşirelik bakım kalitesi, konfor ve bakım memnuniyeti arasında anlamlı ilişki olduğunu bildirmişlerdir.

Sonuç olarak; araştırma sonuçlarımız ile yapılan çalışma sonuçları benzerlik göstermektedir. Bu çalışmadan elde edilen bulgulara göre, Konfor Kuramı'na temellenen KOBaG prokol ile uygulanan hemşirelik bakımının ebeveyn bakım memnuniyetini artırdığı düşünülmektedir.



## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

#### Sünnet olan çocuklara ilişkin sonuçlar

- Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na temellenen hemşirelik bakımı sünnet olan girişim grubundaki çocukların kontrol grubuna göre konfor düzeyini artırmada daha etkilidir.
- Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na temellenen hemşirelik bakımı sünnet olan girişim grubundaki çocukların kontrol grubuna göre kaygı düzeyini azaltmada daha etkilidir.
- Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na temellenen hemşirelik bakımı sünnet olan girişim grubundaki çocukların kontrol grubuna göre korku düzeyini azaltmada daha etkilidir.
- Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na temellenen hemşirelik bakımı sünnet olan girişim grubundaki çocukların kontrol grubuna göre ağrı düzeyini azaltmada etkili değildir.

#### Sünnet operasyonu planlanan çocukların ebeveynlerine ilişkin sonuçlar

- Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na temellenen hemşirelik bakımı sünnet olan girişim grubundaki çocukların ebeveynlerinin kontrol grubuna göre kaygı düzeyini azaltmada daha etkilidir.
- Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na temellenen hemşirelik bakımı sünnet olan girişim grubundaki çocukların ebeveynlerinin kontrol grubuna göre bakım memnuniyetini artırmada daha etkilidir.

### 6.2. Öneriler

Tez çalışmasından elde edilen sonuçlara yönelik aşağıdaki öneriler sunulmuştur.

- Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na temellenen KOBaG protokülü ile uygulanan hemşirelik bakımının, gününbirlik ve pediatrik cerrahi kliniklerinde kullanılması,
- Çalışma kapsamında geliştirilen konfor odaklı bakım araçlarının (Ahmet'in Sünnet Macerası isimli öykü kitabı, Ahmet'in Sünnet Macerası Boyama ve Bulmaca

Kitapçığı, Sünnet Operasyonu Planlanan Çocuğunuzun Bakımı isimli eğitim kitapçığı ve amigurumi bebek) günübirlik ve pediatrik cerrahi kliniklerinde kullanılması,

- Sünnet olan çocuk ve ebeveynlerinin konfor gereksinimlerinin karşılanması için günübirlik ve pediatrik cerrahi kliniklerinde iyileştirici bakım çevresi oluşturulması,
- Günübirlik cerrahi, doğası gereği hasta ve hemşire arasındaki iletişim süresini azaltmaktadır. Sünnet operasyonu planlanan çocuk ve ebeveynlerinin bilgilendirilme gereksinimlerinin cerrahi girişim kararından hemen sonra multidisipliner bir yaklaşımla (hemşire, çocuk cerrahi ve anestezi hekimi) başlatılması gerekir. Ayrıca KOBaG protokülü ile uygulanan hemşirelik bakımının tamamının bir hemşire tarafından uygulanması oldukça zaman alıcıdır. Bu nedenle “günübirlik cerrahi eğitim hemşireliği birimi”nin kurulmasının gerekli olduğu düşünülmektedir. Özellikle ameliyat hazırlık eğitimi ile tele izlem ve danışmanlık girişimlerinin günübirlik cerrahi eğitim hemşiresince uygulanması önerilebilir.



## KAYNAKLAR

Adams ED, Bianchi AL. A practical approach to labor support. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 2008; 37(1): 106-115.

Agostini F, Monti F, Neri E, Dellabartola S, De Pascalis, L, Bozicevic, L. Parental anxiety and stress before pediatric anesthesia: A pilot study on the effectiveness of preoperative clown intervention. *Journal of Health Psychology*, 2014; 19(5): 587-601.

Ahmed MI, Farrell MA, Parrish K, Karla A. Preoperative anxiety in children risk factors and non-pharmacological management. *Middle East Journal of Anesthesiology*, 2011; 21(2): 153-164.

Akca S, Gozen D, Akpınar Yelen Y. The effects of pre-op training on the anxiety levels of children in Corum/Turkey. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 2015; 61(2): 1-5.

Akın B, Koçoğlu D. Randomize kontrollü deneyler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2017; 4(1): 73-92.

Akkayan T. Bedenin kültürel gerekçelerle sakatlanması ve Söğüt'te sünnet. *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Antropoloji Dergisi*, 2010; 24: 37-68.

Aksoy G. Ameliyat öncesi hemşirelik bakımı. In: Editör: Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N, eds. *Cerrahi hemşireliği I. 1. Baskı*, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul, 2012, s:257-299.

Akyolcu N. Ameliyat sonrası hemşirelik bakımı. In: Editör: Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N, eds. *Cerrahi hemşireliği I. 1. baskı*, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul, 2012, s:335-366.

Albero G, Castellsague X, Giuliano AR, Bosch FX. Male circumcision and genital human papillomavirus: A systematic review and meta-analysis. *Sexually Transmitted Diseases*, 2012; 39(2): 104-113.

Alkhenizan A, Elabd K. Non-therapeutic infant male circumcision. Evidence, ethics, and international law perspectives. *Saudi Med J.*, 2016; 37(9): 941-947.

Altay N, Kılıçarslan Törüner E, Çırlak A. Günübirlık cerrahide ocuğunuzun bakımı. Günübirlık cerrahi aile eğitim kitapı. Ankara, 2014; 1-45.

Altunkaya H, Ozer Y, Kargı E, Babuccu O. Comparison of local anaesthetic effects of tramadol with prilocaine for minor surgical procedures. *British Journal of Anaesthesia*, 2003; 90(3): 320-322.

Al-Yateem N, Rossiter RC. Unstructured play for anxiety in pediatric inpatient care. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 2017; 22(1): 1-7.

Andsoy II, Alsawi SOM. Cerrahi girişim uygulanacak çocukların babalarının ameliyat hakkında bilgi ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. *J Contemp Med*, 2018; 8(3): 264-270.

Ångström-Brännström C, Norberg A, Jansson L. Narratives of children with chronic illness about being comforted. *Journal of Pediatric Nursing*, 2008; 23(4): 310-316.

Ateşman E. Türkçede okunabilirliğin ölçülmesi. *Dil Dergisi*, 1997; 58: 71-74.

Ayan G. Çocuklara ameliyat öncesi dönemde terapötik oyun ile verilen eğitimin çocukların anksiyete ve korku düzeylerine etkisi. Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019, Karabük (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Ö. şahin).

Aydın E. Gelenekler mi? Tıbbi tercihler mi? Aileler ne yapmalı? *Turkiye Klinikleri J Pediatr Surg-Special Topics*, 2017; 7(3): 355-61.

Aytekin A, Küçükoğlu S, elebioğlu A, Özdemir F, Akay G. Çocuklarda dikkat çekme yönteminin sünnet operasyonu öncesi korku ve kaygı düzeyine etkisi. 6. Ulusal 1. Uluslararası Pediatri Hemşireliği Kongresi Kongre Kitabı, 2017; 82.

Bailey RC, Moses S, Parker CB, Agot K, Maclean I, Krieger JN, Ndinya-Achola JO. Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: A randomised controlled trial. *Lancet*, 2007; 369(9562): 643-656.

Bartık K, Törüner EK. Effectiveness of a preoperative preparation program on children's emotional states and parental anxiety. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 2018; 33(6): 972-980.

Bauer M, Böhrer H, Aichele G, Bach A, Martin E. Measuring patient satisfaction with anaesthesia: perioperative questionnaire versus standardised face-to-face interview. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 2001; 45(1): 65-72.

Bellew M, Atkinson KR, Dixon G, Yates A. The introduction of a paediatric anaesthesia information leaflet: an audit of its impact on parental anxiety and satisfaction. *Pediatric Anesthesia*, 2002; 12(2): 124-130.

Berghmans J, Weber F, Van Akoleyen C, Utens E, Adriaenssens P, Klein J, Himpe D. Audiovisual aid viewing immediately before pediatric induction moderates the accompanying parents' anxiety. *Pediatric Anesthesia*, 2012; 22(4): 386-392.

Betty JA, Ladwig GB, Makic MBF. Çeviren: Gürhan N, Kitiş Y, Polat Ü, Fidancı BE. *Hemşirelik Tanıları El Kitabı Bakım Planlamasında Kanıta Dayalı Rehber*, 11 Baskı, İstanbul; 2018, s: 505-508.

Beytut D, Başbakkal Z. Çocuk yoğun bakımda sedasyon değerlendirmesi ve konfor skalasının kullanımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 2013; 17(2): 52-58.

Bice AA, Hall J, Devereaux MJ. Exploring holistic comfort in children who experience a clinical venipuncture procedure. *Journal of Holistic Nursing*, 2018; 36(2): 108-122.

Bice AA, Pond RS, Lutz BJ. The pediatric procedural holistic comfort assessment: a feasibility study. *Journal of Pediatric Health Care*, 2019; 33(5): 509-519.

Biday Ş. Ameliyat öncesi çocuk hastalara izletilen eğitim amaçlı animasyon filminin çocuklarda korkuya ve ameliyat sonrası ağrıya etkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2019, İzmir (Prof. Dr. H. Bal Yılmaz)

Bogušaitė L, Razlevičė I, Lukošienė L, Macas A. Evaluation of preoperative information needs in pediatric anesthesiology. *Med Sci Mon.*, 2018; 24: 8773-8780.

Bollinger D, Van Howe RS. Alexithymia and circumcision trauma: A preliminary investigation. *International Journal of Men's Health*, 2011; 10(2): 184-195.

Boyle GJ, Ramos S. Post-traumatic stress disorder (PTSD) among Filipino boys subjected to non-therapeutic ritual or medical surgical procedures: A retrospective cohort study. *Annals of Medicine and Surgery*, 2019; 42: 19-22.

Boyle GJ. Circumcision of infants and children: Short-term trauma and long-term psychosexual harm. *Advances in Sexual Medicine*, 2015; 5: 22-38.

Boz İ. İyileştirici bakım çevresi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2018; 7(1), 56-61.

Boztepe H. Pediatri hemşireliğinde aile merkezli bakım. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 2009; 1(2): 88-93.

Bray L, Appleton V, Sharpe A. 'If I knew what was going to happen, it wouldn't worry me so much': Children's, parents' and health professionals' perspectives on information for children undergoing a procedure. *Journal of Child Health Care*, 2019a; 23(4): 626-638.

Bray L, Appleton V, Sharpe A. The information needs of children having clinical procedures in hospital: Will it hurt? Will I feel scared? What can I do to stay calm?. *Child: Care, Health and Development*, 2019b; 45(5): 737-743.

Brown TL. Pediatric nursing interventions and skills. In: M. J. Hockenberry & D. Wilson, eds. *Essentials of Pediatric Nursing: Wong's Essentials of Pediatric Nursing*. Canada: Elsevier Health Sciences, 2013, p: 883-941.

Bruce E. Pain management. In: Moyse K. eds. *Promoting Health in children and young people: the role of the nurse*. John Wiley & Sons., 2009, p: 249-255.

Bruderer U, Fisler A, Steurer MP, Steurer M, Dullenkopf A. Post-discharge nausea and vomiting after total intravenous anaesthesia and standardised PONV prophylaxis for ambulatory surgery. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 2017; 61(7): 758-766.

Büyükunal C. Ülkemizde çocuk ürolojisinin gelişim sürecine bir bakış. *Çocuk Cerrahisi Dergisi*, 2015; 29(1): 1-13.

Canbulat Şahiner N. Göbek ve sünnet bakımı. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Nurs-Special Topics*, 2015; 1(2): 23-29.

Cao D, Liu L, Hu Y, Wang J, Yuan J, Dong Q, Wei Q. A systematic review and meta-analysis of circumcision with Shang Ring vs conventional circumcision. *Urology*, 2015; 85(4): 799-804.

Caprilli S, Anastasi F, Grotto RPL, Abeti MS, Messeri A. Interactive music as a treatment for pain and stress in children during venipuncture: A randomized prospective study. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 2007; 28(5): 399-403.

Caprilli S, Vagnoli L, Bastiani C, Messeri A. Pain and distress in children undergoing blood sampling: effectiveness of distraction with soap bubbles: A randomized controlled study. *Children's Nurses: Italian Journal of Pediatric Nursing Science*, 2012; 4(1): 15-30.

Çataklı T, Yazarlı E, Yener F, Bilge YD. Knowledge levels about circumcision of mothers admitted to a hospital. *Erciyes Medical Journal*, 2012; 34(3): 116-120.

Cavender K, Goff MD, Hollon EC, Guzzetta CE. Parents' positioning and distracting children during venipuncture: Effects on children's pain, fear, and distress. *Journal of Holistic Nursing*, 2004; 22(1): 32-56.

Chang SF, Hung CH, Hsu YY, Liu Y, Wang TN. The effectiveness of health education on maternal anxiety, circumcision knowledge, and nursing hours: A quasi-experimental study. *Journal of Nursing Research*, 2017; 25(4): 296-303.

Chow CH, Van Lieshout RJ, Schmidt LA, Dobson G., Buckley N. Systematic review: Audiovisual interventions for reducing preoperative anxiety in children undergoing elective surgery. *Journal of Pediatric Psychology*, 2016; 41(2): 182-203.

Chuang WC, Chiou SC. The study of the need of interior design based on the interaction between humans and environment. *International Journal of the Humanities*, 2009; 7(4): 145-160.

Çilingir D, Bayraktar, N. Günübirlık cerrahi süreci ve hemşirelik bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006; 69-81.

Cimete G, Kuğuoğlu S, Dede Çınar N. Çocuk hastalık ve hastane ortamı. In: *Pediatric Hemşireliği*, Editör: Conk Z, Başbakkal Z, Bal Yılmaz H, Bolışık B. 1. Baskı. Akademisyen Kitabevi; Ankara, 2013; 101-160.

Corduk, N., Unlu, G., Sarioglu-Buke, A., Buber, A., Savran, B., & Zencir, M. (2013). Knowledge, attitude and behaviour of boys and parents about circumcision. *Acta Paediatrica*, 102(4), 169-173.

Dave S, Afshar, K, Braga LH, Anderson P. Canadian Urological Association guideline on the care of the normal foreskin and neonatal circumcision in Canadian infants (abridged version). *Canadian Urological Association Journal*, 2018; 12(2): 76-99.

Dean P, O'Donnell, Zhou, L, Skarsgard ED. Improving value and access to specialty medical care for families: A pediatric surgery telehealth program. *Canadian Journal of Surgery*, 2019; 62(6): 436-441.

Demir, Ozsaker, E, Ilce AO. The quality and suitability of written educational materials for patients. *Journal of Clinical Nursing*, 2008; 17(2): 259-265.

Doak C, Doak L, Miller K, Wilder L. Suitability assessment of materials (SAM). In: *American Public Health Association Annual Meeting*, J. B. Lippincott Company; Philadelphia, 1994; 49-59.

Dowd T, Kolcaba K, Steiner R. Correlations among measures of bladder function and comfort. *Journal of Nursing Measurement*, 2002; 10: 27-38.

Dunsmuir WD, Gordon EM. The history of circumcision. *BJU Int*, 1999; 83:1-12.

Ebrahimpour F, Hoseini ASS. Suggesting a practical theory to oncology nurses: Case report of a child in discomfort. *Journal of Palliative Care*, 2018; 33(4): 194-196.

Ekinci S. Sünnette ağrı kontrolü. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Surg-Special Topics*, 2017; 27(3): 372-5.

Erdemir F, Çırlak A. Rahatlık kavramı ve hemşirelikte kullanımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 2013; 6(4): 224-230.

Erden IA, Pamuk AG, Arun O, Akıncı SB, Önal Ö, Aypar Ü. Effect of music on parental anxiety those children undergoing anesthesia. *Anestezi Dergisi*, 2010; 18: 94-8.

Ergenoğlu AS, Aytuğ A. Sağlık kurumlarında değişen paradigmlar ve iyileştiren hastane kavramının mimari tasarımı açısından irdelenmesi. MEGARON/Yıldız Teknik Üniversitesi, Mimarlık Fakóltesi E-Dergisi, 2007; 2(1): 44-63.

Erhaze EK, Dowling M, Devane D. Parental presence at anaesthesia induction: A systematic review. International Journal of Nursing Practice, 2016; 22(4): 397-407.

Eroğlu E, Dayanıklı P, şarman G. Newborn circumcision using a Gomco clamp. Çocuk Cerrahisi Dergisi, 2005; 19: 31-4.

Ersig AL, Kleiber C, McCarthy AM, Hanrahan K. Validation of a clinically useful measure of children's state anxiety before medical procedures. Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 2013; 18(4): 311-319.

Erskine A, Wiffen PJ, Conlon JA. As required versus fixed schedule analgesic administration for postoperative pain in children. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2015; Issue 2. Art. No.: CD011404.

Eti Aslan F. Ameliyat sonrası ağrı değerlendirmesinde górsel kıyaslama óleđiyle basit tanımlayıcı óleđin duyarlılık ve seiciliği. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 2004; 8(1): 1-6.

Farhat A, Kouzegaran S, Sabertanha A, Mohammadzadeh A, Madani Sani F. Assessment of pain management in pediatric emergency department in Mashhad-Iran. International Journal of Pediatrics, 2013; 1(2): 25-29.

Fawcett J. Watson's theory of human care. In J. Fawcett (Ed). Contemporary nursing knowledge an analysis and evaluation of nursing models and theories. F.A. Davis Company; Philadelphia, 2005; 553-599.

Fayoux P, Wood C. Non-pharmacological treatment of post-tonsillectomy pain. European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases, 2014; 131: 239-241.

Felder-Puig R, Maksys A, Noestlinger C, Gadner H, Stark H, Pfluegler A, Topf R. Using a children's book to prepare children and parents for elective ENT surgery: results of a randomized clinical trial. J Pediatr Otorhinolaryngol, 2003; 67(1): 35-41.

Fincher W, Shaw J, Ramelet AS. The effectiveness of a standardised preoperative preparation in reducing child and parent anxiety: A single-blind randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 2012; 21(7-8): 946-955.

Fortier MA, Kain ZN. Treating perioperative anxiety and pain in children: A tailored and innovative approach. *Pediatric Anesthesia*, 2015; 25: 27-35.

Franck LS, McQuillan A, Wray J, Grocott MP, Goldman A. Parent stress levels during children's hospital recovery after congenital heart surgery. *Pediatric Cardiology*, 2010; 31(7): 961-968.

Franck LS, Spencer C. Informing parents about anaesthesia for children's surgery: A critical literature review. *Patient Educ Couns*, 2005; 59: 117-25.

Frisch AM, Johnson A, Timmons S, Weatherford C. Nurse practitioner role in preparing families for pediatric outpatient surgery. *Pediatr Nurs.*, 2010; 36(1): 41-47.

Genç N. Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na temellendirilmiş hemşirelik girişimlerinin yaşam sonu dönemdeki hastaların konfor düzeyine ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2019, İstanbul (Doç. Dr. A Aydın).

Gollaher DL. *Circumcision: A history of the world's most controversial surgery*. Published by Basic Books; New York, 2000; 1-53.

Gordon BK, Jaaniste T, Bartlett K, Perrin M, Jackson A, Sandstrom A, Sheehan S. Child and parental surveys about pre-hospitalization information provision. *Child: Care, Health and Development*, 2011; 37(5): 727-733.

Gray RH, Kigozi G, Kong X, Ssempiija V, Makumbi F, Watty S, Wawer MJ. The effectiveness of male circumcision for HIV prevention and effects on risk behaviors in a post-trial follow up study in Rakai, Uganda. *AIDS (London, England)*, 2012; 26(5): 609-15.

Gray RH, Li X, Kigozi G, Serwadda D, Nalugoda F, Watya S, Wawer M. The impact of male circumcision on HIV incidence and cost per infection prevented: A stochastic simulation model from Rakai, Uganda. *AIDS*, 2007; 21(7): 845-850.



Gün Sosyal F. Sünnnet komplikasyonları. Türkiye Klinikleri J Pediatr Surg-Special Topics, 2017; 7(3): 383-4.

Gürol A, Binici Y. Günübürlük cerrahi geçirecek çocukların annelerinin anksiyete düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi, 2017; 7(1): 29-38.

Hammond T, Carmack A. Long-term adverse outcomes from neonatal circumcision reported in a survey of 1,008 men: An overview of health and human rights implications. The International Journal of Human Rights, 2017; 21(2): 189-218.

Hammond T, Reiss MD. Antecedents of emotional distress and sexual dissatisfaction in circumcised men: previous findings and future directions-comment on Bossio and Pukall (2017). Archives of Sexual Behavior, 2018; 47(5): 1319-1320.

Harvey KA, Kovalesky A. Post-operative pain and comfort in children after heart surgery: a comparison of nurses and families pre-operative expectations. Journal of Pediatric Nursing, 2018; 43: 9-15.

Hawley MP. Nurse comforting strategies: Perceptions of emergency department patients. Clinical Nursing Research, 2000; 9(4) 441-459.

Henderson JC. Circumcision 6 “S” comfort care. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 2014; 43(1): 37.

Hill S, Engle S, Jorgensen J, Kralik A, Whitman K. Effects of facilitated tucking during routine care of infants born preterm. Pediatric Physical Therapy, 2005; 17(2): 158-163.

Issı Y, Önem K, Germiyanoglu C. Sünnnet ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar. Her yönüyle sünnnet. Pediatrik Üroloji Bülteni, 2018; 1(1): 12-14.

İzgi CM. Ethical evaluation of non-terapeutic male circumcision. Turkish Journal of Psychiatry, 2014; 1: 1-7.

James J, Ghai S, Rao KLN, Sharma N. Effectiveness of “Animated Cartoons” as a distraction strategy on behavioural response to pain perception among children undergoing venipuncture. Nursing and Midwifery Research Journal, 2012; 8(3): 198-207.

Jimenez A, Arribas MD, Murillo C, Abenia JM, Elia M, González M. Analysis of complications and causes of unexpected hospitalisation in ambulatory surgery. *Ambulatory Surgery*, 1998; 6(3): 163-167.

Kaduson HG, Schaefer CE. En popüler 101 oyun terapisi tekniği. Nobel Akademik Yayıncılık; Ankara, 2018; 305-308.

Kain ZN, Caldwell A, Krivutza D, Weinberg M, Gaal D, Wang S, Mayes L. Interactive music therapy as a treatment for preoperative anxiety in children: A randomized controlled trial. *Anesth Analg.*, 2004; 98: 1260-66.

Kain ZN, Mayes LC, Caldwell-Andrews AA, Karas DE, McClain BC. Preoperative anxiety, postoperative pain and behavioral recovery in young children undergoing surgery. *Pediatrics*, 2006; 118: 651-658.

Kang S, Park S. Effect of the ASPAN Guideline on Perioperative Hypothermia Among Patients With Upper Extremity Surgery Under General Anesthesia: A Randomized Controlled Trial. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 2020; (19): 30416-2.

Karabacak Ü, Acaroğlu R. Konfor kuramı. *Maltepe Üniversitesi Bilim ve Sanat Dergisi*, 2011; 4(1): 197-202.

Karabacak Ü, Potur DC. Hemşirelik teorileri ve modelleri. In: Karadağ A, Çalışkan N, Baykara eds. 1. Baskı. Akademi Basın ve Yayıncılık; İstanbul, 2017; 654-8.

Keskin E. Sünnet: doğru/yanlış bilinenler. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Surg-Special Topics*, 2017; 7(3): 347-9.

Kestel M, Tarhan H, Şahin H. Erkek sünneti. *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi*, 2018; 5(1): 27-31.

Khan AA. Application of Katharine Kolcaba Comfort Theory to nursing care of patient. *International Journal of Scientific and Research Publications*, 2017; 7: 104-108.

Kılıç N, Karagözlü Akgül A. Sünnetin tarihçesi. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Surg-Special Topics*, 2017; 7(3): 350-4.

Kırımlı Y. Yetişkinliğe ilk adım: Sünnet. In: Naskali-Gürsoy E, Koç A, eds. 2009; 151-63.

Kirk S. Methodological and ethical issues in conducting qualitative research with children and young people: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 2007; 44(7): 1250-1260.

Koch S. Home telehealth-current state and future trends. *Int J Med Inform*, 2006; 75: 565-576.

Kolcaba K, Dimarco MA. Comfort theory and its application to pediatric nursing. *Pediatr. Nurs.*, 2005; 31: 187-194.

Kolcaba K, Wilson L. Comfort care: A framework for perianesthesia nursing. *Journal of Perianesthesia Nursing.*, 2002; 17: 102-111.

Kolcaba K. *Comfort theory and practice. A vision for holistic care and research.* Springer Publishing Company: Newyork; 2003.

Koukourikos K, Tzaha L, Pantelidou P, Tsaloglidou A. The importance of play during hospitalization of children. *Mater Sociomed.*, 2015; 27(6): 438-441.

Krinsky R, Murillo I, Johnson J. A practical application of Katharine Kolcaba's Comfort Theory to cardiac patients. *Applied Nursing Research*, 2014; 27(2): 147-50.

Lafond DA, Bowling S, Fortkiewicz JM, Reggio C, Hinds PS. Integrating the Comfort Theory™ into pediatric primary palliative care to improve access to care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 2019; 21(5): 382-389.

Landier M, Villemagne T, Le Touze A, Braïk , Meignan, P, Cook AR, Binet A. The position of a written document in preoperative information for pediatric surgery: A randomized controlled trial on parental anxiety, knowledge, and satisfaction. *Journal of Pediatric Surgery*, 2018; 53(3): 375-380.

Larke N, Thomas SL, Dos Santos Silva I, Weiss HA. Male circumcision and human papillomavirus infection in men: A systematic review and meta-analysis. *J Infect Dis.*, 2011a; 204(9): 1375-90.

Larke N, Thomas SL, dos Santos Silva I. Male circumcision and penile cancer: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Causes Control*, 2011b; 22: 1097-110.

Lee JY, Jo YY. Attention to postoperative pain control in children. *Korean J Anesthesiol*, 2014; 66(3): 183-8.

Luis J, Apostolo A, Kolcaba K. The effects of guided imagery on comfort, depression, anxiety, and stress of psychiatric inpatients with depressive disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2009; 23(6): 403-411.

Luseno WK, Field SH, Iritani BJ, Rennie S, Gilbertson A, Odongo FS, Hallfors DD. Consent challenges and psychosocial distress in the scale-up of voluntary medical male circumcision among adolescents in Western Kenya. *AIDS and Behavior*, 2019; 23(12): 3460-3470.

Machotta A. Parental presence during induction of anesthesia in children: Pros and cons. *Der Anaesthesist*, 2014; 63(4): 326-330.

Madsen BS, van den Brule AJC, Jensen HL, et al. Risk factors for squamous cell carcinoma of the penis-population-based, case-control study in Denmark. *Cancer Epidemiol Biomarkers*, 2008; 17: 2683-91.

March A, McCormack D. Nursing theory-directed healthcare: Modifying Kolcaba's comfort theory as an institution-wide approach. *Holistic Nursing Practice*, 2009; 23(2): 75-80.

Mavundla TR, Netswer FG, Toth F, Bottoman B, Tenge S. How boys become dogs: Stigmatization and marginalization of uninitiated Xhosa males in East London, South Africa. *Qualitative Health Research*, 2010; 20(7): 931-941.

McFadyen, A. Children have feelings too. *British Medical Journal*, 1998; 316: 1616.

McMurtry CM, Noel M, Chambers CT, McGrath PJ. Children's fear during procedural pain: Preliminary investigation of the Children's Fear Scale. *Health Psychology*, 2011; 30(6): 780-788.

Merkouris A, Ifantopoulos J, Lanara V, Lemonidou C. Patient satisfaction: A key concept for evaluating and improving nursing services. *Journal of Nursing Management*, 1999; 7(1): 19-28.

Mil A. Farklı sünnet tekniklerinin karşılaştırılması. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Kahramanmaraş, 2011, (Danışman: Prof. Dr. K U Özkan).

Morris BJ, Bailis SA, Wiswell TE. Circumcision rates in the United States: Rising or falling? What effect might the new affirmative pediatric policy statement have? *Mayo Clin Proc.*, 2014; 89(5): 677-686.

Morris BJ, Hankins CA, Banerjee J, Lumbers ER, Mindel A, Klausner JD, Krieger JN. Does male circumcision reduce women's risk of sexually transmitted infections, cervical cancer, and associated conditions? *Frontiers in Public Health*, 2019; 7(4): 1-21.

Morris BJ, Waskett JH, Banerjee J, Wamai RG, Tobian AA, Gray RH, Bailis SA, Bailey RC, Klausner JD, Willcourt RJ, Halperin DT, Wiswell TE, Mindel A. A 'snip' in time: what is the best age to circumcise? *BMC Pediatr.*, 2012; 12(20): 1-15.

Morris BJ, Wiswell TE. Circumcision and lifetime risk of urinary tract infection: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Urology*, 2013; 189(6): 2118-2124.

Noonan RJ, Boddy LM, Fairclough SJ, Knowles ZR. Write, draw, show, and tell: a child-centred dual methodology to explore perceptions of out-of-school physical activity. *BMC Public Health*, 2016; 16(326): 1-16.

Noronha JR, Shanthi S. Effectiveness of picture book on preoperative anxiety among children (6–12 years) in selected hospitals at Mangalore. *Asian Journal of Nursing Education and Research*, 2015; 5(4): 523.

Novak B, Kolcaba K, Steiner R, Dowd T. Measuring comfort in caregivers and patients during late end-of-life care. *The American Journal of Hospice and Palliative Care*, 2001; 18, 170-180.

Oakes LL. Compact clinical guide to infant and child pain management: an evidence-based approach for nurses. Springer Publishing Company. New York, 2011.

Ocağcı AF, Alpar ŞE. Hemşirelikte kavram, kuram ve model örnekleri. İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul, 2013.

Odom-Forren J, Jalota L, Moser DK, Lennie TA, Hall LA, Holtman J, Apfel CC. Incidence and predictors of postdischarge nausea and vomiting in a 7-day population. *Journal of Clinical Anesthesia*, 2013; 25(7): 551-559.

Oral A, Bahadır GB, Güven A. Çocukluk çağı sünnet komplikasyonları ve önlenilebilirliği. *TAF Prev Med Bull*, 2011; 10: 605-10.

O'Shea M, Cummins A, Kelleher A. Setting up pre-admission visits for children undergoing day surgery: A practice development initiative. *J Perioper Pract.*, 2010; 20(6): 203-6.

Owens D, Smith J, Jonas D. Evaluating students' knowledge of child pain and its management after attending a bespoke course. *Nurs Child Young People*, 2014; 26(2): 34-40.

Özalp Gerçekler G, Ayar D, Özdemir Z, Bektaş M. Çocuk Anksiyete Skalası-Durumluluk ve Çocuk Korku Ölçeğinin Türk diline kazandırılması. *DEUHFED*, 2018; 11(1): 9-13.

Özkan H, Karakoç H, Tedik ES, Yapanoğlu T. Annelerin sünnet hakkındaki bilgi durumlarının belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2019; 22(1): 1-7.

Öztürk O. Kişilik gelişimi. *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. 10<sup>th</sup> Ed., Ankara, 2004; 75-97.

Özveren H. Ağrı kontrolünde farmakolojik olmayan yöntemler. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2011; 83-92.

Pazar B, Taştan S, İyigün E. Tele sağlık sisteminde hemşirenin rolü. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 2015; 11: 1-4.

Pazarcıkcı F, Efe E. Pediatri hemşireliğinde hasta güvenliği. *SDU Journal of Health Science Institute*, 2018; 9(2): 169-174.

Piaget J. Cognitive development in children. *Journal of Research in Science Teaching*, 1964; 2(2): 176-186.

Piontek EA, Albani JM. Male circumcision: The clinical implications are more than skin deep. *Missouri Medicine*, 2019; 116(1): 35.

Pope N, Tallon M, McConigley R, Wilson S. The experiences of acute non-surgical pain of children who present to a healthcare facility for treatment: a systematic review protocol. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 2015; 13(10): 12-20.

Potasz C, Varela MJVD, Carvalho LCD, Prado LFD, Prado GFD. Effect of play activities on hospitalized children's stress: a randomized clinical trial. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 2013; 20(1): 71-79.

Quemby DJ, Stocker ME. Day surgery development and practice: key factors for a successful pathway. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain*, 2014; 14(6): 256-261.

Rabbitts JA, Aaron RV, Fisher E, Lang EA, Bridgwater C, Tai GG, Palermo TM. Long-term pain and recovery after major pediatric surgery: A qualitative study with teens, parents, and perioperative care providers. *The Journal of Pain*, 2017; 18(7): 778-786.

Ramos SM, Boyle GJ. Ritual and medical circumcision among filipino boys: Evidence of post-traumatic stress disorder. In: Denniston, G.C., Hodges, F.M. and Milos, M.F., eds. *Understanding Circumcision: A MultiDisciplinary Approach to a Multi-Dimensional Problem*, Kluwer Academic/Plenum, New York, 2001; 253-270.

Rasmus I, Dalton M, Wilson D. Practice applications of research: Pain management for newborn circumcision. *Pediatric Nursing*, 2004; 30(5): 414-417.

Rice M, Glaspel A, Keeton D, Sparg P. The effect of a preoperative education programme on perioperative anxiety in children: An observational study. *Paediatr Anaesth.*, 2008; 18(5): 426-430.

Richards MPM, Bernal JF, Brackbill Y. Early behavioral differences: gender or circumcision? *Developmental Psychobiology: The Journal of the International Society for Developmental Psychobiology*, 1976; 9(1): 89-95.

Rodríguez-Álvarez MI, Gómez-Urquiza J, Husein-El Ahmed H, Albendín-García L, Gómez-Salgado J, Cañadas-De la Fuente GA. Prevalence and risk factors of human

papillomavirus in male patients: a systematic review and meta-analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 2018; 15: 2210.

Romino SL, Keatley VM, Secret J, Good K. Parental presence during anesthesia induction in children. *AORN Journal*, 2005; 81(4): 779-792.

Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sünnet uygulamaları. 2015; Sayı: 54567092/045/1131/23.03.2015

Şahin F, Beyazova U, Aktürk A. Attitudes and practices regarding circumcision in Turkey. *Child, Care, Health and Development*, 2003; 29: 275-280.

Salgado CL, Lamy ZC, Nina RV, de Mel LA, Lamy Filho F, Nina VJ. Pediatric cardiac surgery under the parents sight: A qualitative study. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, 2011; 26(1): 36-42.

Sancar S, Demirci H, Guzelsoy M, Coban S, Askin R, Uzun ME, Turkoglu AR. Fear of circumcision in boys considerably vanishes within ten days of procedure. *Urology Journal*, 2016; 13(1): 2541-2545.

Sarıtaş SÇ, Büyükbayram Z. Kemoterapi alan hastaların ve bakım veren yakınlarının anksiyete düzeyleri ve etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2016; 15(2): 141-150.

Schulz KF, Altman DG, Moher D. CONSORT 2010 statement: Updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMC Medicine*, 2010; 8(1): 18.

Şencan A, Çayırılı H, Şencan A. Sünnet teknikleri. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2015; 2(4): 86-90.

Sharma CM, Kalia RK, Kolcaba K. Application of Katharine Kolcaba Comfort theory in post-operative child: Delivering integrative comfort care intervention by using theory of comfort. *International Journal of Science and Research (IJSR)*, 2013; 5(6): 1714-1720.

Sharma CM, Kalia RK. A study to assess the level of comfort among post operative children (Age 5-10 years) by using Katharine Kolcaba comfort observation a checklist



and comfort daises at selected hospital of Punjab (India). *International Journal of Science and Research (IJSR)*, 2016; 5(5): 1024-27.

Sharma CM. Testing Katharine Kolcaba Theory of Comfort on Post-Operative Children. 45th Biennial Convention (16-20 November 2019). <https://stti.confex.com/stti/bc19/webprogram/Paper99222.html>, 2019.

Shum S, Lim J, Page T, Lamb E, Gow J, Ansermino JM, Lauder G. An audit of pain management following pediatric day surgery at British Columbia Children's Hospital. *Pain Research and Management*, 2012; 17(5): 328-334.

Silva RDM, Austregésilo SC, Ithamar L, Lim LS. Therapeutic play to prepare children for invasive procedures: A systematic review. *Jornal de Pediatria (Versão Em Português)*, 2017; 93(1): 6-16.

Simpson KR. Circumcision pain management. *Maternal Child Nursing*, 2006; 31: 276.

Singh-Grewal D, Macdessi J, Craig J. Circumcision for the prevention of urinary tract infection in boys: a systematic review of randomised trials and observational studies. *Archives of Disease in Childhood*, 2005; 90(8): 853-858.

Sorokan ST, Finlay JC, Jeffries AL. Newborn male circumcision. *Paediatr Child Health* 2015; 20: 311-5.

Söylemez H, Burgu B. Türkiye'de sünnet alışkanlıkları ve sonuçları. *Yeni Üroloji Dergisi*, 2009; 5: 13-8.

Sözer GA, Şahiner NC, Aldem M. 21. Yüzyıl trajedisi: Kadın genital sünneti (The tragedy of the 21st century: Female genital mutilation). *International Refereed Journal of Nursing Researches*, 2017; 157.

Spence AR, Rousseau M-C, Karakiewicz PI. Circumcision and prostate cancer: A population-based, casecontrol study in Montreal, Canada. *BJU Int.*, 2014; 114: 90-98.

Süt N. Klinik araştırmalarda örneklem sayısının belirlenmesi ve güç (power) analizi. *RAED Dergisi*, 2011; 3(1-2): 29-33.

Suzan KÖ. Sünnet olan çocuklara işlem sırasında uygulanan kukla gösterisinin çocukların kaygı ve ağrı düzeylerine etkisi. Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Karabük, 2018, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi: Ö Öztürk Şahin).

T.C. Resmi Gazete: Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği. 25 Mart 2010, Sayı: 27532.

Taddio A, Chambers CT, Halperin SA, Ipp M, Lockett D, Rieder MJ, Shah V. Inadequate pain management during routine childhood immunizations: The nerve of it. *Clinical*

Thomas DT, Tulgar S. Sünnette onam alınması: yasal ve etik boyut. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Surg-Special Topics*, 2017; 7(3): 362-6.

Tractenberg M. Psychoanalysis of circumcision. In: Denniston GC, Hodges FM, Milos MF, eds. *Male and female circumcision, medical, legal and ethical considerations in pediatric practice*. 1999; 209-14.

Tural E, Bolışık B. The effect of preoperative training and therapeutic play on children's anxiety, fear, and pain. *Journal of Pediatric Surgical Nursing*, 2015; 4(2): 78-85.

Turgut H, Özdemir A. Sünnet işlemi sırasında ilave lokal anestezi uygulamanın postoperatif analjezi etkinliğinin değerlendirilmesi. *The New Journal of Urology*; 2019; 14 (2): 114-118.

Twycross A, Williams A. Pain: A biopsychosocial phenomenon: a clinical guide for nurses and healthcare professionals. In: Twycross A, Dowden S, Bruce L, Eds. *Managing pain in children: a clinical guide*, Wiley Blackwell, 2014; 36-47.

Uğurlu Z, Akgün HS. Sağlık kurumlarına başvuran hastaların sağlık okuryazarlığının ve kullanılan eğitim materyallerinin sağlık okuryazarlığına uygunluğunun değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2011; 12(1): 96-106.

Ulus B, Kublay G. PedsQL sağlık bakımı ebeveyn memnuniyet ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012; 3(1): 44-51.

Unutkan A, Balcı Yangın H. Konfor Davranışları Kontrol Listesi'nin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması. 1.Uluslararası, 3. Ulusal Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğiticiliği Kongresi Bildiri Kitabı, 2018; 235-248.

Üstüner Top F, Esüntimur Y, Uykan L, Aydın Pekdemir E. Giresun ilindeki ailelerin sünnet konusundaki bilgi, tutum ve davranışları. Çocuk Dergisi, 2008; 8(3): 166-171.

Van Beek S, Kroon J, Rijs K, Mijderwijk HJ, Klimek M, Stolker RJ. The effect of midazolam as premedication on the quality of postoperative recovery after laparotomy: A randomized clinical trial. Canadian Journal of Anesthesia, 2020; 67(1): 32-41.

Van Dijk M, Peters JW, Van Deventer P, Tibboel D. The COMFORT Behavior Scale: A tool for assessing pain and sedation in infants. The American Journal of Nursing, 2005; 105(1), 33-36.

Verit A, Aksoy S, Yeni E, Unal D, Ciftci H. A limited study on the perception and change in attitude about circumcision among health care professionals and their male family members. Urologia Internationalis, 2002; 69(4): 302-305.

Weber SF. The influence of playful activities on children's anxiety during the preoperative period at the outpatient surgical center. Journal de Pediatria, 2010; 86(3): 209-214.

Weiss HA, Larke N, Halperin D, Schenker I. Complications of circumcision in male neonates, infants and children: A systematic review. BMC Urology, 2010; 10(1): 2.

Wilson L, Kolcaba K. Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. Journal of Perianesthesia Nursing, 2004; 19: 164-173.

Windich-Biermeier A, Sjoberg I, Dale JC, Eshelman D, Guzzetta CE. Effects of distraction on pain, fear, and distress during venous port access and venipuncture in children and adolescents with cancer. Journal of Pediatric Oncology Nursing, 2007; 24(1): 8-19.

Wright JL, Lin DW, Stanford JL. Circumcision and the risk of prostate cancer. Cancer. 2012;118(18): 4437-4443.

Wright KD, Stewart SH, Allen Finley G, Buffet-Jerrot SE. Prevention and intervention strategies to alleviate preoperative anxiety in children. A critical review. Behavior Modification, 2007; 31(1): 52-79.

Yağmur İ. Sünnet öncesi analjezi ve anestezi yöntemleri. Türkiye Klinikleri Urology-Special Topics, 2018; 11(1): 8-13.

Yang MH, Tsao CW, Wu ST, Chuang FP, Meng E, Tang SH, Cha TL. The effect of circumcision on young adult sexual function. The Kaohsiung Journal of Medical Sciences, 2014; 30(6): 305-309.

Yavuz M, Demir T, Doğangün B. Sünnetin çocuk ruh sağlığı üzerine etkisi: Gözden geçirme çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi, 2012; 23(1): 63-70.

Yılmaz Y, Özsoy SA, Ardahan M. Annelerin sünnet hakkındaki davranış ve bilgi düzeylerinin incelenmesi. Ege Tıp Dergisi, 2008; 47(2): 93-101.

Yücel ŞÇ. Kolcaba'nin Konfor Kuramı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2011; 27(2): 79-88.

Zampieri N, Pianezzola E, Zampieri C. Male circumcision through the ages: The role of tradition. Acta Paediatrica, 2008; 97(9): 1305-1307.

## EKLER

### Ek-1

#### AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Sayın sünnet operasyonu planlanan çocuğun ebeveyni;

Çocuklar için sünnet, endişe verici, hoş olmayan bir deneyimdir. Bu süreçte uygulanan hemşirelik girişimlerinin amacı, çocukların sünnetin neden olabileceği rahatsızlık ile olabildiğince baş etmelerine yardımcı olmak, iyilik düzeylerini artırmak ve konfor düzeylerini yükseltmektir. Bu araştırma, “Kolcaba’nın Konfor Kuramı’na temellenen hemşirelik bakımının sünnet olan çocuk ve ebeveynlerinin konfor sonuçlarına etkisi: Randomize kontrollü çalışma” isimli bir doktora tez çalışmasıdır. Araştırmada, çocuğunuzun ve sizin vaka olarak alınmanızı, Kolcaba’nın Konfor Kuramı’na temellenen konfor odaklı bakım girişimleri protokolü ile uygulanan hemşirelik bakımının uygulamasının yapılmasını istiyoruz. Araştırmaya katılarak araştırma sonucuna katkıda bulunmuş olacaksınız. Konforu arttırmaya yönelik planladığımız girişimlerin çocuğunuzun sağlığına herhangi bir zararı bulunmamaktadır.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Çocuğunuzun ve sizin kimliğinizin gizli kalması koşuluyla elde edeceğimiz veriler bilimsel amaçla kullanılacaktır. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacak ve sizden de herhangi bir ücret istenmeyecektir.

Yukarıda yer alan araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Bu koşullar altında, bilgilerin gözden geçirilmesi, aktarılması ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın **GÖNÜLLÜ OLARAK KABUL EDİYORUM.**

Bu formun imzalı kopyası bana verilecektir.

Araştırmacının;

Adı-Soyadı: Arş. Gör. Fahriye PAZARCIKCI

Tel: 5052560327

Katılımcının;

Adı-Soyadı:

Tarih ve imza:

Ek-2

## ÇOCUK VE AİLESİNİ TANITICI BİLGİLER FORMU

### Cocuğa yönelik kişisel bilgiler:

1. Doğum tarihi:.....

2. Daha önce hastaneye yatış öyküsü:

a) Evet b) Hayır

### Ebeveyne yönelik kişisel bilgiler:

3. Çalışmaya katılan ebeveyn:

a) Anne b) Baba

4. Çalışmaya katılan ebeveynin doğum tarihi:.....

5. Çalışmaya katılan ebeveynin eğitim düzeyi:

a) Okuryazar b) İlköğretim c)Lise d)Üniversite e)Lisansüstü

6. Diğer ebeveynin eğitim düzeyi:

a) Okuryazar b) İlköğretim c)Lise d)Üniversite e)Lisansüstü

7. Son altı aydır yaşanan yer:

a) İl b) İlçe c) Kasaba d)Köy

8. Aile tipi:

a) Çekirdek b) Geniş c) Eşler ayrı yaşıyor

9. Gelir durumu:

a) Gelir giderden az b) Geliri giderine eşit c) Gelir giderden fazla

10. Aile kaç çocuğa sahip:.....

11. Ebeveynlerin sağlık sorunu ya da kronik hastalığı var mı?

a) Evet b) Hayır

12. Aile üyelerinden birinin hastaneye yatış deneyimi oldu mu?

a) Evet b) Hayır

13. Aile üyelerinin birinin daha önce ameliyat deneyimi oldu mu?

a) Evet b) Hayır

**Ek-3****KONFOR DAVRANIŞLARI KONTROL LİSTESİ**

Konfor Davranışları Kontrol Listesi					
Çocuk şu anda nasıl davranıyor? Lütfen en uygun yanıtı işaretleyin. Uygulanamaz = <i>uyuyor, ya da ifade şu an uygun değildir.</i> (Örneğin, çocuk uyuyorsa 3 ve 5. sorular Uygulanamaz olarak işaretlenecektir.)					
	Uygulanamaz	Hayır	Biraz	Orta	Güçlü
<b>Sesli Tepkiler/ifadeler</b>					
1. uyanık	0	1	2	3	4
2. inleme	0	1	2	3	4
3. sızlanma	0	1	2	3	4
4. memnuniyet belirten sesler çıkarma/konuşma	0	1	2	3	4
5. ağlama/bağırma	0	1	2	3	4
<b>Motor Tepkiler</b>					
6. huzurlu	0	1	2	3	4
7. ajite	0	1	2	3	4
8. hızlı adımlama	0	1	2	3	4
9. yerinde duramama	0	1	2	3	4
10. kaslarda gevşeme	0	1	2	3	4
11. vücudun bir bölgesini ovuşturma	0	1	2	3	4
12. kendini koruma	0	1	2	3	4
<b>Performans Tepkileri</b>					
13. endişeli hareket etme	0	1	2	3	4
14. nezaketi kabul etme	0	1	2	3	4
15. dokunulmaktan/elinin tutulmasından hoşlanma	0	1	2	3	4
16. dinlenebilme	0	1	2	3	4
17. yemek yiyebilme	0	1	2	3	4

18. sakin, huzurlu olma	0	1	2	3	4
19. amaçsız hareket etme	0	1	2	3	4
20. uzaklaşmaya çalışma	0	1	2	3	4
<b>Yüz ifadeleri</b>					
21. depresif görünme	0	1	2	3	4
22. yüz ifadesini buruşturma/ürkek görünme					
23. rahat görünme	0	1	2	3	4
24. aşırı derecede dikkatli görünme	0	1	2	3	4
25. korkmuş ya da endişeli görünme	0	1	2	3	4
26. gülümseme	0	1	2	3	4
<b>Diğer</b>					
27. anormal soluk alıp verme	0	1	2	3	4
28. zihnen odaklanma	0	1	2	3	4
29. sohbet edebilme	0	1	2	3	4
30. sorunsuz bir şekilde uyanma	0	1	2	3	4
<b>Bu listenin kullanılan <u>tek</u> konfor/ağrı aracı olması durumunda, hastaya aşağıdakileri sorun:</b>					
31. Herşeyi dikkate aldığınızda şu anda herhangi bir ağrınız var mı? Hayır_____Evet_____					
[Lütfen ağrınızı 1 ile 10 arasında bir rakam ile derecelendirin; 10 olabilecek en yüksek ağrıyı ifade etmektedir.]					
_____ (derece)					
32. Her şeyi dikkate aldığınıza, şu anda ne kadar rahatsızsınız?					
[Lütfen rahatsızınızı 1 ile 10 arasında bir rakam ile derecelendirin; 10 olabilecek en yüksek ağrıyı ifade etmektedir.]					
_____ (derece)					



Ek-4

**ÇOCUK ANKSİYETE SKALASI-DURUMLULUK (ÇAS-D)**

ŞİMDİ termometrede HİSSETTİĞİN yeri renklendir.

**ÇOK FAZLA GERGİN VEYA KAYGILI**

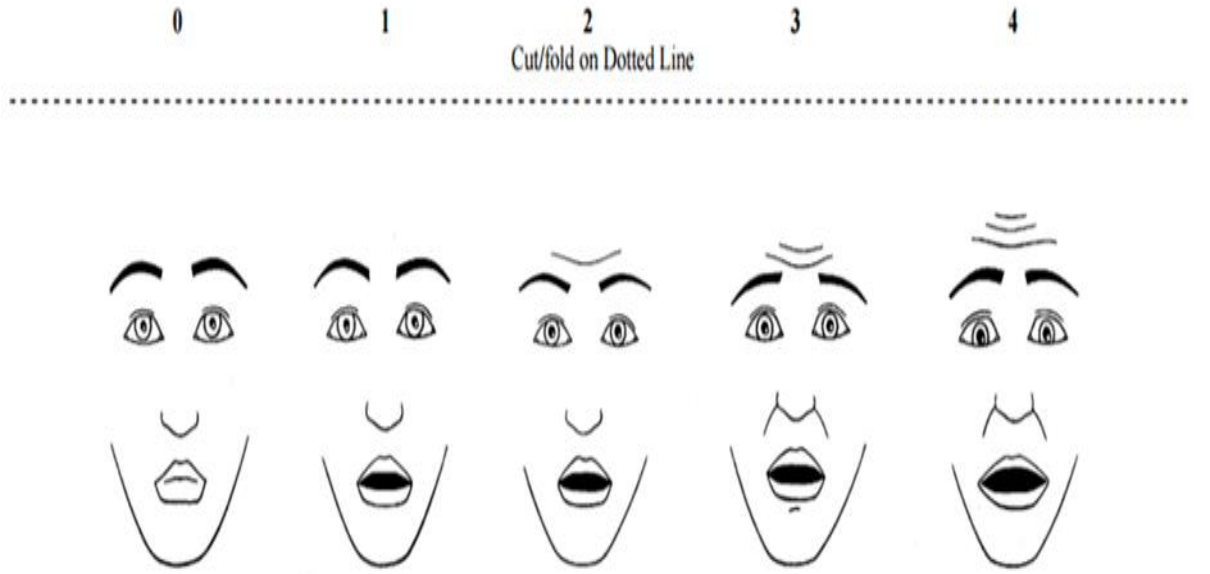
**SAKİN: GERGİN VEYA KAYGILI DEĞİL**

Ek-5

## ÇOCUK KORKU ÖLÇEĞİ (ÇKÖ)

**Çocuklara Yönelik Talimatlar:** "Bu yüzler korkmuş olmanın/korkunun farklı derecelerini gösteriyor. Bu yüz hiç korkmuyor [*en soldaki yüzü işaret et –en yaygın yüz ifadesi*], bu yüz biraz korkuyor [*soldan ikinci yüzü işaret et*], biraz daha korkmuş [*ölçek boyunca parmağı sürükle*], olabilecek en fazla korkuya kadar [*sağdaki son yüzü işaret et*]. Bu yüzlere bir göz at ve [*sünnet olmakla ilgili*] ne kadar korktuğunu gösteren birini seç."

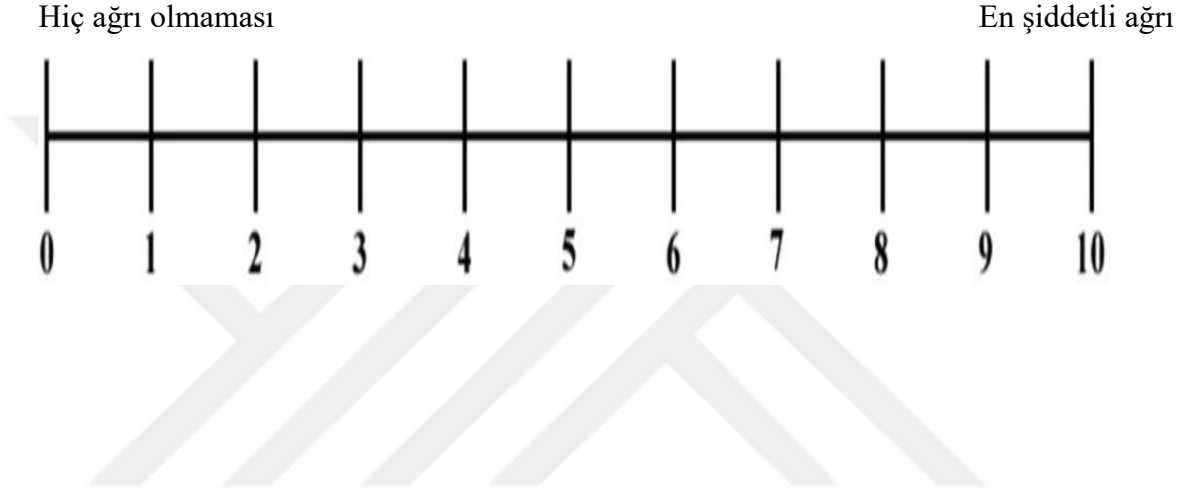
**Seçilen yüzü 0'dan 4'e puanlayın.**



**Ek-6**

**GÖRSEL KIYASLAMA ÖLÇEĞİ (VİZUEL ANALOG SKALA-VAS)**

**Ağrı şiddetinizi** aşağıdaki ölçek üzerinde işaretleyin.



**Ek-7****SPIELBERG DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ**

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Lütfen her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretleyerek belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren seçeneği işaretleyin.

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

## Ek-8

### PedsQL SAĞLIK BAKIMI EBEVEYN MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ EBEVEYN RAPORU VERSİYON 3.0

#### YÖNERGELER

Lütfen aşağıdaki soruları bu kurumda çalışan personel tarafından çocuğunuza size ve ailenize verilen hizmetlerden ne kadar memnun (hoşnut) olduğunuzu belirterek yanıtlayınız. Lütfen hoşnutsuzluk derecenizi sadece bir seçeneği yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.

**Asla** hoşnut değilseniz (1); **Bazen** hoşnutsanız (2); **Çoğu zaman** hoşnutsanız (3); **Hemen her zaman** hoşnutsanız (4); **Her zaman** hoşnutsanız (5); Sorular içinde çocuğunuza yada size uygulanmayan durumlar var ise (**U/Y**) **Uygulama Yok** seçeneğini işaretleyiniz. Sorulara vermiş olduğunuz cevaplar doğru ya da yanlış olarak değerlendirilmeyecektir. Eğer anlamadığınız soru olursa lütfen yardım isteyiniz.

BİLGİLENDİRME	Asla	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman	Her zaman	Uygulama yok
1. Çocuğunuzun <b>tanısına</b> ilişkin verilen bilgi... (bilginin miktarı, içeriği)	1	2	3	4	5	U/Y
2. Çocuğunuzun <b>tedavisine</b> ilişkin verilen bilgi... (miktarı, içeriği)	1	2	3	4	5	U/Y
3. Tedavi sırasında görülebilecek yan (istenmeyen) etkiler konusunda verilen bilgi... (miktarı, içeriği)	1	2	3	4	5	U/Y
4. Çocuğunuzun test sonuçlarına ilişkin bilginin size verilme zamanı (geç, erken)	1	2	3	4	5	U/Y
5. Çocuğunuzun hastalığı ve sağlık durumu ile ilgili bilgilendirme sıklığı...	1	2	3	4	5	U/Y
AİLENİN KATILIMI	Asla	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman	Her zaman	Uygulama yok
6. Çocuğunuzun tedavisi sırasında size ve ailenize gösterilen duyarlılık	1	2	3	4	5	U/Y
7. Sizin ya da ailenizin sorularını yanıtlama konusunda personelin isteklilik (hevesle ya da istemeyerek) durumu	1	2	3	4	5	U/Y
8. Çocuğunuzun bakımı ve durumu ile ilgili konulara ailenizin de katılması için gösterilen çaba	1	2	3	4	5	U/Y
9. Personelin, çocuğunuzun genel durumu ve tedavisi ile ilgili sorularınızı yanıtlamak için ayırdığı zaman	1	2	3	4	5	U/Y
9. Personelin, çocuğunuzun genel durumu ve tedavisi ile ilgili sorularınızı yanıtlamak için ayırdığı zaman	1	2	3	4	5	U/Y

<b>İLETİŞİM</b>	<b>Asla</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sıklıkla</b>	<b>Hemen her zaman</b>	<b>Her zaman</b>	<b>Uygulama yok</b>
10. Personelin size, çocuğunuzun durumu ve tedavisini açıklama biçimi...(anlatma tarzı)	1	2	3	4	5	U/Y
11. Personelin, sizi çocuğunuzla ilgili konularınızı dinleme biçimi...	1	2	3	4	5	U/Y
12. Personelin, çocuğunuza hastalığı ve tedavisi ile ilgili konuları onun anlayabileceği şekilde açıklaması...	1	2	3	4	5	U/Y
13. Sizi, testler ve diğer işlemlerle ilgili beklenen sonuçlara hazırlama biçimleri...(çabaları)	1	2	3	4	5	U/Y
14. Çocuğunuzun, testler ve diğer işlemlerle ilgili beklenen sonuçlara hazırlama biçimleri... (çabaları)	1	2	3	4	5	U/Y
<b>TEKNİK BECERİ</b>	<b>Asla</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sıklıkla</b>	<b>Hemen her zaman</b>	<b>Her zaman</b>	<b>Uygulama yok</b>
15. Çocuğunuzun gereksinimlerinin personel tarafından karşılanma biçimi	1	2	3	4	5	U/Y
16. Çocuğunuzun olabildiğince rahatlatmak için personelin gösterdiği çaba	1	2	3	4	5	U/Y
17. Personelin, çocuğunuzun gereksinimlerini olabildiğince çabuk karşılamaları	1	2	3	4	5	U/Y
18. Personelin, çocuğunuzla eve döndüğünüzde neler yapacağımıza ilişkin bilgilendirme ve uyarılar (danışmanlık) için ayırdığı süre	1	2	3	4	5	U/Y
<b>DUYGUSAL GEREKSİNİMLER</b>	<b>Asla</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sıklıkla</b>	<b>Hemen her zaman</b>	<b>Her zaman</b>	<b>Uygulama yok</b>
19. Çocuğunuza oyun oynaması, duygularını anlatması ve sorularının yanıtlanması için ayrılan süre	1	2	3	4	5	U/Y
20. Çocuğunuzun eğitim gereksinimlerini karşılama konusunda personelin size verdiği destek	1	2	3	4	5	U/Y
21. Sizin duygusal gereksinimlerinizin personel tarafından karşılanması	1	2	3	4	5	U/Y
22. Çocuğunuzun duygusal gereksinimlerinin personel tarafından karşılanması.	1	2	3	4	5	U/Y
<b>GENEL MEMNUNİYET</b>	<b>Asla</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sıklıkla</b>	<b>Hemen her zaman</b>	<b>Her zaman</b>	<b>Uygulama yok</b>
23. Çocuğunuzun hastanede tanısı konuluncaya kadar aldığı tüm bakım	1	2	3	4	5	U/Y
24. Personelin dostça ve yardım edici nitelikleri	1	2	3	4	5	U/Y
25. Çocuğunuzun tedavisi (yatarak veya ayaktan) ve tedaviye bağlı yan etkilerden	1	2	3	4	5	U/Y

HASTANEYE YATTIĞINIZ SÜRE İÇERİSİNDE.....den ne kadar hoşnutsunuz?

## Ek-9

### Öykü Kitabı'nın İçeriğinin ve Uygunluğunun Değerlendirilmesi (n=10)

Öykü Kitabının İçeriğinin ve Uygunluğunun Değerlendirilmesi Formu	$\bar{x}$	ss
1. Öykü kitabının adı içerik ve amaca uygun mu?	3.70	0.67
2. Öykü kitabında yer alan bilgiler doğru ve uygun mu?	3.40	0.69
3. Öykü kitabı ilgi çekici mi?	3.80	0.42
4. Öykü kitabı hedef gruptaki çocukların gelişim düzeyine uygun mu?	3.50	0.52
5. Öykü kitabında yer alan görseller içeriğe uygun mu?	3.40	0.69
6. Öykü kitabının teknik özellikleri (yazı yoğunluğu, cümle ve paragraf uzunluğu, kelimelerin basitliği) uygun mu?	3.30	0.82
7. Öykü kitabının hazırlanmasında kullanılan kaynakların güncelliği ve konu ile ilgisi uygun mu?	3.90	0.31
<b>TOPLAM PUAN ORTALAMASI= 25.00±3.59 (min= 17; max= 28)</b>	W*	p
	<b>0.679</b>	<b>0.000</b>

\*Kendall's W Uyum Katsayısı

**Ek-10****Yazılı Eğitim Materyalinin Okuryazarlık Yönünden Uygunluğunun Değerlendirilmesi (n=8)**

<b>Yazılı Eğitim Materyalinin Okuryazarlık Yönünden Uygunluğunun Değerlendirilmesi Formu</b>	$\bar{x}$	SS
<b>A. İçerik Durumu (1-4. maddeler)</b>		
1. Kitapçığım amacı kolayca anlaşılabilir mi?	1.00	0.00
2. Sorun çözücü davranışa özgü içerik açık mı?	1.00	0.00
3. Konu hedeflerle sınırlı mı?	1.00	0.00
4. Anahtar noktalara ilişkin özet ya da eleştiri var mı?	1.00	0.00
<b>B. Okuryazarlık Durumu (5-9. maddeler)</b>		
5. Materyaller okunabilir düzeyde mi yazılmıştır?	1.00	0.00
6. Materyaller konuşma biçiminde mi yazılmıştır?	1.00	0.00
7. Materyalde tıbbi kelimeler yerine net ve sık kullanılan kelimeler mi kullanılmıştır?	0.88	0.13
8. Yeni bilgiden önce yapısı verilmiş midir?	1.00	0.00
9. İleri organizasyon var mıdır?	0.88	0.13
<b>C. Resim, Grafik Durumu (10-14. maddeler)</b>		
10. Grafikler/Resim/Tablo ilgi çekici mi? İstenen mesajı iletmekte mi?	1.00	0.00
11. Resimler basit, gerçekçi ve dikkat çekici mi?	1.00	0.00
12. Resimler anahtar noktaları görsel olarak anlatıyor mu?	1.00	0.00
13. Grafiklerin hepsinin yanında metinde açıklama yapılmış mı?	1.00	0.00
14. Duyuru/açıklayıcı grafik ve resimlerde manşet başlığı kullanılmış mı?	1.00	0.00
<b>D. Yazı ve Plan Durumu (15-22. maddeler)</b>		
15. Resimler ilgili metnin yanında mı?	1.00	0.00
16. Anahtar bilgiyi göstermek için oklar ya da kutular gibi ip uçları var mı?	1.00	0.00
17. Yeterli beyaz boşluk bulunmakta mı?	1.00	0.00
18. Materyal dağınık görünüyor mu?	1.00	0.00
19. Kağıt ve mürekkep arasında tezatlık var mı?	1.00	0.00
20. Aynı sayfa üzerinde altıdan daha fazla yazı tipi ya da yazı boyutu kullanılmış mı?	1.00	0.00
21. Hepsi büyük harfle mi yazılmış?	0.75	0.25
22. Alt başlıklar beş ila yedi alt başlıktan fazla mı?	0.75	0.25
<b>E. Öğrenme ve Motivasyon Durumu (23-25. maddeler)</b>		
23. Metin ile grafik arasında etkileşim var mı?	1.00	0.00
24. İstenilen davranışlar özellikli terimler ya da modellerle gösterilmiş mi?	1.00	0.00
25. Davranış uygulanabilir halde mi?	1.00	0.00
<b>F. Kültürel Uygunluk Durumu (26-27. maddeler)</b>		
26. Dili, mantığı, yaşantılar topluma uygunluk gösteriyor mu?	1.00	0.00
27. Kültürel görüntüler olumlu, gerçekçi ve uygun mu?	1.00	0.00
<b>TOPLAM PUAN ORTALAMASI= 26.25± 1.94 (min= 20; max= 27)</b>	<b>W*</b>	<b>P</b>
	0.094	<b>0.013</b>

\*Kendall's W Uyum Katsayısı



**Ek-11****Eğitim Kitapçığı'nın Kapsam Geçerlik Oranının Değerlendirilmesi (n=8)**

<b>Eğitim Kitapçığının Konu Başlıkları</b>	<b>Uygun Değil</b>	<b>Biraz Uygun</b>	<b>Uygun</b>	<b>KGO</b>
1. Sünnet Nedir?	0	0	8	0.99
2. Sünnetin Faydaları Nedir?	0	0	8	0.99
3. Sünnet Öncesi Özel Bir Hazırlık Gerekir mi?	0	0	8	0.99
4. ocuğumu Sünnete Nasıl Hazırlamalıyım?	0	0	8	0.99
5. Çocuğum Sünnet Operasyonuna Nasıl Götürülecek? Yanında Olabilir miyim?	0	0	8	0.99
6. Çocuğuma Anestezi Uygulanacak mı?	0	0	8	0.99
7. Sünnet Operasyonu Ne Kadar Sürecektir?	0	0	8	0.99
8. Çocuğum Sünnet Operasyonu Sonrası Nasıl İzlenecek?	0	0	8	0.99
9. Sünnet Operasyonu Sonrası ocuğumun Bakımında Bilmem Gerekenler Neler?	0	0	8	0.99
10. Sünnet Operasyonu Sonrası Yan Etki Gelişir mi?	0	0	8	0.99
11. Çocuğumun Taburculuğu Ne Zaman Planlanır?	0	0	8	0.99
12. Çocuğumun Taburculuk Sonrası Bakımında Bilmem Gerekenler Neler?	0	0	8	0.99
13. Sağlık Personeline Ne Zaman Başvurmalıyım?	0	0	8	0.99
14. ocuğumu Ne Zaman Kontrolde Götürmeliyim?	0	0	8	0.99

KGO= Kapsam Geçerlilik Oranı

**Ek-12****Tele İzlem ve Danışmanlığın Değerlendirilmesi (n=56)**

<b>Tele İzlem ve Danışmanlık Konuları</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Postoperatif 1. gün</b>		
Ağrı yönetimi konusunda danışmanlık	8	14.29
Çocuğun kıyafet seçimi konusunda danışmanlık	3	5.36
Pansuman pedinin çıkarılması konusunda danışmanlık	24	42.86
Bulantı, kusma konusunda danışmanlık	2	3.57
Beslenme konusunda danışmanlık	2	3.57
İlaçların kullanımı konusunda danışmanlık	24	42.86
Yara iyileşmesi konusunda danışmanlık	32	57.14
<b>Postoperatif 3. gün</b>		
Pansuman pedinin çıkarılması konusunda danışmanlık	7	12.50
Çocuğun banyosu konusunda danışmanlık	5	8.93
Yüzme konusunda danışmanlık	5	8.93
İnsizyon bölgesinde şişlik ve morluk konusunda danışmanlık	8	14.29
Yara iyileşmesi konusunda danışmanlık	32	57.14
Kontrol randevusu konusunda danışmanlık	56	100
<b>Planlı görüşmeler dışında danışmanlık (Postoperatif 10 gün)</b>		
İnsizyon bölgesinde şişlik ve morluk konusunda danışmanlık	24	42.86
Yüzme konusunda danışmanlık	3	5.36
Kontrol randevusu konusunda danışmanlık	8	14.29
Diğer (kulakta şişlik, ağrı yakınması)	1	1.79
WhatsApp üzerinden fotoğraf gönderme	24	42.86

## Ek-13

### Intention-To-Treat Analizi ile Elde Edilen Araştırma Bulguları

**Tablo 1.** Gruplara ve ölçüm zamanlarına göre çocukların konfor düzeyleri (ITT analizi; n=120)

Konfor Davranışları Kontrol Listesi	Girişim grubu (n=60)		Kontrol grubu (n=60)		
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
<b>1. Ölçüm</b> Operasyon öncesi (Boyama ve bulmaca girişimi sonrası)	64.33	12.68	56.28	10.26	t= 3.821 p= <b>0.000**</b>
<b>2. Ölçüm</b> Operasyon sonrası (Postoperatif 2. Saat)	74.46	7.16	69.65	7.48	t= 3.601 p= <b>0.000**</b>
<b>3. Ölçüm</b> Taburculuk sırasında (Postoperatif 3. Saat)	79.51	5.82	75.70	7.03	t= 3.239 p= <b>0.002**</b>
<b>Model İstatistikleri*</b>					
	F	p	Eta kare	Güç	
<b>Grup</b> Gruplar Arası	15.353	<b>0.000**</b>	0.115	0.955	
<b>Zaman</b> Gruplar İçi Ölçüm	397.043	<b>0.000**</b>	0.771	0.999	
<b>Grup X Zaman</b>	6.228	<b>0.010**</b>	0.050	0.955	

$\bar{x}$ : Ortalama, SD: Standart sapma, \* Tekrarlı ölçümler için ANOVA testi (Greenhouse-Geisser düzeltmesi sonuçları), t= Bağımsız örneklemeler için t-testi analizi, \*\*p<0.05, \*\*\*p<0.001

**Tablo 2.** Gruplara ve ölçüm zamanlarına göre çocukların kaygı düzeyleri (ITT analizi; n=120)

Çocuk Anksiyete Skalası- Durumluluk	Girişim grubu (n=60)		Kontrol grubu (n=60)		
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
<b>1. Ölçüm</b> Operasyondan önceki poliklinik başvurusunda (Ön test)	4.40	2.87	4.45	3.09	t= -0.092 p= 0.927
<b>2. Ölçüm</b> Operasyon günü (Boyama ve bulmaca girişimi öncesi)	4.33	3.62	5.40	3.52	t= -1.634 p= 0.105
<b>3. Ölçüm</b> Operasyon öncesi (Boyama ve bulmaca girişimi sonrası)	5.10	3.46	7.03	3.07	t= -3.234 p= <b>0.002**</b>
<b>4. Ölçüm</b> Taburculuk sırasında (Postoperatif 3. Saat)	2.21	1.82	3.03	2.30	t= -2.151 p= <b>0.033**</b>
<b>5. Ölçüm</b> Postoperatif 1. Gün	3.55	3.12	4.41	2.84	t= -1.589 p= 0.115
<b>6. Ölçüm</b> Postoperatif 3. Gün	2.23	2.21	2.43	2.18	t= -0.498 p= 0.620
<b>7. Ölçüm</b> Postoperatif 10. Gün	1.16	0.52	1.18	0.77	t= -0.138 p= 0.890
<b>Model İstatistikleri*</b>					
	F	p	Eta kare	Güç	
<b>Grup</b> Gruplar Arası	5.121	<b>0.025**</b>	0.042	0.955	
<b>Zaman</b> Gruplar İçi Ölçüm	66.764	<b>0.000***</b>	0.361	0.998	
<b>Grup X Zaman</b>	2.794	<b>0.025**</b>	0.023	0.955	

$\bar{x}$ : Ortalama, SD: Standart sapma, \* Tekrarlı ölçümler için ANOVA testi (Greenhouse-Geisser düzeltmesi sonuçları), t= Bağımsız örneklem için t-testi analizi, \*\*p<0.05, \*\*\*p<0.001

**Tablo 3.** Gruplara ve ölçüm zamanlarına göre çocukların korku düzeyleri (ITT analizi; n=120)

Çocuk Korku Ölçeği	Girişim grubu (n=60)		Kontrol grubu (n=60)		
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
<b>1. Ölçüm</b> Operasyondan önceki poliklinik başvurusunda (Ön test)	1.35	0.97	1.36	1.24	t= -0.082 p= 0.935
<b>2. Ölçüm</b> Operasyon günü (Boyama ve bulmaca girişimi öncesi)	1.10	1.32	2.00	1.50	t= -3.475 p= <b>0.001***</b>
<b>3. Ölçüm</b> Operasyon öncesi (Boyama ve bulmaca girişimi sonrası)	1.66	1.42	2.85	1.16	t= -4.991 p= <b>0.000***</b>
<b>4. Ölçüm</b> Taburculuk sırasında (Postoperatif 3. Saat)	0.76	0.85	1.31	1.08	t= -3.096 p= <b>0.002**</b>
<b>5. Ölçüm</b> Postoperatif 1. Gün	1.43	1.41	2.26	1.19	t= -3.485 p= <b>0.001***</b>
<b>6. Ölçüm</b> Postoperatif 3. Gün	1.03	1.52	0.88	1.07	t= 0.622 p= 0.535
<b>7. Ölçüm</b> Postoperatif 10. Gün	0.36	0.88	0.36	1.05	t= 0.221 p= 0.793
<b>Model İstatistikleri*</b>					
	F	p	Eta kare	Güç	
<b>Grup</b> Gruplar Arası	12.032	<b>0.000**</b>	0.093	0.895	
<b>Zaman</b> Gruplar İçi Ölçüm	44.040	<b>0.000***</b>	0.272	0.954	
<b>Grup X Zaman</b>	7.763	<b>0.000***</b>	0.062	0.953	

$\bar{x}$ : Ortalama, SD: Standart sapma, \* Tekrarlı ölçümler için ANOVA testi (Huynh-Feldt düzeltmesi sonuçları), t= Bağımsız örneklem için t-testi analizi, \*\*p<0.05, \*\*\*p<0.001

**Tablo 4.** Gruplara ve ölçüm zamanlarına göre çocukların ağrı düzeyleri (ITT analizi; n=120)

Görsel Kıyaslama Ölçeği (VAS)	Girişim grubu (n=120)		Kontrol grubu (n=120)		
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
<b>1. Ölçüm</b> Operasyon öncesi (Boyama ve bulmaca girişimi sonrası)	0.00	0.00	0.00	0.00	-
<b>2. Ölçüm</b> Operasyon sonrası (Postoperatif 2. Saat)	0.61	0.82	0.68	1.01	t= -0.394 p= 0.673
<b>3. Ölçüm</b> Taburculuk sırasında (Postoperatif 3. Saat)	0.88	0.94	1.03	1.20	t= -0.759 p= 0.321
<b>4. Ölçüm</b> Postoperatif 1. Gün	2.16	2.00	2.23	1.88	t= -0.188 p= 0.555
<b>5. Ölçüm</b> Postoperatif 3. Gün	1.41	1.74	1.66	1.56	t= -0.824 p= 0.431
<b>6. Ölçüm</b> Postoperatif 10. Gün	0.68	1.14	0.69	1.04	t= -0.402 p= 0.765
<b>Model İstatistikleri*</b>					
	F	p	Eta kare	Güç	
<b>Grup</b> Gruplar Arası	0.518	0.473	0.004	0.950	
<b>Zaman</b> Gruplar İçi Ölçüm	50.439	<b>0.000**</b>	0.299	0.977	
<b>Grup X Zaman</b>	0.602	0.198	0.002	0.950	

$\bar{x}$ : Ortalama, SD: Standart sapma, \*Tekrarlı ölçümler için ANOVA testi (Greenhouse-Geisser düzeltmesi sonuçları), t= Bağımsız örneklemeler için t-testi analizi, \*\*p<0.001

**Tablo 5.** Gruplara ve ölçüm zamanlarına göre ebeveynlerin kaygı düzeyleri (ITT analizi; n=120)

Spielberger Durumluk Kaygı Ölçeği	Girişim Grubu (n=60)		Kontrol Grubu (n=60)		
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
<b>1. Ölçüm</b> Operasyondan önceki poliklinik başvurusunda (Ön test)	34.11	10.59	36.18	11.32	t= -1.032 p= 0.304
<b>2. Ölçüm</b> Operasyon öncesi (Boyama ve bulmaca girişimi sonrası)	32.60	10.14	40.56	10.89	t= -4.145 p= <b>0.000***</b>
<b>3. Ölçüm</b> Taburculuk sırasında (Postoperatif 3. Saat)	31.25	8.99	37.20	8.74	t= -3.674 p= <b>0.000***</b>
<b>4. Ölçüm</b> Postoperatif 1. Gün	31.48	10.81	31.90	9.26	t= -0.227 p= 0.821
<b>5. Ölçüm</b> Postoperatif 3. Gün	26.06	7.57	28.28	7.54	t= -1.606 p= 0.111
<b>6. Ölçüm</b> Postoperatif 10. Gün	22.50	4.41	25.50	7.57	t= -2.651 p= <b>0.009**</b>
<b>Model İstatistikleri*</b>					
	F	p	Eta kare	Güç	
<b>Grup</b> Gruplar Arası	9.374	<b>0.003**</b>	0.074	0.951	
<b>Zaman</b> Gruplar İçi Ölçüm	56.659	<b>0.000***</b>	0.324	0.988	
<b>Grup X Zaman</b>	6.671	<b>0.000***</b>	0.037	0.958	

$\bar{x}$ : Ortalama, SD: Standart sapma, \* Tekrarlı ölçümler için ANOVA testi (Huynh-Feldt düzeltmesi sonuçları), t= Bağımsız örneklem için t-testi analizi, \*\*p<0.05, \*\*\*p<0.001

**Tablo 6.** Gruplara göre ebeveynlerin bakım memnuniyeti düzeyleri (ITT analizi; n=120)

PedsQL Sağlık Bakımı Ebeveyn Memnuniyet Ölçeği Alt Boyutları	Girişim Grubu (n=60)		Kontrol Grubu (n=60)		t	p	d
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
<b>Bilgilendirme</b>	91.02	11.06	78.38	20.68	4.196	<b>0.000*</b>	0.762
<b>Ailenin Katılımı</b>	73.92	7.56	68.02	14.28	2.741	<b>0.007*</b>	0.516
<b>İletişim</b>	93.06	9.08	83.92	19.08	3.384	<b>0.001*</b>	0.602
<b>Teknik Beceri</b>	74.32	7.92	66.12	17.76	3.260	<b>0.001*</b>	0.596
<b>Duygusal Gereksinimler</b>	73.92	9.20	63.64	18.24	38.89	<b>0.000*</b>	0.711
<b>Genel Memnuniyet</b>	83.16	8.87	73.26	18.66	3.702	<b>0.000*</b>	0.677

$\bar{x}$ : Ortalama; SD: Standart sapma;  $t$ =Bağımsız örneklem için t-testi analizi;  $d$ =Cohen etki büyüklüğü;

\* $p<0.001$



Ek-14

**Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onayı**

T.C.  
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU  
2019

**KARAR**

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu	
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA	
	TELEFON	0 (242) 249 69 54	
	FAKS	0 (242) 249 69 03	
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr	
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20	
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Emine EFE		
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sünnet Operasyonu Planlanan Çocuk ve Ebeveynlerine Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na Temellendirilen Hemşirelik Bakımının Konfor ve Bileşenlerine Etkisinin İncelenmesi		
DESTEKLEYİCİ			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 60	Tarih: 16.01.2019	
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.		

Prof.Dr.Arda TAŞATARGİL  
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Dr. Öğr. Üyesi M. Zeynep ÖZGÖNÜL  
Başkan Yardımcısı

Prof.Dr. Veli YAZISIZ  
Oye

Doç. Dr. Çolpan Öge BAYSAL  
Oye

Dr. Öğr. Üyesi Mehmet TÜRKAY  
Oye

Prof.Dr. Murat CANPOLAT  
Oye

Prof.Dr. Bülent KARSLI  
Oye

Doç. Dr. Dilek KIBIŞMEN KORGUN  
Oye

Dr. Ünal HÜLÜR  
Oye (İznilî)

Turgut ALTUN  
Oye

Av. Mustafa AÇIKEL  
Oye (İznilî)


Prof.Dr. Dilan İNAN  
Oye

Prof.Dr. Özgür DİRSEKİN  
Oye

Doç. Dr. İsmail NUR  
Oye

Ek-15

## İsparta İl Sağlık Müdürlüğü'nden Alınan Kurum İzni

  
T.C.  
İSPARTA VALİLİĞİ  
İSPARTA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İSPARTA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSPARTA İSTATİSTİK VE BİLGİ İŞLEM BİRİMİ  
22.01.2018 10:45 - 80565742 - 771 - E 93  
00061080032

Sayı : 80565742-771  
Konu : Fahriye PAZARCIKÇI'nın Araştırma İzni

İSPARTA SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
(Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı)

İlgi : 12/01/2018 tarihli ve 38113317-10672 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazıda belirttiğiniz araştırma talebiniz; hasta mahremiyetine dikkat edilerek, hastanın kimlik, iletişim ve kişisel bilgilerinin herhangi bir yerde yayınlanmaması, kullanılmaması, bakanlığımızın izni olmadan ve yapılan çalışma sonuçlarının çalışma amacının dışında paylaşılmaması, yapılacak çalışmada yalnızca vaka sayılarının kullanılması tarafımızca uygun görülmüştür.  
Gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır,  
İsmail AKMAN  
Vali a.  
Vali Yardımcısı

EK:Fahriye PAZARCIKÇI'nın Araştırması

Güvenli Elektronik İmza  
Açılı ile Aynıdır  
22.01.2018  
MUSTAFA YENER  
Tıbbi Sekreter

İsparta İl Sağlık Müdürlüğü İstatistik ve Bilgi İşlem Birimi  
Faks No:  
e-Posta:nazli.yener@saglik.gov.tr İnt.Adresi: nazli.yener@saglik.gov.tr  
Bilgi için:Nazlı YENER  
Unvan:TIBBİ TEKNOLOG  
Telefon No:0 (246) 211 96 16  
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden d6831b28-0533-4bb2-a53e-edda8fd386b koda ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-16

Oyun Terapisi Uygulayıcı Sertifikası

T.C.  
**ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ**  
**SÜREKLİ EĞİTİM UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

ULUDAĞ UNIVERSITY CONTINUING EDUCATION APPLICATION AND RESEARCH CENTER

# SERTİFİKA

## FAHRIYE PAZARCIKCI

Uludağ Üniversitesi Sürekli Eğitim Uygulama ve Araştırma Merkezi tarafından  
01.02.2018-28.02.2018 tarihleri arasında gerçekleştirilen 32 ders saati süreli

## OYUN TERAPİSİ UYGULAYICI

Sertifika Programını başarıyla tamamlayarak  
bu belgeyi almaya hak kazanmıştır.

Yrd. Doç. Dr. Şükrü DOKUR  
MÜDÜR V.



KİMLİK NO : 35578644080  
BELGE NO : ULUSEM-AD-2018-0687

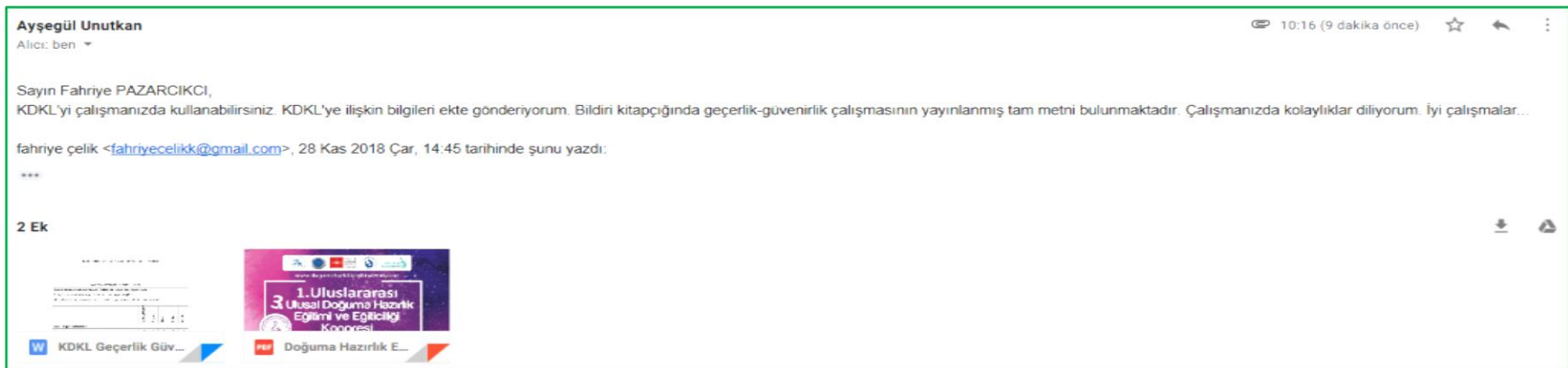


"Eğitimlerimiz kişisel ve mesleki gelişim amaçlı olup, herhangi bir iş garantisi vermez."

## Ek-17

### Veri Toplama Araçlarının Kullanım İzinleri

#### Konfor Davranışları Kontrol Listesi'nin Kullanım İzni



## Spielberger Durumluk Kaygı Ölçeği Kullanım İzni

**Fahriye Pazarcıkçı**  
Gönderilmiş Öğeler 27 Şubat 2018 Salı 13:22

ILGINIZ İÇİN ÇOK TEŞEKKÜR EDERİM, İYİ ÇALIŞMALAR...

---

**Kimden:** YÖRET VAKFI [yoret@yoret.org.tr]  
**Gönderildi:** 26 Şubat 2018 Pazartesi 14:47  
**Kime:** Fahriye Pazarcıkçı  
**Konu:** RE: NECLA ÖNER İZİN YAZISI

**YÖRET VAKFI [yoret@yoret.org.tr]** Eylemler  
Kime: Fahriye Pazarcıkçı  
Ekler: 28503754\_10156139863513493~1.jpg (254 KB) 26 Şubat 2018 Pazartesi 14:47

- 27.02.2018 13:22 tarihinde yanıtladınız.

## Çocuk Anksiyete Skalası-Durumluluk ve Çocuk Korku Ölçeği'nin Kullanım İzni

**fahriye çelik** 10 Mayıs Per 11:15  
SAYIN GERÇEKER, AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DOKTORA ÖĞRENCİSİYİM. GEÇERLİK ÇALIŞMALARINI YAPMIŞ OLDUĞUNUZ "Çocuk Anksiyete Sk

**gülçin özalp** <gulcinozalp@gmail.com> 11 Mayıs Cum 23:10  
Alıcı: ben

Tabi ki kullanabilirsiniz, çalışmanızda kolaylıklar dilerim. Ölçekler ektedir.

Sevgiler.


10 Mayıs 2018 11:15 tarihinde fahriye çelik <fahriyecelik@gmail.com> yazdı:  
\*\*\*


**2 Ek** ↓

CAS-D.docx ÇKÖ.docx

## PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği'nin Kullanım İzni

PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği ▶ Gelen Kutusu ×

 **fahriye çelik** 17 Ara 2017 Paz 12:39  
Sayın Ulus, Ebeveynlerin memnuniyetini belirlemede geçerli ve güvenilir bir araç olduğunu bulduğunuz PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği'ni Doktora tezimde k

 **Bahire ULUS** <Bahire.Ulus@acibadem.edu.tr> 17 Ara 2017 Paz 20:55 ☆ ↩  
Alıcı: ben ▼

Sayın Çelik,  
PedsQL Ebeveyn Memnuniyet Ölçeğini Etik İlgelere Bağlı kalmak koşulu ile kullanabilirsiniz.  
İhtiyacınız olan dokümanlar ekli dosyadadır.  
Kolaylıklar dilerim.

Yrd. Doç. Dr. Bahire Ulus

Acıbadem Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Hemşirelik Bölümü  
Ataşehir/İstanbul

GSM: 0538 407 04 77  
İŞ : 0216 500 41 62

## Ek-18 Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na Temellenen Hemşirelik Bakımının İçeriği

KONFOR BOYUTLARI	SAĞLIK BAKIM GEREKSİNİMLERİ	KONFOR ODAKLI BAKIM GİRİŞİMLERİ	KONFOR DÜZEYLERİ
<b>Fiziksel Konfor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Etkili nefes alış verişini sağlayabilme</li> <li>➤ Ağrı ile baş etme</li> <li>➤ Yeterli sıvı ve gıda alımı</li> <li>➤ Vücut sıcaklığını normal sınırlarda sürdürme</li> <li>➤ Üriner boşaltımı sürdürebilme</li> <li>➤ Mobilizasyonu sağlayabilme</li> <li>➤ Konforlu pozisyonun sürdürülmesi ve yeterli dinlenmenin sağlanması</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Standart bakım girişimleri</li> <li>➤ Emosyonel odaklı konfor bakım girişimleri</li> <li>➤ Bilişsel ve fonksiyonel odaklı konfor bakım girişimleri</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Ferahlama</b> (En az ferahlama düzeyinde konforu artırmak amaçlanmıştır)</li> <li>➤ Rahatlama</li> <li>➤ Üstünlük</li> </ul>
<b>Psikosprituèel Konfor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Korku ve kaygının ifade edilmesi</li> <li>➤ Saygı ve önemsenme</li> <li>➤ Güven duyma</li> <li>➤ Kararlara katılım</li> <li>➤ Yalnız kalmama</li> <li>➤ Olumlu beden algısı</li> <li>➤ İnançları doğrultusunda ibadet etme</li> <li>➤ Başarı duygusuna erişme ve cesaretlendirilme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Emosyonel odaklı konfor bakım girişimleri</li> <li>➤ Bilişsel ve fonksiyonel odaklı konfor bakım girişimleri</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Ferahlama</b> (En az ferahlama düzeyinde konforu artırmak amaçlanmıştır)</li> <li>➤ Rahatlama</li> <li>➤ Üstünlük</li> </ul>
<b>Çevresel Konfor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Çevresel stresörlerin azaltılması</li> <li>➤ Mahremiyete saygı</li> <li>➤ Güvenli çevre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Standart bakım girişimleri</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Ferahlama</b> (En az ferahlama düzeyinde konforu artırmak amaçlanmıştır)</li> <li>➤ Rahatlama</li> <li>➤ Üstünlük</li> </ul>
<b>Sosyokültürel Konfor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ebeveynlerin desteklenmesi</li> <li>➤ Çocuk ve ebeveynin bilgilendirilme gereksinimi</li> <li>➤ Kültürel gelenekleri ve inançları yerine getirebilme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Emosyonel odaklı konfor bakım girişimleri</li> <li>➤ Bilişsel ve fonksiyonel odaklı konfor bakım girişimleri</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Ferahlama</b> (En az ferahlama düzeyinde konforu artırmak amaçlanmıştır)</li> <li>➤ Rahatlama</li> <li>➤ Üstünlük</li> </ul>

Ek-19

Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na Temellenen Hemşirelik Bakımı ve Beklenen Konfor Çıktıları

Konfor Boyutları	Sağlık Bakım Gereksinimleri	Hemşirelik Girişimleri	Konfor Düzeyleri		
			Ferahlama	Rahatlama	Üstünlük
Fiziksel Konfor	<p><b>Etkili nefes alış verışı sağlayabilme</b></p> <p><b>Amaç:</b> Çocuğun postoperatif dönemde havayolu açıklığı ve gaz değişimini etkili sürdürmesini sağlamak</p>	<p><b>Preop:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Çocuğa nefes egzersizi eğitimi yapılacak, etkili nefes alıp vermesine rehberlik edilecek</li> <li>-Çocuğun solunum örüntüsünü geliştirmek için çocuk ve ailesine ağrı, kaygı ve korkuyla baş etme teknikleri öğretilecek (terapötik oyun, dikkati başka yöne çekme teknikleri, nefes egzersizi vb.)</li> <li>-Çocuğun anksiyetesini azaltmak ve kontrol duygusunu artırmak için yapılacak işlemlerden önce bilgilendirme yapılacak</li> <li>-Çocuğa solunum sıkıntısı yaşadığı dönemlerdeyavaş, abdominal solunum yapmasıönünde eğitim verilecek</li> </ul> <p><b>Postop:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Çocuğun solunum hızı, derinliği ve ritmi izlenecek</li> <li>-Pulse oksimetredeki değişimler izlenecek</li> <li>-Çocuk huzursuzluk, anksiyete ve siyanoz bulguları yönünden takip edilecek</li> <li>-Çocuğa rahat nefes alıp verebilmesini sağlamak ve kusmaya bağlı aspirasyon riskini önlemek için uygun pozisyon verilecek (postoperatif erken dönemde lateral pozisyon, hastanın bilinci açılınca semi-fowler pozisyon)</li> <li>-Sık sık pozisyon değişikliği yapılacak (Saatte bir)</li> <li>-Çocuğun ağrı skalası değerlendirilerek, ağrı ile baş etmesi için uygun girişimlerde bulunulacak</li> <li>-Çocuğa, anestezi yöntemi dikkate alınarak hekim istemine uygun O<sub>2</sub> desteği sağlanacak</li> <li>-O<sub>2</sub> desteğinin etki ve yan etkileri izlenecek, çocuğun işleme tepkisi ve gözlemler kaydedilecek</li> </ul>	<p><b>Ferahlama</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Çocuk nefes egzersizini hemşire ile birlikte uygulayabilecek</li> <li>-Uygulama sırasında hafif düzeyde tedirgin görünecek, hemşireyi izleyecek</li> </ul>	<p><b>Rahatlama</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Hasta nefes egzersizini tek başına yapabilecek</li> <li>-Uygulama sırasında sakin görünecek</li> </ul>	<p><b>Üstünlük</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Hasta gereksinim duyduğunda nefes egzersizini kendisi yapabilecek</li> <li>-Uygulama sırasında kendinden emin görünecek</li> </ul>



Konfor Boyutları	Sağlık Bakım Gereksinimleri	Hemşirelik Girişimleri	Konfor Düzeyleri		
			Ferahlama	Rahatlama	Üstünlük
Fiziksel Konfor	<p><b>Ağrı ile baş etme</b></p> <p><u>Amac:</u> Çocuğun ağrısını ortadan kaldırmak ya da en aza indirmek</p>	<p><b>Preop:</b></p> <p>-Ağrının nedenleri, ne kadar süreceği ile ilgili çocuk ve ebeveynlere bilgilendirme yapılacak</p> <p>-Ağrı ile baş etmede kullanılabilecek nonfarmakolojik yöntemler çocuk ve ebeveynlere öğretilecek</p> <p>-Postoperatif dönemde analjeziklerin “gerektiğinde” değil, “saatinde” prensibi doğrultusunda kullanılmasının önemi anlatılacak</p> <p><b>Postop:</b></p> <p>-Çocuğun ağrısını değerlendirirken yaşı ve gelişim seviyesine uygun ifadeler kullanılacak</p> <p>-Ağrıyı neyin rahatlattığı ve neyin artırdığı çocuğa sorulacak</p> <p>-Çocuğun acıyan yerini göstermesi istenecek</p> <p>-Ağrıyı artıran, azaltan etkenler belirlenecek, etkenler azaltılacak ya da ortadan kaldırılacak</p> <p>-Korku ve yalnızlığının ağrıyı artırıp atırdığı değerlendirilecek</p> <p>-Akut ağrı sırasında (invaziv işlemler vb.) dikkati başka yöne çekmek için resimdeki objeleri saymak, müzik dinlemek gibi etkinlikler ile rahatlama sağlanacak</p> <p>-Hekim istemine uygun analjezikler uygulanacak</p> <p>-Çocuğun analjeziklere yanıtını optimize etmek için pozitif etkileşim sağlanacak (bu ağrıyı hafifletmeye yardımcı olacak gibi)</p> <p>-Çocuğun tıbbi işlemler sırasında yalnız kalması önleneyecek ve ebeveynler ile olması sağlanacak,</p> <p>-Ebeveynlerin bakıma aktif katılımları desteklenecek</p> <p>-Çocuk ve ebeveynlere emosyonel destek sağlanacak</p> <p>-Ağrı ile baş etmeyi kolaylaştırmak için yeterli dinlenme süreleri planlanacak</p>	<p><b>Ferahlama</b></p> <p>-VAS’a göre 5’in üzerinde ağrı skoru tanımlamayacak</p> <p>- Ağrı nedeniyle</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Tetikte olma durumu ve koruyucu hareketler,</li> <li>➤ Öfkelenme,</li> <li>➤ Ağlama,</li> <li>➤ Huzursuzluk,</li> <li>➤ Saldırganlık yaşamayacak</li> </ul>	<p><b>Rahatlama</b></p> <p>VAS’a göre 5’in üzerinde ağrı skoru tanımlamayacak</p> <p>-Postoperatif dönemde nonfarmakolojik yöntemlerden faydalanacak</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Nefes Egzersizi,</li> <li>➤ Müzik vb.</li> </ul>	<p><b>Üstünlük</b></p> <p>-VAS’a göre 3’ün üzerinde ağrı skoru tanımlamayacak</p> <p>-Sözlü ve sözsüz ifadeleri uyumlu olacak</p> <p>-Ağrı ile baş etmiş ve rahat görünecek</p>

Konfor Boyutları	Sağlık Bakım Gereksinimleri	Hemşirelik Girişimleri	Konfor Düzeyleri		
Fiziksel Konfor	<p><b>Yetersiz sıvı ve gıda alımı</b></p> <p><u>Amaç:</u> Çocuğun gerekli olan sıvı ve gıda alımını sağlayarak enerjisini korumak</p>	<p><b><u>Preop:</u></b></p> <p>-Ameliyat hazırlık eğitimi ile, operasyondan 2 saat önce sıvı gıda, 6 saat önce katı gıda alımının bırakılmasının yeterli olduğu konusunda çocuk ve ebeveynleri bilgilendirilecek</p> <p>-Operasyon öncesi postoperatif dönemde ne zaman, nasıl, nelerle besleneceği konusunda çocuk ve ebeveynleri bilgilendirilecek</p> <p><b><u>Postop:</u></b></p> <p>-Çocuğun yeterli sıvı ve gıda alımı sağlanacak</p> <p>-Vücut sıcaklığı ve oral kavitedeki nemlilik takip edilecek</p> <p>-Ağız kuruluğunun önlenmesi için su ile ağzını çalkalaması, gazlı bezle ağzının ıslatılması veya buz emmesi sağlanacak</p> <p>-Çocuğun bulantı ve kusma semptomları izlenecek, bulantısı varsa; bulantının nedeni ve ne kadar süreceği açıklanacak, bulantısı kontrol altına alınacak</p> <p>-Yorgunluk belirtileri izlenecek</p> <p>-Çocuk sıvı ve gıda alımını tolere ettiğinde (en erken postoperatif 2. saatte) sıvı gıda alımı başlatılacak</p> <p>-Sıvılar çocuk için cazip olacak şekilde sunulacak (sıra dışı ilginç kaplar, su, süt, milkshake, muhallebi vb.) ve bir oyunla verilecek</p> <p>-Çocuğa alacağı sıvı gıdayı seçme şansı verilecek</p>	<p><b>Ferahlama</b></p> <p>-Sıvı gereksinimi olduğunda ağzı çalkalanacak, dudakları ıslatılacak</p> <p>-Dehidratasyon belirtileri gözlenmeyecek</p> <p>-Taburculuk sonrası katı gıda ile beslenebilecek</p>	<p><b>Rahatlama</b></p> <p>-Postop 2. saatte çocuk seçtiği sıvı gıdayı ihtiyaç duyduğunda alacak</p> <p>-Yorgunluk yakınması bulunmayacak</p> <p>-Dehidratasyon belirtileri gözlenmeyecek</p>	<p><b>Üstünlük</b></p> <p>-Çocuk seçtiği sıvı gıdayı seçip, içebilecek</p> <p>-Yorgunluk yakınması bulunmayacak</p> <p>-Dehidratasyon belirtileri gözlenmeyecek</p>
	<p><b>Konforlu pozisyonun sürdürülmesi</b></p> <p><u>Amaç:</u> Çocuğun optimal düzeyde konforunu sağlamak</p>	<p>-Konforlu pozisyonun sürdürülmesi sağlanacak (anesteziden kaynaklanabilecek yan etkileri önlemek için postoperatif erken dönemde lateral pozisyon, bilinci açılınca semi-fowler pozisyonu verilecek)</p> <p>-Çocuğun yeterli dinlenmesi sağlanacak</p> <p>-Çocuğun postoperatif dönemde yeterli dinlenebilmesi için çevre düzenlenecek</p> <p>-Çocuk ve ebeveynleri enerji koruma yaklaşımları ile ilgili bilgilendirilecek</p>	<p>-Çocuğun rahatlığını sağlayacak pozisyonu sağlık personeli verecek, çocuk pozisyonu ile ilgili rahatsızlık yaşamayacak</p>	<p>-Çocuk destek ve teşvikle rahatlığını sağlayacak pozisyonu alabilecek</p>	<p>-Rahatlığını sağlayacak ve pozisyonu kendiliğinden alabilecek</p>

Konfor Boyutları	Sağlık Bakım Gereksinimleri	Hemşirelik Girişimleri	Konfor Düzeyleri		
			Ferahlama	Rahatlama	Üstünlük
Fiziksel Konfor	<p><b>Vücut Sıcaklığının Normal Sınırlarda Sürdürme</b></p> <p><u>Amaç:</u> Çocuğun vücut sıcaklığının normal sınırlarda kalmasını sağlamak</p>	<p><b>Preop:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ebeveynlere vücut sıcaklığında meydana gelebilecek dalgalanmaların nedenleri, ne kadar süreceği ilgili bilgilendirme yapılacak</li> <li>- Ebeveynlere hipotermi-hiperterminin erken belirti ve bulgularının (üşüme ve titreme) fark edebilmeleri konusunda bilgilendirme yapılacak</li> <li>- Ebeveynlere sıcaklıkta meydana gelecek değişiklikleri en aza indirmek için alınacak önlemler ile ilgili bilgilendirme yapılacak</li> </ul> <p><b>Postop:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Çocuğun düzenli aralıklarla vücut sıcaklığı kontrol edilecek</li> <li>-Bakım malzemelerinin vücuda soğuk teması önlenip, ısıtarak uygulanacak (steteskop, eller)</li> <li>-Vücut sıcaklığı normalin altında ise; ısı kaybının çevresel nedenleri değerlendirilecek</li> <li>-Üşüme, titreme değerlendirilecek gerekirse</li> <li>-Vücut sıcaklığı normalin altında ise; ılık battaniye örtülecek, sıcak torba vb. uygulanacak, vücut sıcaklığı normalin üzerinde ise; battaniler kaldırılacak</li> <li>-Hipotermi veya hipertermi bir saatten fazla sürüyorsa hekime haber verilecek</li> <li>-Çevre sıcaklığı çocuğun ihtiyaçları doğrultusunda ayarlanacak</li> <li>-Çocuk mental değişiklik açısından yakından izlenecek</li> <li>-Dehidratasyon belirtileri gözlenecek</li> </ul>	<p><b>Ferahlama</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Vücut sıcaklığı ve yaşam bulguları yaşına uygun aralıkta olacak</li> <li>-Enfeksiyon, kanama, dehidratasyon belirtileri gözlenmeyecek</li> </ul>	<p><b>Rahatlama</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Vücut sıcaklığı ve yaşam bulguları yaşına uygun aralıkta olacak</li> <li>-Enfeksiyon, kanama, dehidratasyon belirtileri gözlenmeyecek</li> <li>-Üşüme, titreme, mental değişiklik gözlenmeyecek</li> </ul>	<p><b>Üstünlük</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Vücut sıcaklığı ve yaşam bulguları yaşına uygun aralıkta olacak</li> <li>-Enfeksiyon, kanama, dehidratasyon belirtileri gözlenmeyecek</li> <li>-Çocuk battaniye, sıcak torba ya da battaniesini örtünme isteğini rahatlıkla dile getirebilecek</li> </ul>

Konfor Boyutları	Sağlık Bakım Gereksinimleri	Hemşirelik Girişimleri	Konfor Düzeyleri		
			Ferahlama	Rahatlama	Üstünlük
Fiziksel Konfor	<p><b>Üriner boşaltımı sürdürebilme</b></p> <p><u>Amaç:</u> Çocuğun spontan mesane eliminasyonunu sağlamak</p> <p>-Çocuğun idrar boşaltım düzenini korumak ve sürdürülmesini sağlamak</p>	<p><b>Preop:</b></p> <p>-Çocuk ve ebeveynlere spontan mesane eliminasyonunda değişime neden olabilecek durumlarla ilgili bilgilendirme yapılacak</p> <p>- Çocuk ve ebeveynlere insizyon nedeniyle ilk mesane eliminasyonunda ağrı-acı-yanma yaşanabileceği bilgisi verilecek</p> <p><b>Postop:</b></p> <p>-Çocuğa postoperatif dönemde iki saatte bir mesanesi boşaltması gerektiği hatırlatılacak</p> <p>-Rahatlık ve mahremiyeti sağlanacak</p> <p>-İnsizyon bölgesinde oluşan ağrı nedeniyle eliminasyonun sürdürülmesi zorlaşabileceğinden, çocuğun ağrısı kontrol altında tutulacak</p> <p>-İdrar retansiyonu belirti ve bulguları (alt karın bölgesinde ağrı, mesanenin pelvis dışına doğru genişleme göstermesi, suprapubik bölgeye vurulunca dolgunluk hissi, huzursuzluk takip edilecek</p>	<p>-Çocuk mesane eliminasyonunu teşvikle yapacak</p> <p>-İdrar yapamama belirtileri gözlenirse çocuğun göbeğinin beş cm üzerine sıcak uygulama yapılacaktır</p>	<p>-Çocuk mesane eliminasyonunu teşvikle yapacak</p>	<p>-Çocuk mesane eliminasyonu spontan yapacak</p>
	<p><b>Mobilizasyonu sağlayabilme</b></p> <p><u>Amaç:</u> Çocuğun istemli vücut fonksiyonlarının yeniden düzenlenmesi ya da sürdürülmesini sağlamak</p>	<p><b>Postop:</b></p> <p>-Çocuğun ilk iki saat içinde istirahat etmesi desteklenecek, çocuk postoperatif erken dönemde mobilize edilecek (en erken postoperatif 2. saat)</p> <p>-Çocuk mobilizasyon için cesaretlendirilecek</p> <p>-Çocuğun ağrısı değerlendirilecek, ağrısı varsa analjezik yapıldıktan sonra mobilizasyonu başlatılacak</p> <p>-Çocuk ortostatik hipotansiyon belirti ve bulguları yönünden takip edilecek, ortostatik hipotansiyonun önlenmesi için ayağa kalkmadan önce birkaç dakika yatağın kenarından ayaklarını sarkıtması sağlanacak</p>	<p>-Çocuk destek ve teşvikle mobilize olabilecek</p>	<p>-Çocuk destek ve teşvikle mobilize olabilecek</p> <p>-Ayağa kalktığında destekle ayakta durabilecek</p>	<p>-Ayağa kalktığında rahatlıkla ayakta durabilecek</p> <p>-Bağımsız hareket edebilecek</p>

Konfor Boyutları	Sağlık Bakım Gereksinimleri	Hemşirelik Girişimleri	Konfor Düzeyleri		
Psikosprütüel Konfor	<p><b>Korku ve kaygının ifade edilmesi</b></p> <p><b>Amaç:</b> Çocuk ve ebeveynin hastalık ve hastaneye yatmaya bağlı yaşadıkları anksiyeteyi azaltmak, olumsuz deneyimlerle baş etmelerini desteklemek ve kolaylaştırmak</p>	<p><b>Preop:</b></p> <p>-Hastane ortamı; bilinmeyen bir çevrede olma, ağrılı-acılı girişimler vb. nedeniyle öfke, çaresizlik ve anksiyeteye neden olabilir. Bu nedenle çocuk ve ebeveynlerine perioperatif kaygı ve korkuları ile baş edebilmelerine yönelik girişimler (ameliyat hazırlık eğitimi, boyama ve bulmaca girişi vb.) yapılacak</p> <p>-Çocuk ve ebeveynin korku ve kaygısını ifade etmesi, uygun baş etme becerileri geliştirmesi desteklenecek</p> <p>-Kaygı ve korkusunu tanılamak için çocuk ve ebeveynlerin sözlü ve sözlü olmayan davranışları izlenecek</p> <p>-Kastrasyon korkusu değerlendirilecek</p> <p><b>Postop:</b></p> <p>-Kaygı ve korkusunu tanılamak için çocuk ve ebeveynlerin sözlü ve sözlü olmayan davranışları izlenecek</p> <p>-Emosyonel destek sağlanacak</p> <p>-Kaygı ve korkuyu artıran uyaranlar kontrol altına alınacak</p> <p>-Korku ve kaygının ifade edilmesi için ortam hazırlanacak ve güven veren bir yaklaşımda bulunulacak</p>	<b>Ferahlama</b>	<b>Rahatlama</b>	<b>Üstünlük</b>
			<p>-Çocuk ve ebeveyn hafif düzeyde tedirgin görünecek</p> <p>-Kaygılarını dile getirebilecek</p> <p>-Kontrol kaybı belirtileri gözlenmeyecek</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Hırçın Davranma,</li> <li>➤ Ağlama,</li> <li>➤ Çılgılık atma,</li> <li>➤ Uygulamalara izin vermeme,</li> <li>➤ Sürekli pozisyon Değiştirme,</li> <li>➤ Tedirgin davranışlar</li> </ul>	<p>-Çocuk ve ebeveyn merak ettiklerini rahatlıkla sorabilecek</p> <p>-Sorduğu soruları tekrarlamayacak</p> <p>-Sakin görünecek</p> <p>-Solunum hızında artma, terleme, pupil dilatasyonu, ses titremesi, ağız kuruluğu gibi kaygı belirtileri gözlenmeyecek</p>	<p>-Kendinden emin ve kontrollü görünecek</p> <p>-Korku duyduğu konuları rahatlıkla dile getirebilecek ve çözüm önerilerini dikkate alacak</p> <p>-Odaklanma güçlüğü, dalgınlık, gevşeyememe gibi belirtiler gözlenmeyecek</p>

Konfor Boyutları	Sağlık Bakım Gereksinimleri	Hemşirelik Girişimleri	Konfor Düzeyleri		
			Ferahlama	Rahatlama	Üstünlük
Psikosprituel Konfor	<p><b>Saygı ve Önemsene</b></p> <p><u>Amac:</u> Çocuk ve ebeveyn perioperatif süreçte saygılı, nazik ve insan onuruna yakışır bakım aldığı dile getirecek</p> <p>-Çocuk ve ebeveynleri önemsendiğinin farkına varacak, benlik saygıları daha yüksek olacak</p>	<p>-Hemşire, çocuk ve ebeveynin inanışlarına, kararlarına ve davranışlarına saygı duyacak, yargılamadan bakım verecek</p> <p>-Hemşire, bütün uygulamalar sırasında nazik ve insan onuruna yakışır biçimde davranacak</p> <p>-Yapılan bütün işlemler öncesinde açıklama yapılacak</p> <p>-İşlemler sırasında neler hissedebileceği anlatılacak</p> <p>-Yapılan uygulamalar öncesi izni alınacak</p> <p>-Çocuğun mahremiyetine (fiziksel ve emosyonel mahremiyet) önem verilecek</p> <p>-Çocuk ve ailesine yönelik saygısız ve sözel/duygusal/fiziksel şiddet içeren her türlü davranışa karşı savunuculuk yapılacak</p> <p>-Çocuğun istekleri önemsenerek</p> <p>-Çocuk ve ebeveynini dinlerken hemşirenin vücudu onlara dönecek</p> <p>-Hemşirelik bakımı aceleci ve özensiz şekilde uygulanmayacak</p>	<p><b>Ferahlama</b></p> <p>-Fikirleri sorulacak ve yargılanmayacak</p> <p>-Çevresinde gerektiğinde ilgi ve yakınlık bulabileceği birileri olacak</p> <p>-Kararlara katılımı Sağlanacak</p> <p>-Başarıları takdir edilecek</p>	<p><b>Rahatlama</b></p> <p>-Çevresinde gerektiğinde ilgi ve yakınlık bulabileceği birileri olacak</p> <p>-Kararlara katılımı Sağlanacak</p> <p>-Başarıları takdir edilecek</p> <p>-İstekleri önemsenerek ve yerine getirilecek</p> <p>-Benlik saygısı yüksek olacak, isteklerini rahatlıkla dile getirebilecek</p>	<p><b>Üstünlük</b></p> <p>-İsteklerini kaygı duymadan paylaşabilecek</p> <p>-Kararlara katılımı sağlanacak</p> <p>-Haklarını koruyan birileri olduğunu bilecek</p> <p>-Bireysel haklarına saygılı davranılacak</p> <p>-Özgüveni yüksek görünecek</p>

Konfor Boyutları	Sağlık Bakım Gereksinimleri	Hemşirelik Girişimleri	Konfor Düzeyleri		
Psikosprütüel Konfor	<b>Güven Duyma</b>  <u>Amaç:</u> Çocuk ve ebeveynler ile hemşire arasındaki güven ilişkisini oluşturmak ve güvensizliği ortadan kaldırmak	-Çocuk ve ebeveyn ile güven ortamı kurulabilmesi için iyileştirici bakım çevresi oluşturacak -Çocuk ve ebeveynle güvende olduğu ve onu koruyacağı hissettirilecek -Çocuk ve ebeveynlerinin savunuculuğu yapılacak -Hemşire kendinden emin, çocuk ve ebeveynlerine karşı açık, profesyonel davranışlar sergileyecek ve net olacak -Hemşire uyguladığı bakımda ustalaşmış olacak (Hemşirenin karar verirken karmaşa içinde olması ve uygulamaları sırasında tedirgin davranması güven verici ortamı zedeleyebilir) -Hemşire çocuğa yapılacak olan uygulamalarda aceleci davranılmayacak, sakin bir tavır sergileyecek, hastaya sabırlı ve güler yüzlü davranacak -Çocuğa ve ebeveynlere bir işlem yapılırken bilgi verilecek, çocuktan izin istenecek	<b>Ferahlama</b>	<b>Rahatlama</b>	<b>Üstünlük</b>
	<b>Kararlara Katılım</b>  <u>Amaç:</u> Çocuk ve ebeveynler ile hemşirenin alınan kararlara birlikte karar vermesini sağlamak.	-Bütün uygulamaların merkezinde aile olacak (aile merkezli bakım uygulanacak) -Her türlü uygulama hakkında çocuk ve ailenin bilgi edinme hakkı olduğu unutulmayacak -Hemşire süreçle ilgili verilen bütün kararlarda çocuk ve aileyi bilgilendirecek ve izin alacak (invaziv uygulamalardan önce çocuk bilgilendirilecek, karar vermesi için belirli bir süre tanınacak vb.) -Yapılacak girişimlerde seçenekler sunulacak. (beslenme, mobilizasyon, taburculuk, öz bakım vb.), ısrarcı yönlendirmeler yapılmayacak -Ailelerin kontrol duygusunu geliştirmek için fırsatlar sunulacak (bakıma katılımlarını sağlama, günlük rutinlerini sürdürmelerini destekleme ve direkt öneriler sunma vb.)	-Çocuk ve ebeveynler kendilerini güvende hissettiğini dile getirecek -Bilmesi gereken durumlarla ilgili açıklama yapılacak -Çocuk teşvikle merak ettiği şeyleri soracak	-Sağlık ekibini yeterli ve becerikli bulduğunu dile getirecek -Çocuk merak ettiği şeyleri soracak -Hemşireye güvendiği sözlü ve sözsüz ifadelerinden anlaşılacak -Uygulamalar sırasında sakin ve huzurlu görünecek	-Çocuk ve ebeveynler hemşirenin yönlendirmelerini sorgulamaksızın yerine getirecek -Uygulamalar sırasında sakin ve huzurlu görünecek -Herhangi bir kriz anında bilgi alacağını bildiği için tedirgin görünmeyecek
		-Her türlü uygulama hakkında çocuk ve aile bilgi edinecek ve karar vermesi beklenecek, izin alınacak	-Nonfarmakolojik uygulamalar da dahil bütün uygulamalarda bilgilendirme yapılacak ve fikri sorulacak, karar vermesi beklenecek, izin alınacak	-Her türlü karar aşamasında çocuk ve aile isteklerini ve kararlarını özgürce dile getirecek	

Konfor Boyutları	Sağlık Bakım Gereksinimleri	Hemşirelik Girişimleri	Konfor Düzeyleri		
			Ferahlama	Rahatlama	Üstünlük
Psikosprituèel Konfor	<p><b>Yalnız kalmama</b></p> <p><u>Amaç:</u> Çocuğın yalnız kalmasını önlemek ve yalnızlık duygusunun gelişmesini önlemek</p>	<p>-Çocukların tıbbi işlemlerle başa çıkmalarını zorlaştıran en önemli faktörlerden biri işlem sırasında ebeveynlerin yanlarında bulunmaması ve çocukların yalnız kalmaktan korkmalarıdır. Bu nedenle ebeveynlere, işlemler sırasında çocuğın yanında ve görüş alanında olmalarının önemi anlatılacak, ebeveynlerin işlem sırasında çocuğın yanında olması desteklenecek</p> <p>-Ebeveynlerin, çocuğı tehdit eden yaklaşımda ve ifadelerde bulunmaması gerektiğı anlatılacak</p> <p>-Ebeveynlere, çocukla yumuşak bir şekilde konuşma, dikkati başka yöne çekilme gibi destekleyici roller konusunda bilgi verilecek</p> <p>-Çocuk yalnız bırakılmayacak</p> <p>-Çocuğın algıladığı ve varolan destek sistemleri belirlenecek</p> <p>-Mümkün olduğunca ailenin hastaya bakım vermesi sağlanacak</p>	<p><b>Ferahlama</b></p> <p>-Preoperatif ve postoperatif süreçte yanında sürekli birileri bulunacak</p>	<p><b>Rahatlama</b></p> <p>-Çocuk kendini yalnız hissetmeyecek</p> <p>-Yanında kendini güvende hissettiğı ve ihtiyaçlarına duyarlı olan birileri bulunacak</p>	<p><b>Üstünlük</b></p> <p>-Çocuk ulaşabileceğı ve destek bulabileceğı birilerinin olduğunun farkında olacak ve sakin görünecek</p>
	<p><b>Olumlu beden imajı algısı</b></p> <p><u>Amaç:</u> Çocuğın psikolojik ve fizyolojik rahatlığını sağlamak</p>	<p>-Çocuğın yaş dönemine uygun farkındalığı değerlendirilecek</p> <p>-Çocuk kendini ifade etmesi konusunda cesaretlendirilecek</p> <p>-Çocuğın kastrasyon korkusu değerlendirilecek, çocuk kaygı ve korkusunu ifade etmesi, beden imajındaki değışim konusundaki düşüncelerini paylaşması için cesaretlendirilecek</p> <p>-Sünnetin tıbbi ve kültürel anlamı anlatılacak</p>	<p>-Çocuk beden imajındaki değışim konusundaki düşüncelerini destekle ifade edebilecek, hafif kaygılı olacak</p>	<p>-Çocuk, sakin görünecek</p> <p>-Yapılan bilgilendirmeleri tatmin edici bulacak</p> <p>-Çocuk beden imajındaki değışim konusundaki düşüncelerini rahatça ifade edebilecek, kaygılı görünmeyecek</p>	<p>-Çocuk, rahat görünecek</p> <p>-Beden imajı, penisinin görünüşü ile ilgili konuşacak</p> <p>-Tebsüm edecek</p>



Konfor Boyutları	Sağlık Bakım Gereksinimleri	Hemşirelik Girişimleri	Konfor Düzeyleri		
Psikospritiüel Konfor	<p><b>Başarı duygusuna erişme ve cesaretlendirme</b></p> <p><u>Amaç:</u> Çocuğun Başarı duygusuna erişmesini sağlamak</p>	<p>-Hemşire, perioperatif süreçte sürekli olumlu geri bildirimlerde bulunacak, baş etme becerisi takdir edilecek (Tebrik ederim. Çok cesurdun! Başardın!)</p> <p>-Başarı duygusu ödüllendirme girişimi (üstün cesaret madalyası, ebeveynlerin aldığı hediyeler vb) ile takdir edilecek</p>	<b>Ferahlama</b>	<b>Rahatlama</b>	<b>Üstünlük</b>
			<p>-Başarıları takdir edilecek</p> <p>-Olumlu geri bildirimlerde bulunulacak</p> <p>-Çocuk negatif bildirimler vermeyecek</p>	<p>-Takdir edilen davranışları rahatlıkla tekrarlayacak</p> <p>-Perioperatif süreçte cesaretlendirici cümleler kurulacak</p>	<p>-Takdir edilen davranış konusunda ustalaşacak</p> <p>-Motivasyonu yüksek görünecek</p> <p>-Kendi kendine cesaret veren cümleleri tekrarlayacak</p>
Sosyokültürel Konfor	<p><b>Ebeveynlerin desteklenmesi</b></p> <p><u>Amaç:</u> Çocuğun ebeveynlerinin tatmin edici düzeyde bilgilendirilmesini sağlamak, baş etme becerilerini artırmak</p>	<p>-Ebeveynlere çocuğun durumu ve bakımı hakkında ayrıntılı bilgi verilecek, bilgi gereksinimlerini karşılanacak</p> <p>-Ailenin stres ve stres kaynaklarını değerlendirecek</p> <p>-Ebeveynler dikkatlice dinlenecek, sorunlarından konuşması için cesaretlendirecek</p> <p>-Ebeveynler etkin baş etme yöntemleri geliştirmelerine yardımcı olunacak</p> <p>-Soruları açık ve anlaşılır şekilde yanıtlanacak</p> <p>-Ebeveynlerin rolü belirlenecek, olumlu ve cesaretlendirici geri bildirim verilecek</p> <p>-Ebeveynler, güven, sevgi, saygı görme, kendini gerçekleştirme, çocuğun yanında bulunma ve fizyolojik gereksinimlerini karşılama konusunda desteklenecek</p> <p>-Çocuğun gereksinimlerini belirlemede ebeveynlerin fonksiyonu ve işlevselliği göz önünde bulundurulacak</p> <p>-Ebeveyn ve çocuğun ayrılması önlenecek ya da en aza indirilecek</p>	<p>-Ebeveyn çocuğunun durumu hakkında bilgilendirilecek</p> <p>-Yüz yüze görüşme sağlanamadığın da farklı yollarla (telefon, internet vs) iletişimleri sağlanacak</p> <p>-Aile üyeleri taburculuk sonrası çocuklarının bakımını sürdürmeye açık olacak</p>	<p>Anestezi indüksiyonu ve uyandırma ünitesinde ebeveyn çocuğun yanında olacak</p> <p>-Ebeveynler sakin ve durumdan memnun görünecek</p>	<p>-Ebeveynler sakin, kontrollü davranacaklar</p> <p>-Ebeveynler çocuğa yeterince destek olabilecek</p>

Konfor Boyutları	Sağlık Bakım Gereksinimleri	Hemşirelik Girişimleri	Konfor Düzeyleri		
Sosyokültürel Konfor	<p><b>Çocuk ve ebeveynlerin bilgilendirilme gereksinimi</b></p> <p><u>Amaç:</u> Çocuğun ebeveynlerinin tatmin edici düzeyde bilgilendirilmesini sağlamak, baş etme becerilerini artırmak</p>	<p>-Çocuk ameliyat hazırlık programı ile işlem sırasında ve sonrasında yaşayabileceği olaylar ve hisler (ne yapılacağı, işlemin ne kadar süreceği, işlemin yapılma sebebi, işlemi kimin yapacağı, nerede yapılacağı, nasıl hissedeceği, ailesinin işleme katılımı) konusunda bilgilendirilecek</p> <p>-Ebeveynlerin eğitimi, çocuğun ve ebeveynin gereksinimlerini karşılamak için hastaneye geldikleri ilk andan itibaren başlatılacak, hastanede kaldıkları süre boyunca ve taburcu olduktan sonra da sürdürülecek</p> <p>-Yapılacak olan eğitimin içeriği, ebeveynlerin olumlu ebeveynlik becerilerini geliştirme, hastalık yönetimi becerilerini artırma ve aile içi stresi azaltmaya odaklanacak</p> <p>-Çocuklar gelişim dönemlerine uygun, basit ve net ifadelerle bilgilendirilecek</p> <p>-Ebeveynler tıbbi terim kullanılmadan, net bilgilerle bilgilendirilecek</p>	Ferahlama	Rahatlama	Üstünlük
			<p>-Çocuk ve ebeveyn perioperative süreç yönetimi konusunda bilgilendirilecek</p>	<p>-Çocuk ve ebeveynler sakin ve durumdan memnun görünecek</p>	<p>-Çocuk rahatlamış görünecek</p> <p>-Ebeveynler çocuğa yeterince destek olabilecek</p>
<p><b>Kültürel Gelenekleri ve İnançları Yerine Getirebilme</b></p> <p><u>Amaç:</u> Çocuk ve ailesi güven duyduğu, onları rahatlatan inançlarını uygulayabilecek</p>	<p>-Çocuk ve ebeveynlerin sağlığa ilişkin inançları, değerleri, tutumları ve sağlık uygulamaları doğumdan itibaren çocuğu etkilemektedir. Bu nedenle, çocuk ve ebeveynleri bütüncül olarak değerlendirilecek</p> <p>-Hemşire bakım verirken birey ve ailesinin, dini ya da manevi, varoluşsal tercihlerini ve ilgili inançları, ritüelleri, birey ve ailesinin uygulamalarını tanımlayacak</p> <p>-Aileye uygulamak istediği kültürel bir gelenek olup olmadığı sorulacak, değer verdikleri uygulamaları yargılamadan değerlendirecek</p> <p>-Ailenin yapmak istediği uygulama zararsız ise destekleyecek ve yardımcı olunacak (sünnet gömleği, sünnet külotu vb. giydirmek, dua etmek vb. istemeleri)</p>	<p>-Ebeveynler değer verdiği zararsız kültürel uygulamaları yargılanma kaygısı yaşamadıklarını dile getirebilecek</p> <p>-İnanç sistemi doğrultusunda ibadet edebilecek</p>	<p>-Zararsız kültürel uygulamalar için desteklenecek</p> <p>-İnançları doğrultusunda ibadet etmeleri desteklenecek</p>	<p>-Zararsız kültürel uygulamalarını rahatlıkla yapabilecek</p> <p>-Rahatlıkla inancı doğrultusunda ibadet yapabilecek</p> <p>-Uygulama sırasında rahatlamış görünecek ve tebessüm edecek</p>	

Konfor Boyutları	Sağlık Bakım Gereksinimleri	Hemşirelik Girişimleri	Konfor Düzeyleri		
			Ferahlama	Rahatlama	Üstünlük
Çevresel Konfor	<p><b>Çevresel stresörlerin azaltılması</b></p> <p><u>Amac:</u> Çocuğun çevresel stresörlerini (ısı-ışık-ses gibi) azaltarak, rahatlık duymasını sağlamak</p>	<p>-İyileştirici bakım çevresi oluşturulacak</p> <p>-Ortam ısısı normal sınırlarda olması sağlanacak ve ortam ne çok sıcak ne de çok soğuk olmayacak</p> <p>-Odanın yeteri kadar havalandırılması sağlanacak</p> <p>-Oda da kötü kokular olması önlenecek</p> <p>-Odanın aydınlık olması sağlanacak</p> <p>-Çocukların sosyalleşmesini, rahatlamasını sağlayan bir çevre oluşturulacak</p> <p>-Bekleme salonu ve uyandırma odasındaki gürültünün azaltılması sağlanacak</p> <p>-Oyun odası oluşturulacak</p> <p>-Çocuğun mahremiyetini korumaya yönelik önlemler alınacak</p>	<p><b>Ferahlama</b></p> <p>-Çocukta üşüme ya da sıcaktan rahatsız olma belirtileri gözlenmeyecek</p>	<p><b>Rahatlama</b></p> <p>-Çocuk rahat bir şekilde oyun odasında oynayacak, bekleme salonu ve uyandırma odasındaki koşullarından memnun olduğunu dile getirecek</p>	<p><b>Üstünlük</b></p> <p>-Çocuk sakin ve huzurlu görünecek</p> <p>-Kendisini evinde gibi hissettiğini dile getirecek</p> <p>-Mutlu ve özel hissedecek</p>
	<p><b>Mahremiyete saygı</b></p> <p><u>Amac:</u> Çocuğun mahremiyetini korumak ve buna yönelik önlem almak.</p>	<p>-Yatak çevresindeki perde çekilecek</p> <p>-Mahremiyetin bozulduğu işlemlere gerekli olmayan hiç kimse girmeyecek</p> <p>-Çocuğun vücut bölgeleri aksi gerekmedikçe kapalı tutulacak</p> <p>-Çocuğun emosyonel mahremiyetine dikkat edilecek</p>	<p>- Üzerinde mahremiyetini sağlayacak kıyafetler olacak</p> <p>-Vücut bölgeleri gerekmedikçe kapalı tutulacak</p>	<p>-Yapılan uygulamalar sırasında mahremiyetine dikkat edilecek</p> <p>-Stresli işlemlere gerekli olmayan hiçbir personel katılmayacak</p>	<p>-Uygulamalar sırasında mahremiyetine dikkat edildiği için rahat davranacak</p>

Konfor Boyutları	Sağlık Bakım Gereksinimleri	Hemşirelik Girişimleri	Konfor Düzeyleri		
			Ferahlama	Rahatlama	Üstünlük
Çevresel Konfor	<b>Güvenli Çevre Sağlanması</b>  <u>Amaç:</u> -Çocuk için güvenli çevre oluşturmak	-Güvenli cerrahi basamakları kontrol edilecek -Hasta düşme riski yönünden değerlendirilecek -Hasta ve ailesine düşme riskini önlemeye yönelik eğitim verilecek -Fiziksel ve bilişsel işlevlerdeki değişiklikler izlenecek -Düşme olasılığını arttırabilecek çevresel özellikleri belirlenecek (kaygan zemin, açık yatak kenarları vb.) -Düşme riskini önlemek için çevresel riskler ortadan kaldırılacak (yeterli aydınlanmanın sağlanması vb.) -Enfeksiyona karşı korunma için çocuk ve ebeveynlerine hijyen uygulamaları ile ilgili eğitim verilecek -İnsizyon bölgesi (kanama riski vb.) takip edilecek -Yorgunluk ve güçsüzlük belirtileri takip edilecek -İyileştirici bakım çevresi oluşturulacak -	-Çocuk ve ebeveyn güvende olduğunu hissedecek	-Çocuk ve ebeveyn kendini güvende ve rahat hissedecek	-Çocuk hastane ortamında rahatlamış görünecek, sohbet ve tebessüm edecek

## Ek-20

### Terapötik Oyun Temelli Ameliyat Hazırlık Eğitimi İçeriği

#### 1. AŞAMA: Öykü Kitabı İle İşleme Hazırlık ve Bilgilendirme

**AMAÇ:** Sünnet operasyonu planlanan çocuğu öykü kitabı ile cerrahi sürece hazırlamak, operasyon öncesi, sırası ve sonrası hakkında bilgi sağlamak, çocuk ve ailenin cerrahi sürece uyumunu artırmak, kaygı ve korkusunu ifade edebilmelerini desteklemek, çocuğun konforunu artırmak amaçlanmıştır.

**HEDEFLER:** Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na temellenen hemşirelik bakımı kapsamında konfor odaklı bakım girişimi olarak kullanılacak öykü kitabı ile verilecek eğitim sayesinde;

- Çocuğu sünnet operasyonuna hazırlamak,
- Çocuğun sünnet operasyonu ile ilgili duygularını ifade edebilmesini sağlamak,
- Çocuğun operasyon giderken giyeceği gömleği, boneyi, hasta kimlik kol bandını, anestezi maskesini hakkında bilgi sahibi olmasını sağlamak,
- Çocuğun ameliyathanenin ve sağlık personelinin, uyandırma odasının nasıl görüneceği hakkında bilgi sahibi olmasını sağlamak,
- Çocuğun sünnet sonrası döneme ilişkin bilgisini artırmak,
- Çocuğun emosyonel odaklı konfor bakım gereksinimlerini (bilgilendirilme, korku ve kaygının ifade edilmesi ve azaltılması, baş etme becerilerinin geliştirilmesi) karşılamak hedeflenmiştir.

#### ÖĞRETİM YÖNTEMLERİ:

- Hikaye anlatım yöntemi,
- Terapötik oyun
- Soru cevap

#### EĞİTİMİN SÜRESİ ve ZAMANI:

- 15 dakika
- Çocuğun anestezi konsültasyonu için çocuk cerrahi polikliniğine geldiği gün, laboratuvar testleri ve anestezi konsültasyonu yapılmadan önce

**EĞİTİMİN YAPILACAĞI YER:** Isparta Şehir Hastanesi, 1. Zemin Kat, Anestezi Polikliniği Hasta İşlemleri Odası

**KULLANILAN EĞİTİM MATERYALLERİ:** Ahmet'in Sünnet Macerası isimli öykü kitabıdır. Öykü kitabı, hikaye diliyle yazılmış ve renkli görsellerle desteklenmiştir. Öykü kitabının içeriği;

- Sünnet nedir?

- Sünnetin faydaları nelerdir?
- Operasyon öncesi hazırlıkların tanıtımı,
- Günübirlik cerrahi ünitesinin tanıtımı,
- Ameliyathaneye nasıl götürüleceği hakkında bilgi verilmesi,
- Ameliyathane ortamının, ameliyathanede bulunan kişilerin, ameliyathanede çalışan kişilerin giydiği özel kıyafetlerin tanıtımı,
- Operasyon sırasında deneyimleyeceği hislerin anlatılması (Uyuyacak mı? Ağrı hissedecek mi?),
- Operasyon sonrası deneyimleyeceği hislerin anlatılması (ağrı, yorgunluk vb.),
- Operasyon sonrası ayağa kalkma, sıvı alma zamanı hakkında bilgi verilmesi,
- Cerrahi sonrası beden imajında değişim konusunda bilgi verilmesi,
- Hastaneden ayrılma zamanı hakkında bilgi verilmesi,
- Evde deneyimleyeceği hisler ve dikkat etmesi gereken konularından oluşmaktadır.

#### **UYGULAMA BASAMAKLARI:**

1. Tanışma etkinliği gerçekleştirilir.
2. Çocuğun duygularını ifade edebileceği rahat bir ortam oluşturulur.
3. Eğitimin amacı ve önemi açıklanır.
4. Öykü kitabı üzerinden öyküdeki görsellere de dikkat çekilerek eğitim yapılır.
5. Çocuğun gözlemlenen duyguları geri yansıtılır.
6. Çocuğun sorularına yanıt bulması sağlanır.
7. Çocuğa öykü kitabı hediye edilir.

#### **2. AŞAMA: Amigurumi Bebek ve Tıbbi Oyuncaklarla Terapötik Oyun**

**AMAÇ:** Sünnet operasyonu planlanan çocuğu amigurumi bebek ve tıbbi oyuncaklar ile cerrahi süreç hazırlamak, operasyon öncesi, sırası ve sonrası hakkında bilgi sağlamak, çocuk ve ailenin cerrahi sürece uyumunu artırmak, çocuğun bebek ve tıbbi oyuncaklar üzerinde anlatılan girişimleri uygulayarak süreçle ilgili sorularını kolaylıkla dile getirebilmesini, kaygı ve korkusunu ifade edebilmesini desteklemek ve çocuğun konforunu artırmak amaçlanmıştır.

**HEDEFLER:** Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na temellenen hemşirelik bakımı kapsamında konfor odaklı bakım girişimi olarak kullanılacak amigurumi bebek ve tıbbi oyuncaklarla işleme hazırlık ve bilgilendirme girişimi sayesinde;

- Çocuğu sünnet operasyonuna hazırlamak,
- Çocuğun sünnet operasyonu ile ilgili duygularını ifade edebilmesini sağlamak,

- Çocuğun operasyon sürecinde kullanılan malzemeler (ameliyat gömleği, bone, hasta kimlik kol bandını, derece, steteskop, oksijen maskesi, hareketli yatak) hakkında bilgi sahibi olmasını sağlamak,
- Öykü kitabı ile yapılan eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi sağlamak,
- Çocuğun emosyonel odaklı konfor bakım gereksinimlerini (bilgilendirilme, korku ve kaygının ifade edilmesi ve azaltılması, baş etme becerilerinin geliştirilmesi) karşılamak hedeflenmiştir.

#### **ÖĞRETİM YÖNTEMLERİ:**

- Terapötik oyun
- Demonstrasyon
- Soru cevap

#### **EĞİTİMİN SÜRESİ ve ZAMANI:**

- 10-15 dakika
- Çocuğun anestezi konsültasyonu için çocuk cerrahi polikliniğine geldiği gün, öykü kitabı ile işleme hazırlık ve bilgilendirme girişiminden sonra

**EĞİTİMİN YAPILACAĞI YER:** Isparta Şehir Hastanesi, 1. Zemin Kat, Anestezi Polikliniği Hasta İşlemleri Odası

#### **KULLANILAN EĞİTİM MATERYALLERİ:**

- Amigurumi bebek
- Tıbbi oyuncaklar (ameliyat gömleği, hareketli oyuncak yatak, bone, maske, derece, steteskop, hasta kol bandı, maske).

#### **UYGULAMA BASAMAKLARI:**

1. Çocuğun duygularını ifade edebileceği rahat bir ortam oluşturulur.
2. Girişimin amacı ve önemi açıklanır.
3. Araştırmacı amigurumi bebek ve tıbbi oyuncaklarla terapötik oyun girişimi için çocuğu yönlendir. Bununla birlikte, oyunun sorumluluğunu çocuğa bırakır. Örneğin;
  - Steteskopla bebeğin kalp seslerini dinleyebilirsiniz!
  - Derece ile bebeğin ateşini ölçebilirsiniz!
  - Bebeğe ameliyat gömleği ve boneyi giydirebilirsiniz!
  - Bebeğe hasta kimlik kol bandını takabilirsiniz!
  - Hareketli oyuncak yatak ile bebeği operasyona götürebilirsiniz!
  - Çocuğa oksijen maskesi takabilirsiniz!
4. Çocuğun oyun aracılığıyla iç görü kazanması, kendini ifade etmesi beklenir ve çocuğun gözlemlenen duyguları geri yansıtılır.

5. Çocuğun sorularına yanıt bulması sağlanır.

### 3. AŞAMA: Nefes Egzersizi Eğitimi

**AMAÇ:** Çocuğa doğru ve derin nefes almayı öğretmek, rahatlatmak, kaygı ve korkusunu azaltmak, gevşemesini sağlamak, dikkatini ağrı dışında başka yöne çekmek, cerrahi sürece uyumunu artırmak ve bakımın bir sonucu olarak konforunu artırmak amaçlanmıştır.

**HEDEFLER:** Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na temellenen hemşirelik bakımı kapsamında konfor odaklı bakım girişimi olarak kullanılacak nefes egzersizi eğitimi sayesinde;

- Çocuğa doğru ve derin nefes alıp vermeyi öğretmek,
- Çocuğu fiziksel olarak rahatlatmak,
- Çocuğun tek başına nefes egzersizi yapabilmesini sağlamak,
- Çocuğun duygularını ve davranışlarını kontrol edebilecek kadar güçlü olduğunu hissettirmek,
- Dikkatini ağrı dışında başka yöne çekebilmesini sağlamak,
- Konforunu artırmak hedeflenmiştir.

#### ÖĞRETİM YÖNTEMLERİ:

- Düz anlatım
- Demonstrasyon
- Soru cevap

#### EĞİTİMİN SÜRESİ ve ZAMANI:

- 5 dakika
- Çocuğun anestezi konsültasyonu için çocuk cerrahi polikliniğine geldiği gün, terapötik oyun girişiminden sonra

**EĞİTİMİN YAPILACAĞI YER:** Isparta Şehir Hastanesi, 1. Zemin Kat, Anestezi Polikliniği Hasta İşlemleri Odası

#### UYGULAMA BASAMAKLARI:

Çocuk ve aileye girişimin amacı açıklanır.

Araştırmacı nefes egzersizini uygular ve çocuğa anlatır.

Araştırmacı ve çocuk nefes egzersizini birlikte uygular.

Çocuk tek başına doğru bir şekilde nefes egzersizi yapana kadar araştırmacı koçluğunda egzersize devam edilir.



Operasyon sabahı araştırmacı koçluğunda uygulama tekrarlanır. Çocuğun dilediği kadar uygulama yapması desteklenir.

**Yönerge:**

- Şimdi rahat bir Şekilde oturman gerekiyor. Sandalyede arkana yaslanabilirsin.
- Doğru ve derin bir Şekilde nefes alıp verebilirsek bu bizi çok mutlu eder.
- Öncelikle benim uygulamayı nasıl yaptığımı izleyebilirsin.
- Şimdi uygulamayı birlikte yapalım.
- Doğru ve derin bir Şekilde nefes alıp vermeye odaklanmalısın.
- Sayı saymayı biliyor musun? Dörde kadar sayabilir misin?
- Nefesini vermeden önce nefesini iyice boşaltmalısın.
- Şimdi, sessiz bir Şekilde burnundan nefes almalı (içimizden dörde kadar sayıp) biraz bekleyip aldığın nefesi ağzından (içimizden dörde kadar sayıp) yavaş ve sakin bir Şekilde vermelisin.
- Nefes alırken Őunlara dikkat etmelisin: Ağzımızdan değil de burnumuzdan nefes almalıyız. Nefes aldığımızda karnımız Őiřmeli, nefesimizi tuttuğumuz sürece Őiř kalmalı ve verirken de içeriye doğru hareket etmelidir. Nefes verirken dudaklarımızı büzmeli, dudağımızdan üfleliyiz.
- Bir defada 10-15 nefes egzersizi yaparak (yaklaşık 5 dakikada) bu egzersizi tamamlayabilirsin.

## Ek-21

### Yazılı Eğitim Materyali İle Ameliyat Hazırlık Eğitimi İçeriği

Yazılı eğitim materyali ile ameliyat hazırlık eğitimi
<p><b>AMAÇ:</b> Sünnet operasyonu planlanan çocukların ebeveynlerini cerrahi sürece hazırlamak, cerrahi sürece uyumlarını artırmak, kaygılarını azaltmak, ebeveynlerin çocuğun evde bakımı konusundaki yeterliliklerini, baş etme becerilerini artırmak ve böylece çocuğun konforunu sürdürmek amaçlanmıştır.</p>
<p><b>HEDEFLER:</b> Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na temellenen hemşirelik bakımı kapsamında konfor odaklı bakım girişimi olarak kullanılan yazılı eğitim materyali ile ameliyat hazırlık eğitimi sayesinde;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Ebeveynleri sünnet operasyonuna hazırlamak,</li><li>➤ Ebeveynin sünnet operasyonu ile ilgili duygularını ifade etmesini sağlamak,</li><li>➤ Ebeveynlerin cerrahi sürece uyumunu artırmak,</li><li>➤ Ebeveynin çocuğun evde bakımında dikkat edilmesi gerekenleri anlatabilmesini sağlamak,</li><li>➤ Ebeveynlerin emosyonel odaklı konfor bakım gereksinimlerini (bilgilendirilme, korku ve kaygının ifade edilmesi ve azaltılması, kararlara katılım, önemsenme, baş etme becerilerinin geliştirilmesi) karşılamak hedeflenmiştir.</li></ul>
<p><b>ÖĞRETİM YÖNTEMLERİ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Düz anlatım</li><li>➤ Beyin Fırtınası</li><li>➤ Soru cevap</li></ul>
<p><b>EĞİTİMİN SÜRESİ ve ZAMANI:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ 15-20 dakika</li><li>➤ Çocuğun anestezi konsültasyonu için çocuk cerrahi polikliniğine geldiği gün, çocuğa verilen ameliyat hazırlığı eğitiminden sonra</li></ul>
<p><b>EĞİTİMİN YAPILACAĞI YER:</b> Isparta Şehir Hastanesi, 1. Zemin Kat, Anestezi Polikliniği Hasta İşlemleri Odası</p>
<p><b>KULLANILAN EĞİTİM MATERYALLERİ:</b> "Sünnet Operasyonu Planlanan Çocuğunuzun Bakımı" eğitim kitapçığıdır. Eğitim kitapçığının konu başlıkları;</p>

- Sünnet nedir?
- Sünnetin faydaları nelerdir?
- Sünnet öncesi özel bir hazırlık gerekir mi?
- Çocuğumu sünnete nasıl hazırlamalıyım?
- Sünnet öncesi bilişsel ve psikolojik hazırlık
- Sünnet öncesi fiziksel hazırlık
- Çocuğum sünnet operasyonuna nasıl götürülecek? Yanında olabilir miyim?
- Çocuğuma anestezi uygulanacak mı?
- Sünnet operasyonu ne kadar sürecek?
- Çocuğum sünnet operasyonu sonrası nasıl izlenecek?
- Sünnet operasyonu sonrası çocuğumun bakımında bilmem gerekenler neler?
- Çocuğum operasyondan geldiğinde nasıl hissedecek?
- Çocuğum operasyon sonrası ağrı hisseder mi?
- Çocuğumun operasyon sonrası ağrısı nasıl yönetilecek?
- Sünnet ağrısı ile ilaç dışı baş etme yöntemleri nelerdir?
- Dikkati başka yöne çekme yöntemleri nelerdir?
- Çocuğumu ne zaman besleyebilirim?
- Çocuğumu ne zaman yürütebilirim?
- Çocuğumu ne zaman giydirmeliyim? Kıyafet tercihi nasıl olmalıdır?
- Çocuğum ilk idrarını ne zaman yapacak? Yaparken ne hissedecek?
- Sünnet operasyonu sonrası yan etki gelişir mi?
- Çocuğumun taburculuğu ne zaman planlanır?
- Çocuğumun taburculuk sonrası bakımında bilmem ve dikkat etmem gerekenler neler? (eve dönüş, istirahat, ağrı, kanama, sünnet dikişleri ve pansuman, banyo, şişlik, morluk, kızarıklık, yara iyileşmesi, spor, yüzme)
- Sağlık personeline ne zaman başvurmalıyım?
- Çocuğumu ne zaman kontrole götürmeliyim?'den oluşmaktadır.

#### **UYGULAMA BASAMAKLARI:**

1. Çocuğa verdiğimiz eğitim hakkında kısa bir değerlendirme yapılır.
2. Eğitimin amacı ve önemi açıklanır. Eğitimin ortalama ne kadar süreceği hakkında bilgi verilir.
3. Kitapçık üzerinden eğitim yapılır.
4. Ebeveynin duygularını ifade etmesi desteklenir.
5. Ebeveynin sorularına yanıt bulması sağlanır.
6. Ebeveyne eğitim kitapçığı hediye edilir.

## Ek-22

### Tele İzlem ve Danışmanlık Girişiminin İçeriği

#### Yapılandırılmış Telefon Görüşmeleri İle Tele İzlem ve Danışmanlık Girişimi

**AMAÇ:** Postoperatif 3. saatte taburcu olan ve hemşire ile sınırlı zaman geçiren çocukların durumlarındaki değişiklikleri erken dönemde saptamak ve müdahale etmek, bakımda sürekliliği yakalamak, ebeveynleri desteklemek, konfor ve bakım memnuniyetini artırmak amaçlanmıştır.

**HEDEFLER:** Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na temellenen hemşirelik bakımı kapsamında konfor odaklı bakım girişimi olarak kullanılan Yapılandırılmış telefon görüşmeleri ile tele izlem ve danışmanlık girişimi sayesinde;

- Çocuğun durumuyla ilgili bilgi edinmek,
- Çocuk ve ebeveynlerin gereksinimlerini sistematik bir şekilde tanılamak, planlamak ve sonuçları değerlendirmek,
- Olası komplikasyonları saptamak ve müdahale etmek,
- Sınırlı bir zaman aralığında yapılan eğitimin takibini yapmak,
- Ebeveynlerin emosyonel odaklı konfor bakım gereksinimlerini (bilgilendirilme, korku ve kaygının ifade edilmesi ve azaltılması, kararlara katılım, önemsenme, baş etme becerilerinin geliştirilmesi) karşılamak hedeflenmiştir.

#### UYGULAMANIN YÖNTEMİ, SÜRESİ ve ZAMANI:

- Ebeveyne girişimin amacı hakkında taburculuk sırasında bilgi verilmiş ve iletişime geçilecek saatlere ebeveynler karar vermiştir.
- Tele izlem ve danışmanlık girişimi yapılandırılmış telefon görüşmeleri şeklinde taburculuk sonrası 1. ve 3. günde ebeveynler aranarak uygulanmıştır. Yapılandırılmış telefon görüşmeleri 5-10 dakika ile sınırlandırılmıştır.
- Ebeveynlere postoperatif 10 gün boyunca gereksinim duydukları tüm zamanlarda, 7/24 araştırmacıyı arayabilecekleri konusunda güvence verilmiş, telefon ile görüşme veya mesajlaşma ile tele izlem ve danışmanlık sürdürülmüştür.

#### MATERYAL:

- Telefon

#### YAPILANDIRILMIŞ TELEFON GÖRÜŞMELERİNİN İÇERİĞİ

- Çocuğun ve ailenin sürece yönelik düşünceleri hakkında kısa bir değerlendirme yapılır.
- Görüşmenin amacı ve önemi kısaca açıklanır. Görüşmenin ortalama ne kadar süreceği hakkında bilgi verilir.
- Birinci görüşmede ilk 24 saat içinde, ikinci görüşmede ilk 48 saat içinde çocuğun; ağrısı, idrara çıkma durumu, sıvı ve katı gıda alımı, korku ve kaygısı, istirahat durumu, pansumanı gibi durumlar ve olası komplikasyonlar değerlendirilir.
- Ebeveynin sormak istediklerine yanıt verilir. Hastanın eğitiminin takibi yapılır.

### 1. YAPILANDIRILMIŞ TELEFON GÖRÜŞMESİ: Postoperatif 1. Gün

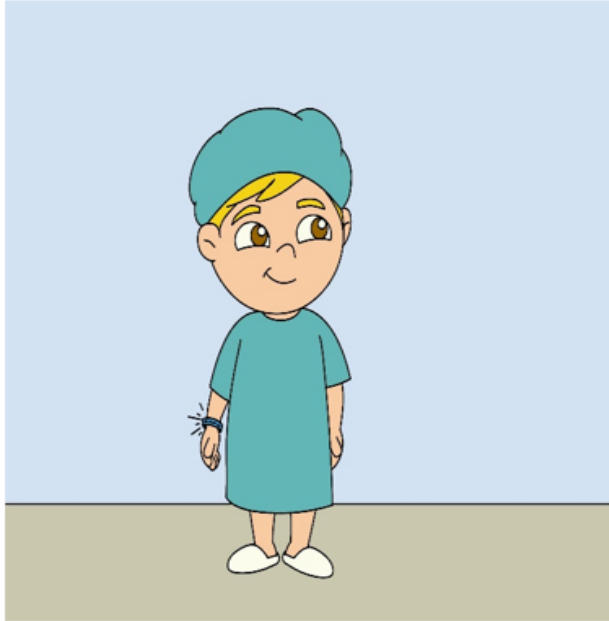
1. Öncelikle taburculuk sonrası nasıl hissediyorsunuz?
2. Çocuğunuz nasıl hissediyor?
3. Çocuğunuz ve siz istirahat edebildi mi?
4. Gece iyi uyuyabildiniz mi?
5. Çocuğunuzun ağrısı var mı?
6. Çocuğunuzun ağrısını yönetebildiniz mi? (ilaç ve ilaç dışı yöntemler)
7. İlaç kullanımı ile ilgili sormak istediğiniz birşey var mı?
8. Çocuğunuzun işlem bölgesinde kanaması var mı?
9. Çocuğunuzun idrara çıkmasında bir problem var mı?
10. Çocuğunuzun ateşi var mı?
11. Çocuğunuzun kıyafet seçimi konusunda bir problem yaşıyor musunuz?
12. Pansuman pedinin çıkarılması ile ilgili bir sorun var mı?
13. Çocuğunuzun beslenmesinde problem var mı?
14. Bana iletmek istediğiniz bir durum var mı?
15. Sormak istediğiniz bir şey var mı?
16. Sünnet sonrası evde dikkat edilmesi gerekenler konusunda özet bir hatırlatma
17. Sünnet operasyonu ile ilgili sormak istediği bir şey olursa istediği zaman arayabileceği, mesaj atabileceği konusunda güvence verme

### 2. YAPILANDIRILMIŞ TELEFON GÖRÜŞMESİ: Postoperatif 3. Gün

1. Bugün nasıl hissediyorsunuz?
2. Çocuğunuz nasıl hissediyor?
3. Gece iyi uyuyabildiniz mi?
4. Çocuğunuzun ağrısı var mı?
5. İlaç kullanımı ile ilgili sormak istediğiniz birşey var mı?
6. Çocuğunuzun işlem bölgesinde kanama, şişlik, morluk, akıntı var mı?
7. Çocuğunuzun ateşi var mı?

8. Çocuğunuzun banyo yaptı mı?
9. Banyo sonrası pansuman pedinin çıkacağı, doktor tarafından reçete edilen pomad ya da kremlerin sürülmesi gerektiği konusuna hatırlatma
10. Çocuğunuz penisinin görünümüyle ilgili sorun yaşıyor mu?
11. Yara bakımına yönelik uygulamalar konusunda özet bir hatırlatma
12. Sünnet sonrası evde dikkat edilmesi gerekenler konusunda özet bir hatırlatma
13. İşlem bölgesinde aşırı şişlik, kızarıklık, kokulu akıntı ya da enfeksiyon belirtisi gelişirse yapılması gerekenler konusunda özet bir hatırlatma
14. Kontrol zamanını hatırlatma
15. Sünnet operasyonu ile ilgili sormak istediği bir şey olursa istediği zaman arayabileceği, mesaj atabileceği konusunda güvence verme

## SÜNNET OPERASYONU PLANLANAN ÇOCUĞUNUZUN BAKIMI



HAZIRLAYAN: ARŞ.GÖR. FAHRİYE PAZARCIKCI

DANIŞMAN: PROF.DR. EMİNE EFE

ANTALYA, 2019

Bu eğitim kitapçığı “Kolcaba’nın Konfor Kuramı’na Temellenen Hemşirelik Bakımının Sünnnet Olan Çocuk ve Ebeveynlerinin Konfor Sonuçlarına Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma” başlıklı tez çalışmasının bir parçası olarak hazırlanmıştır.

Tez çalışması, Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi’nce (Proje Numarası:4806) desteklenmiştir.

## ÖNSÖZ

Sevgili Anne ve Babalar,

Sünnet ağrı, kaygı, korku gibi rahatsızlık verici duygulara neden olabilen bir cerrahi girişimdir. Bu cerrahi girişim sürecini çocuğunuzun ve sizin en iyi ve en rahat şekilde geçirmeniz temel amaçlarımızdır.

Bu kitapçık Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na Temellendirilen Hemşirelik Bakımı kapsamında bilgilendirilme gereksiniminize yönelik olarak hazırlanmıştır. Bu süreçte çocuğunuzun bakımı ile ilgili bilgilendirilmeniz, cerrahiye uyum sürecinizi kolaylaştıracak, varsa endişelerinizi azaltacak ve çocuğunuzun konforunun sürdürülmesine katkı sağlayacaktır. Kitapçık çocuğunuzun bakımında size rehberlik edecek ve unuttuklarımız olursa okuyup hatırlamanıza yardımcı olacaktır.

Süreçle ilgili herhangi bir sorunuz, endişeniz ya da paylaşmak istedikleriniz olursa ihtiyaç duyduğunuz tüm zamanlarda rahatlıkla benimle iletişime geçebilirsiniz. Araştırmamıza dahil olduğunuz ve konforlu bakımı geliştirmemizi desteklediğiniz için sizlere çok teşekkür ediyorum.

Saygılarımla...

**Arş. Gör. Fahriye PAZARCIKCI**

Tel: 0505 256 03 27

E posta: [fahriyecelik@gmail.com](mailto:fahriyecelik@gmail.com)

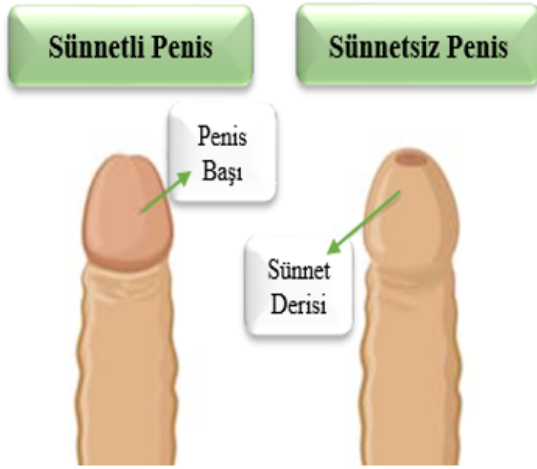
## İçindekiler

1. Sünnet Nedir?
2. Sünnetin Faydaları Nelerdir?
3. Sünnet Öncesi Özel Bir Hazırlık Gerekir mi?
4. Çocuğumu Sünnete Nasıl Hazırlamalıyım?
  - 4.1. Sünnet Öncesi Zihinsel ve Duygusal Hazırlık
  - 4.2. Sünnet Öncesi Bedensel Hazırlık
5. Çocuğum Sünnet Operasyonuna Nasıl Götürülecek? Yanında Olabilir miyim?
6. Çocuğuma Anestezi Uygulanacak mı?
7. Sünnet Operasyonu Ne Kadar Sürecek?
8. Çocuğum Sünnet Operasyonu Sonrası Nasıl İzlenecek?
9. Sünnet Operasyonu Sonrası Çocuğumun Bakımında Bilmem Gerekenler Neler?
10. Sünnet Operasyonu Sonrası Yan Etki Gelişir mi?
11. Çocuğumun Taburculuğu Ne Zaman Planlanır?
12. Çocuğumun Taburculuk Sonrası Bakımında Bilmem Gerekenler Neler?
13. Sağlık Personeline Ne Zaman Başvurmalıyım?
14. Çocuğumu Ne Zaman Kontrol Götürmeliyim?
15. Kaynaklar



## 1. Sünnet Nedir?

Tıbbi olarak erkek sünneti, penisin uç kısmını (başını) örten sünnet derisinin cerrahi olarak alınıp, penis başının açığa çıkarılması işlemidir.

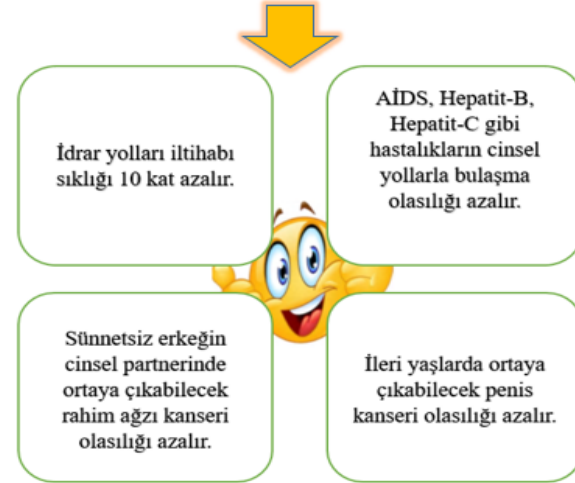


Lütfen çocuk hakları doğrultusunda cerrahi süreç boyunca **çocuğunuzun alınan kararlara katılımını destekleyin!**

1

## 2. Sünnetin Faydaları Nelerdir?

- Sünnet derisinin yapışıklığı, darlığı ve enfeksiyonu gibi **sünnet derisi ile ilgili sorunları önler**. Sorun varsa **giderir**. 😊
- Penis daha **estetik** bir görünüm kazanır. 😊
- Sünnet derisi altında bakteri ve virüs adı verilen mikroplar birikebilir. Sünnet derisinin çıkarılması, **penisin temizliğini (genital hijyeni)** kolaylaştırır ve böylece



2

### 3. Sünnet Öncesi Özel Bir Hazırlık Gerekir mi?

Okul öncesi ve okul çağı çocuklarında neden sonuç ilişkisi kurabilme yeteneği tam gelişmemiştir.



Niçin sünnet olduklarını anlayamayabilirler.

Çocuğun sünnet hakkında yanlış bilgilendirilmesi ya da hiç bilgilendirilmemesi, sünnetle ilgili yapılan olumsuz şakalar ve yerli yersiz konuşmalar



Sünnete yönelik korku ve endişeyi hatta işlem sonrası ağrıyı artırabilir. Çocuklarda davranış problemlerine neden olabilir.

**SÜNNET, PLANLI VE KONTROLLÜ BİR TRAVMADIR.**



Bu nedenle çocuğunuzun sağlığının korunması için doğru bir şekilde sünnete hazırlanması oldukça önemlidir.

3

### 4. Çocuğumu Sünnete Nasıl Hazırlamalıyım?

Zihinsel Hazırlık



Duygusal Hazırlık



Bedensel Hazırlık



#### 4.1. Sünnet Öncesi Zihinsel ve Duygusal Hazırlık

Çocuğunuzu sünnete hazırlamak için öncelikle zihinsel ve duygusal olarak sünnete hazırlamalısınız.



Bunun sağlanabilmesi için de sünnetle ilgili **neler hissettiğini** bilmeniz gerekmektedir.



Daha sonra sünnete yönelik **bilgi eksikliğini** ve varsa **yanlış anlamalarını** giderin.

4

## Cocuklar Sunnet Olmaya İlişkin Neler Hissediyorlar?

### **Olumlu duygular:**



Sünnet olmakla;

- **Büyümüş** hisseder.
- Gösterilen ilgi, alınan kıyafet ve hediyeler, düzenlenen eğlenceli aktivitelerden dolayı **mutlu** ve **özel** hisseder.
- Toplumun büyük çoğunluğu sünnetli olduğundan kendisini **toplumun bir parçası** olarak hisseder.
- Akranları sünnetli ise kendisini akranlarından **farklı** hissetmez.

### **LÜTFEN UNUTMAYIN!**

Sünnet, **cesaretle** geçmesi beklenen ya da sonrasında çocuğun **erkeğe dönüşeceği** bir işlem değildir.

5

### **Olumsuz duygular:**

- Sünneti hatalı davranışına/larına yönelik **ceza** olarak düşünebilir.



- Sünnete yönelik **endişe** ve **korku** yaşayabilir. İşlemin çok **acı verici** ve **ağrılı** olduğunu düşünebilir.



- Özellikle cinsiyet özelliklerini keşfettiği okul öncesi dönemde sünnet olmuşsa **penisini kaybetmekten korkabilir**.



- Kontrolü dışında yapılan girişimlerden dolayı **öfkeli** ya da **içine kapanmış** olabilir ve **işbirliğini ret** edebilir.

- **Utanma, kırgınlık, engellenmişlik, çaresizlik, güçsüzlük ve mağduriyet** hissi gibi duyguları olabilir.

- Anestezi korkusu nedeniyle uyuduktan sonra **uyanamama** endişesi yaşayabilir.



- İşlemler sırasında **gerçek duygularını gizleyip** cesur görünmeye çalışabilir.



**Çocuklar her zaman ve durumda anne ve babalarının sevgi ve desteğine ihtiyaç duyarlar.**

6

### Çocuğumu Nasıl Bilgilendirmeliyim?

**Sakin olun.** Çocuğunuzun sizi örnek aldığını ve sizin ruh halinizden etkilendiğini unutmayın.

Çocuğunuzun **uygun bir ortam** hazırlayarak, yaşına **uygun** bilgilendirin.

**Dürüst olun.** Asla yalan söylemeyin.

Sünneti **ayrıntıya girmeden, anlayacağı basit kelimelerle** anlatın.

“İğne yapılacak, ucundan azıcık kesilecek” gibi **korkutucu sözcüklerle** bilgilendirmekten kaçının.

**Doktoru ile mutlaka tanıştırın.** Size ya da doktoruna **soru sorması** için cesaret verin.

★ Bir süre **düşünmesi için zaman** verin.

7

Sünnet olmaya dair **neler hissettiğini sorun.**

Hislerini açıklayabilmesi için **yüreklendirin.**

Sünnet ile ilgili **tehdit etmeyin. Rüşvet vermeyin.**

Bilgilendirirken konuyla ilgili **hikaye kitaplarından, ameliyathane ortamını anlatan resimlerden ve oyundan** faydalanın.

Çevresindeki insanların sürekli sünnetten **bahsetmelerini ve korkutucu şakalar yapmalarını** (baltayla kesilecek, pilav yapılacak, boncuk takılacak vb.) engelleyin.

**Korkutucu videolar/görüntüler izlemesini** engelleyin.

**ÇOCUĞUNUZA, ONU ASLA YALNIZ BIRAKMAYACAĞINIZI SÖYLEYİN.**

8

#### 4.2.Sünnet Öncesi Bedensel Hazırlık



**Poliklinik Muayenesi:** Operasyondan önceki mesai gününde doktorunuz çocuğunuzu muayene edecek.



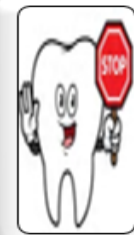
**Operasyon Öncesi Testler:** Çocuğunuzun tıbbi durumuna ve operasyonun yapısına rehberlik etmesi amacıyla doktorunuz kan ve röntgen tahlili isteyecek.



**Anestezi Muayenesi:** Kan ve röntgen tahlil sonuçlarınız çıktıktan sonra anestezi doktorunuz anestezi polikliniğinde çocuğunuzu muayene edecek.



Anestezi muayenesinden sonra operasyon günü randevu saatinde gününbirlik cerrahi ünitesinde olmak üzere hastaneden ayrılabilirsiniz!



**Diyet:** Anestezi altındayken mide içeriğinin akciğerlere kaçmasının önlenmesi amacıyla çocuğunuza operasyon öncesi yiyecek ve içecek kısıtlaması önerilecek.

★ Çocuğunuzun operasyondan 6 saat önce katı gıda alımı, 2 saat önce sıvı gıda alımı (su dahil) kesilmelidir.

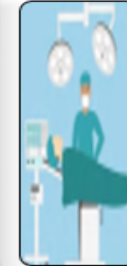
9



**Hastane Çantası:** Çantasını çocuğunuzla birlikte hazırlayın. Hastaneye gelirken sevdiği bir oyuncuğunu, battaniyesini, sıvı tüketmede kullandığı özel bardağını, sevdiği bir kitabını, kalemını vb. çantasına koymasına yardım edin.



**Yatış İşlemi ve Hasta Kimlik Kol Bandı:** Gününbirlik cerrahi ünitesi hasta kabul ofisinde yatış işlemleriniz yapıldıktan sonra hemşireniz çocuğunuza cerrahi güvenliğe yönelik hasta kimlik kol bandı ve gerekliyse allerji bandı takacak.



**Ameliyat Gömleği ve Bone:** Çocuğunuza gününbirlik cerrahi hazırlık odasında operasyondan 15 dakika önce (tüm giysilerinin çıkartılması sağlanarak) ameliyat gömleği giydirilecek ve başına bone takılacak.

★ Operasyona giderken çocuğunuzda piercing gibi herhangi bir takı, gözlük, lens veya işitme cihazı olmamalıdır.



**Operasyon Öncesi Sakinleştirme:** Çocuğunuza gerekirse korkusunun, endişesinin ve çevreye duyarlılığının azalması, kaslarının rahatlaması için operasyon öncesi son 5-10 dakikada sakınleştirici bir ilaç uygulanacak.

10

### 5.Çocuğum Sünnet Operasyonuna Nasıl Götürülecek? Yanında Olabilir miyim?

Çocuğunuz güvenli taşıma teknikleri konusunda eğitimli yardımcı personel ve bir günübirlik cerrahi hemşiresi tarafından ameliyathaneye götürülecek ve ameliyathane ekibine teslim edilecek.



İsterseniz, ameliyathane kapısına kadar çocuğunuzun yanında olabilirsiniz.

### 6. Çocuğuma Anestezi Uygulanacak mı?

Çocuğunuza hem psikolojik ve bedensel olarak rahat olması hem de ağrı duymaması için **damar yolu ya da maskeyle hafif bir genel anestezi**



sonrasında **bölgesel (lokal) anestezi** uygulanacak.

11

### 7. Sünnet Operasyonu Ne Kadar Sürecektir?

Sünnet operasyonu yaklaşık **15-30 dakika** kadar sürmektedir.



Çocuğunuzun günübirlik cerrahi odası bekleme salonunda bekleyebilirsiniz.

### 8.Çocuğum Sünnet Operasyonu Sonrası Nasıl İzlenecek?

Çocuğunuz operasyon sonrası **günübirlik cerrahi uyarılma odasında** hemşireler tarafından yakından izlenecek



Bu süreçte çocuğunuzun yanında olabilirsiniz. Ancak çok kalabalık olmamaya özen gösterin.

12

### Hemşireniz çocuğunuzun;



Gelişimsel, duygusal, fiziksel ve sosyokültürel ihtiyaçlarını değerlendirir.

Gereksinimine yönelik bireyselleştirilmiş bakım uygular.



Yaşam bulgularını değerlendirir.

Solunum, kalp atımı, kan basıncı ve vücut sıcaklığını takip eder.



Ağrısını değerlendirir.

Ağrısına yönelik girişimlerde bulunur.



Anestezinin yan etkilerini değerlendirir.

Bulantı, kusma, allerji vb.



Operasyon bölgesini belirli aralıklarla kontrol eder.

Kanama kontrolü vb.

13

### 9. Sünnet Operasyonu Sonrası Çocuğumun Bakımında Bilmem Gerekenler Neler?

#### Çocuğum operasyondan geldiğinde nasıl hissedecek?

Çocuğunuz ameliyathaneden;

- Uyuyarak gelebilir.
- Sakin gelebilir.
- Huzursuz gelebilir.
- Ağlayarak ya da bağırarak gelebilir.
- Ameliyathaneden geldiğinde titreyebilir.
- Hayal görebilir.

Huzursuz, ağlayarak, bağırarak gelirse, titriyorsa ya da hayal görüyorsa;

**Panik yapmayın!**

Çocuğunuz anestezinin etkisinden yeni çıkıyor ve uyanıyordur. Bu dönemde **yanında bulunmanız** ve onu **desteklemeniz** çocuğunuzun rahatlatacaktır.

Genel anestezinin etkisini kaybetmesi yaklaşık **1-1,5 saat** kadar sürebilmektedir.

14

### Çocuğumu ne zaman besleyebilirim?

Genel anestezi uygulanacağı için çocuğunuz operasyon sonrası en az 2 saat hiçbir şey yememeli ve içmemelidir.

Çocuğunuzun beslenmesi operasyondan 2 saat sonra g n birl k cerrahi ünitesinde sıvı gıdalar ile (su, taze sıkılmış meyve suyu, hoşaf vb) başlatılacaktır.



Eve döndükten sonra (operasyondan 3-4 saat sonra) sevdiği tüm besinleri tüketebilir.

### Çocuğumu ne zaman yürütebilirim?

Çocuğunuz sünnetten sonra en az 2 saat istirahat etmelidir. Daha sonra kendini iyi hissettiğinde yürüyebilir.



Hemşireniz ilk yürüme sırasında sizinle beraber olacak ve dikkat edeceğiniz noktaları hatırlatacaktır.

15

### Çocuğum operasyon sonrası ağrı hiseder mi?



Sünnet derisi sinir ağları yönünden oldukça zengindir. Yani sünnet vücudun en ağrılı bölgelerinden birine uygulanmaktadır.



Sünnette uygulanan lokal anestezi sünnet sonrası ilk saatlerin ağrısını oldukça hafifletmektedir.



Cerrahiden kaynaklanan rahatsız edici ağrıların sünnet sonrası 4. saatte başlaması beklenmektedir.



Ağrılar sünneti takip eden ilk 24 saat içerisinde Şiddetli ve daha sık olurken 2. günün sonunda oldukça azalır ve hafifler.

16



### Çocuğunuzun operasyon sonrası ağrısı nasıl yönetilecek?

Çocuğunuzun ilk ağrı kesici dozu operasyon sonrası ameliyathanede uygulanacaktır.

**Sonrasında** gününbirlik cerrahi ünitesinde hemşireniz tarafından çocuğunuzun ağrısı takip edilecek ve **gerekirse ağrı kesici ilaçlar** uygulanacaktır.

### Çocuğumu ne zaman giydirmeliyim? Kıyafet tercihi nasıl olmalıdır?

Çocuğunuz **kendini iyi hissettiğinde** giydirebilirsiniz.

Hemşireniz sizi destekleyecektir.

**!** Pansuman pedinin yerinde kalmasına yardımcı olmak için **temiz** ve normalde giydiği külottan **bir numara küçük, penisi saran bir külot** giydirmeyi tercih edin!

**En rahat ettiği kıyafetlerini** giydirmeyi tercih edin!

**Kot pantolon, dar pantolon ya da pürüzlü malzemeden yapılmış bir pantolon** penis başı hassasiyetini artırabilir. Bu sebeple bu kıyafetleri **giydirmeyi tercih etmeyin!**

**!** Pansuman pedi çıktıktan sonra normalde giydiği külottan **bir numara büyük külot** giydirmeyi tercih edin! İç çamaşırını günlük değiştirin!

17

### Çocuğum ilk idrarını ne zaman yapacak? Yaparken ne hissedecek?



➤ İdrarını yaparken **pansuman pedinin çıkarılmasına gerek yoktur**. Çocuğunuz idrara sıkırsa hemşirenizden yardım isteyebilirsiniz.



➤ İlk idrarını yaparken **yanma/ağrı/acı** hissedebilir. Bu **normaldir**. Endişelenmeyin.



➤ Muhtemelen **ikinci kezden sonra** bu his kaybolacaktır.



➤ Yanma/ağrı/acı korkusu nedeniyle **idrarını yapmayı erteleyebilir**.



➤ İdrarını yapması gecikirse göbeğinin 5 cm altına **ılık havlu** koyabilirsiniz.



➤ Penis başında oluşan şişlik **çatalh işemesine neden olabilir**. Endişelenmeyin. Çatalh işeme zamanla kaybolacaktır.

18

## 10. Sünnet Operasyonu Sonrası Yan Etki Gelişir mi?

Sünnet sonrası yan etki gelişme olasılığı %0,2-6'dır. Ciddi yan etki görülmesi **nadirdir**. En sık görülen yan etkiler;



Sünnetin **uzman kişilerce ve uygun ortamlarda** yapılması yan etki oranını düşürür!

19

## 11. Çocuğumun Taburculuğu Ne Zaman Planlanır?

Çocuğunuzun;

- Yaşam bulgularında,
- Bilincinde,
- Ayağa kalkabilmesinde,
- Sıvı alımında,
- İşlem bölgesinde **bir problem yoksa**,
- Ağrısı, bulantı ve kusması **kontrol altında ise**;



Doktorunun kontrolü sonrasında taburculuğu planlanır.



20

## 12. Çocuğumun Taburculuk Sonrası Bakımında Bilmem Gerekenler Neler?



**Eve Dönüş:** Çocuğunuzun, arabanın arka çocuk koltuğunda emniyet kemeri penisine değmeyecek şekilde takılı olarak evinize götürebilirsiniz.

**İstirahat:** Çocuğunuzun dinlenmesi için teşvik edin. İlk 48 saat, her iki saatte bir 15 dakika sırt üstü uzanarak dinlenmesini sağlayın.



**Ağrı:** Sünnnet ağrısıyla baş etmede en iyi uygulama hem ilaç tedavisinin hem de ilaç dışı yöntemlerin birlikte kullanılmasıdır.

Eve döndükten sonra doktorunuzun reçete ettiği ağrı kesici ilaçları ağrısının başlamasını beklemeden söylendiği gibi düzenli olarak için. Hemşirenizin tavsiye ettiği ilaç dışı ağrıyla baş etme yöntemlerini uygulayın.



Hemşirenizin tavsiye ettiği ilaç dışı ağrıyla baş etme yöntemlerini iki saatten uzun kullanmayın. Çocuğunuzun istirahat etmesini sağlayın.

21

İlaç dışı ağrıyla baş etme yöntemlerini ağrısının yüksek olduğu zamanlarda **artırıp**, ağrısı hafiflediğinde **azaltabilirsiniz**.

**Sünnnet ağrısı ile ilaç dışı baş etme yöntemleri nelerdir?**



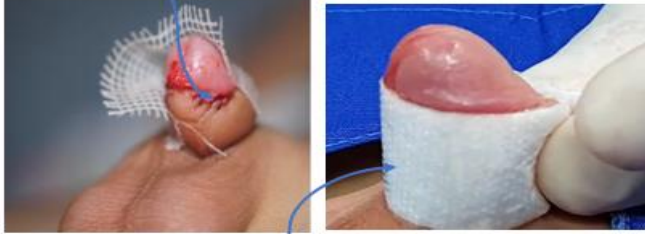
**Dikkati başka yöne çekme teknikleri nelerdir?**



22

**Kanama:** Sünnet sonrası ilk 24 saatte **açık kırmızı renkte, sızıntı** şeklinde kanama olabilir. Normaldir.

**Sünnet Dikişleri:** Sünnet sonrası dikişlerin alınmasına gerek yoktur. **Dikişler** kendiliğinden düşecektir.



#### **Pansuman Pedi:**

- Sünnet sonrası çocuğunuzun penisinde **pansuman pedi** bulunacaktır.
- Ped idrar ile kirlenmiş ise değiştirilmesine gerek yoktur. Ancak dışkı ile kirlenmiş ise mutlaka değiştirilmelidir.
- Pansuman pedi **ilk 24 ya da 48 saat sonra** çıkartılmalıdır.
- Pansuman pedi **kaynatılmış soğutulmuş ılık suyla ıslatıldıktan ve yapışkan bölümler yumuşadıktan sonra** çıkartılmalıdır.
- Pansuman pedi çıkartıldıktan sonra doktorunuzun önerdiği **pomad ya da kremleri ince bir tabaka şeklinde** belirlenen aralıklarla sürmelisiniz!

23

**Yara İyileşmesi:** Sünnet hattında sarı, kahverengi yara kabukları oluşacaktır. **Kabukları zorlayarak kaldırmaya çalışmayın!**



**Ana yaranın iyileşmesi yaklaşık 7-10 günde gerçekleşir.**



**Genel iyileşme genellikle 6-8 hafta sürer.**



Penisin tamamen **normal** görünümlü duruma dönmesi ve penis başındaki **tüm hassasiyetin, şişliğin bitmesi** 6 ay kadar sürebilir.

İyileşme **her çocukta farklı** olabilmektedir. Örneğin sünnet derisiyle ilgili bir problemin varlığı iyileşme süresini uzatabilmektedir.



**Çocuğunuz her geçen gün biraz daha iyi olacaktır.**

**Şişlik, Morluk, Kızarıklık:** Sünnet sonrası **penis başı ve köküne yayılan şişlik** görülebilir. Lokal anestezinin yapıldığı noktalarda **morluklar ve kızarıklık** görülebilir. Bu durumlar normaldir.

Şişlik, morluk ve kızarıklık **2-3 hafta** içinde kaybolur.



24

- Sünnet sonrası çocuğunuzun penisi garip görünebilir. Hatta çocuğunuz penisini beğenmeyebilir, korkunç bulabilir.
- Ona bu durumun geçici olduğunu hatırlatın!

#### **Banyo:**

- Özellikle bacak kat yerleri, sırtın alt kısmı ve popoda kalan dezenfektan maddeler kaynatılmış soğutulmuş ılık su ile temizlenmelidir!
- Sünnet sonrası ilk 24 saatte pansuman pedinin ıslanmamasına dikkat ederek çocuğunuza banyo yaptırabilirsiniz!



- Sünnetten 48 saat sonra ılık su ile oturma banyosu yaptırabilir ya da duş aldırabilirsiniz!
- Penis başının tahrişine neden olabileceği için banyoda antiseptik sabun kullanmayın! İlk 3-4 gün sadece suyla yapılacak temizlik yeterli olacaktır.

Sünnet sonrası en az 10 gün, günlük 10 dakikalık duş ya da ılık oturma banyosunun iyileşmeyi hızlandırdığı bilinmektedir.

**Yüzme:** Çocuğunuz sık ve uzun olmayacak şekilde en az 7 gün sonra denize, en az 10 gün sonra hijyeninden emin olduğunuz bir havuza girebilir.



**Spor:** Çocuğunuz 24 saat sonra evden dışarı çıkabilir. Yorucu olmamak ve penisine darbe almamak koşuluyla dışarıda oyun oynayabilir.

Çocuğunuzu en az 2 hafta bisiklete binme, at binme, yüksekten atlama, futbol, basketbol, boks ya da güreş gibi aktivitelerden uzak tutun!

**Okul:** Çocuğunuz operasyondan bir hafta sonra okula veya kreşe dönebilir.



Operasyon hakkında okula veya kreşe bilgi vermeyi unutmayın!

### 13. Sağlık Personeline Ne Zaman Başvurmalıyım?

- Silindiğinde hemen yenisi ile dolan, damlama tarzında kanaması varsa,
- İlk idrara çıkma süresi 12 saati geçmişse veya idrar yaparken zorlanma devam ediyorsa,
- İdrarla birlikte kan görülürse,
- Ağrıları giderek aşırı bir şekilde artarsa,
- İşlem bölgesinde aşırı şişlik, kızarıklık, kokulu akıntı ya da enfeksiyon belirtisi gelişirse,
- Ateşi 38.2 °C'nin üzerine çıkarsa,
- Karında sertlik ve hassasiyet oluşmuşsa,
- Açıklanamayan huzursuzluğu, ağlaması, uykusuzluğu varsa doktorunuz ya da sağlık personelinize **başvurmalısınız!**

Ameliyat sonrasında meydana gelebilecek herhangi bir problem durumunda kolaylıkla sağlık merkezine ulaşabileceğiniz bir mesafeye **yolculuk** ya da **tatil** planlayın!

### 14. Çocuğumu Ne Zaman Kontrole Götürmeliyim?

Çocuğunuzun **sünnet operasyonundan 7-10 gün sonra** kontrole getirmelisiniz.

### KAYNAKLAR

1. American Academy of Pediatrics (AAP). (2012). Technical report; Male circumcision, task force on circumcision. Erişim Tarihi: 14.04.2019 Erişim Adresi: <http://pediatrics.aappublications.org/content/130/3/e756>
2. Health Republic of South Africa. (2016). South African National Guidelines for Medical Male Circumcision. Erişim Tarihi: 14.04.2019 Erişim Adresi: [https://aidsfree.usaid.gov/sites/default/files/sa\\_mmc\\_guidelines.pdf](https://aidsfree.usaid.gov/sites/default/files/sa_mmc_guidelines.pdf)
3. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2017). Newborn male circumcision. Erişim Tarihi: 14.04.2019 Erişim Adresi: <https://www.acog.org/Patients/FAQs/Newborn-Male-Circumcision?IsMobileSet=false#decide>
4. Aydın, E. (2017). Gelenekler mi? Tıbbi tercihler mi? Aileler ne yapmalı? Türkiye Klinikleri J Pediatr Surg-Special Topics, 7(3):355-61
5. Morris, B. J., Waskett, J. H., Banerjee, J., Wamai, R. G., Tobian, A. A., Gray, R. H., Bailis, S. A., Bailey, R. C., Klausner, J. D., Willcourt, R. J., Halperin, D. T., Wiswell, T. E., Mindel, A. (2012). A 'snip' in time: what is the best age to circumcise? BMC Pediatr, 12(20):1-15
6. Thomas, D. T., Tulgar, S. (2017). Sünnette onam alınması: Yasal ve etik boyut. Türkiye Klinikleri J Pediatr Surg-Special Topics, 7(3):362-6
7. Altay, N., Kılıçarslan Törüner, E., Çırlak, A. (2014). Günübürlük cerrahide çocuğunuzun bakımı. Günübürlük Cerrahi Aile Eğitim Kitapçığı. Ankara. ISBN: 978-605-87620-4-6
8. Yavuz, M., Demir, T., Doğangün, B. (2011). Sünnetin çocuk ruh sağlığı üzerine etkisi: Gözden geçirme çalışması. Turk Psikiyatri Derg, 22, 1-9
9. Ramos, S. M., Boyle, G. J. (2001) Ritual and medical circumcision among filipino boys: Evidence of post-traumatic stress disorder. In: Denniston, G.C., Hodges, F.M. and Milos, M.F., Eds., Understanding Circumcision: A MultiDisciplinary Approach to a Multi-Dimensional Problem, Kluwer Academic/Plenum, New York, 253-270
10. Boyle, G. J. (2015). Circumcision of infants and children: short-term trauma and long-term psychosexual harm. Advances in Sexual Medicine, 5, 22-38
11. Cihangir Altay, N. (2008). Çocuklarda ameliyat öncesi hazırlık. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 68-72

12. Durmaz Edeer, A., Sarıkaya, A., Baksi, A. (2018). Ameliyat öncesi dönem hasta hazırlığında hemşirelik yönetimi. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 10(4):330-43
13. Çilingir, D., Bayraktar, N. (2006). Günübirlik cerrahi süreci ve hemşirelik bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 69-81
14. The International Circumcision Forum. (2018). Preparation for a teen or adult circumcision, A general guide. The Circumcision Helpdesk™ 2012-2018. Erişim Tarihi: 14.04.2019 Erişim Adresi: <http://www.circumcisionhelpdesk.org/philosophy.php>
15. Elibol Pekaslan, N., Şahin Acar, B. (2016). Üniversite öğrencilerinin sünnet olma deneyimlerine dair otobiyografik anlatıların içerik analizi. *Dtcf Dergisi*, 56(1):355-373
16. İkinci, S. (2017). Sünnette ağrı kontrolü. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Surg-Special Topics*, 7(3):372-5
17. The International Circumcision Forum. (2018). Post operative care for a teen or adult circumcision, A general guide. The Circumcision Helpdesk™ 2012-2018. Erişim Tarihi: 14.04.2019 Erişim Adresi: <http://www.circumcisionhelpdesk.org/philosophy.php>
18. World Health Organization (WHO). (2018). Postoperative care and management of adverse events during and after circumcision. Erişim Tarihi: 14.04.2019 Erişim Adresi: <https://www.malecircumcision.org/resource/chapter-10-postoperative-care-and-management-adverse-events-during-and-after-circumcision>
19. Sülü Uğurlu, E. (2017). Çocuklarda girişimsel işlemlerde nonfarmakolojik ağrı giderme yöntemleri. *ACU Sağlık Bil Derg*, 4:198-201
20. Özveren, H. (2011). Ağrı kontrolünde farmakolojik olmayan yöntemler. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 83-92
21. Danzig MR, Wild TT, Holbrook S, Wilcox DT. (2019). Distribution of a photographic atlas did not reduce postoperative care utilization after pediatric circumcision or the indispensability of the pediatric urology clinic nurse. *J Pediatr Urol.*, 1-18
22. Gün Sosyal, F. (2017). Sünnet komplikasyonları. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Surg-Special Topics*, 7(3):383-4
23. Canbulat Şahiner, N. (2015). Göbek ve sünnet bakımı. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Nurs-Special Topics*, 1(2):23-29
24. <https://www.shutterstock.com/home>

## ÖZGEÇMİŞ

**Fahriye PAZARCIKCI**, 1982 yılında Isparta'nın Gelendost ilçesine bağlı Yenice Köyü'nde doğdu. İlkokul ve ortaokul eğitimini Yenice Köyü'nde tamamladı. 1995-1999 yılları arasında Yalvaç Sağlık Meslek Lisesi'nde Hemşirelik eğitimi aldı. 2000 yılında Yalova Fuat Zilelioğlu Sağlık Ocağı'nda Hemşire olarak göreve başladı. 2001-2005 yıllarında Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nda hemşirelik eğitimi alırken aynı yıllarda Gelendost İlçe Devlet Hastanesi'nde Acil Hemşireliği yaptı. Daha sonra 2005-2008 yılları arasında Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans yaptı. 2010 yılında Isparta Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde Çocuk Servisi, Evde Sağlık Hizmetleri ve Hasta Hakları Biriminde hemşire olarak çalıştı. 2014 yılında Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda doktora eğitimine başladı ve eğitimi halen devam etmektedir. 2015-2017 yılları arasında Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde Öğretim Görevliliği yaptı. 2017 yılından beri de Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Araştırma Görevlisi olarak görev yapmaya devam etmektedir. Yabancı dili İngilizcedir. Evli ve 2 çocuk annesidir.

## AHMET'İN SÜNNET MACERASI



Yazan: Arş. Gör. Fahriye PAZARCIKCI

Prof. Dr. Emine EFE

- Bu öykü kitabı "Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na Temellenen Hemşirelik Bakımının Sünnet Olan Çocuk ve Ebeveynlerinin Konfor Sonuçlarına Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma" başlıklı tez çalışmasının bir parçası olarak hazırlanmıştır.
- Tez çalışması, Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi'nce (Proje Numarası:4806) desteklenmiştir.



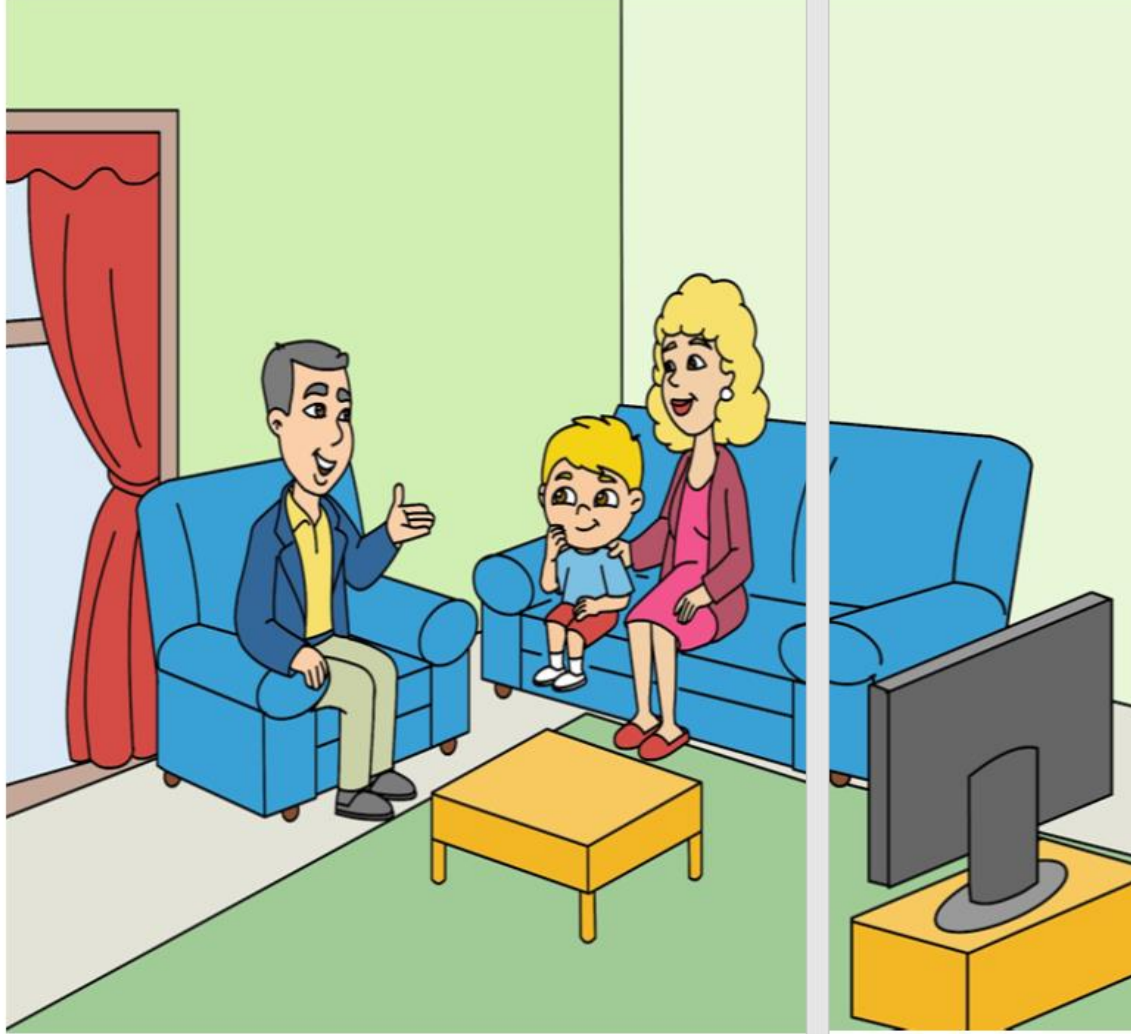
## Önsöz

- Merhaba;
- Bu öykü kitabı seni sünnet olmaya hazırlamak, sünnet hakkındaki duygularını ifade edebilmeni desteklemek ve sünnet sonrası dikkat etmen gerekenler konusunda seni bilgilendirmek amacıyla hazırlanmıştır.
- Bu süreçte merak ettiğin her şeyi bana sorabilirsin.
- Bana ulaşmak istersen annene ya da babana söyleyebilirsin.
- Sevgiyle kal...

Arş. Gör. Fahriye PAZARCIKCI

Bu kitap çok özel bir çocuğa  
aittir.

Bu özel çocuk:



Ahmet çok tatlı ve akıllı bir çocuktur. Daha önce birçok kez hastaneye gitmişti. Ancak o gün daha özel bir nedenle hastaneye gidecekti. Ahmet onu sünnet edecek doktorla tanışacak, muayene olacaktı. Bu nedenle çok heyecanlıydı. Ahmet'e anne ve babası bedeninin özel bölgelerini ve sünneti anlatmışlardı. Hatta Ahmet'in arkadaşlarından sünnet olanlar da vardı. Yine de sünnetin ne olduğunu tam olarak bilmiyordu. Kafası biraz karıştı.

Ahmet, anne ve babası ile hastaneye gitti. Doktoru ile tanıştı. Doktoru, Ahmet'e sünnetin ne demek olduğunu ve neden sünnet olması gerektiğini anlattı.



-“Ahmet çiiğim, penisinin yani senin söyleminle pipinin başında şapkaya benzeyen fazla bir deri bulunuyor. Sünnet, işte bu fazla derinin alınması işlemidir.”

-“Eğer penisinin başını örten bu fazla deri alınmazsa mikroplar burada birikebilir ve hastalanmana neden olabilir.”

-“Yani sünnet biz erkeklerin sağlığı için oldukça gerekli.”

-“Üstelik bizim ülkemizde sünnet olmak çok önemli. Bu nedenle baban, dedelerin ve birçok arkadaşın da sünnet oldu. Küçükken bende sünnet olmuşum.” dedi ve ekledi:

-“Ahmet çiiğim sende sünnet olacak kadar büyüdün ve senin de sünnet olma zamanın geldi!”

Ahmet, hala biraz endişeliydi. Çünkü başına ne geleceğinden emin değildi. Kafasını karıştıran her şeyi doktoruna sordu;

-Fazla olan o deri oradan nasıl alınacaktı?

-Canı acıyacak mıydı?

-Penisi zarar görecek miydi?

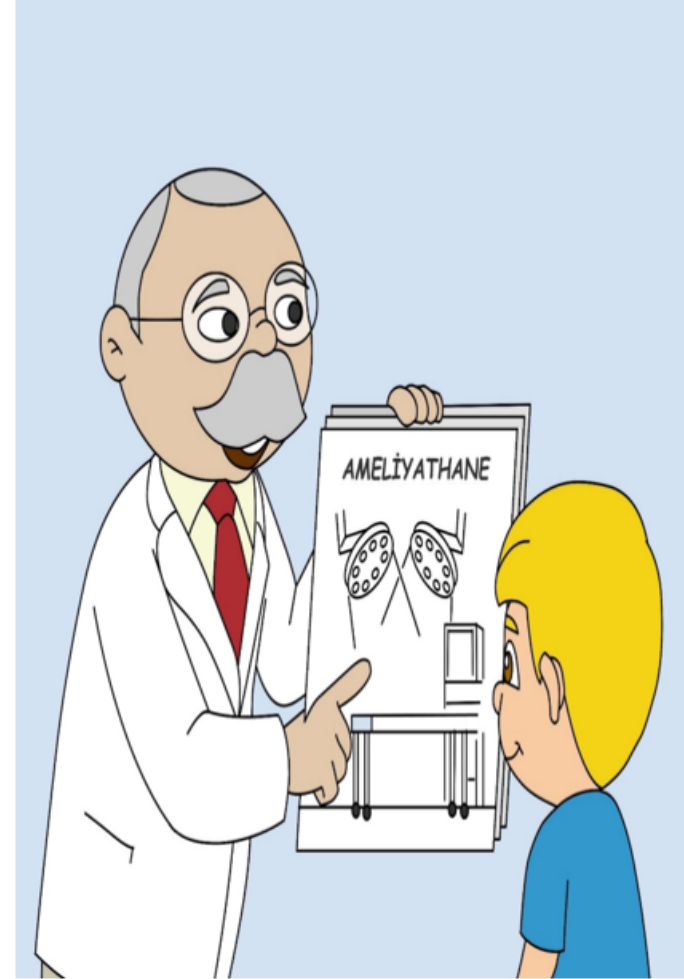
Doktoru;

“Ahmet çiğim bize güvenebilirsin.” dedi.

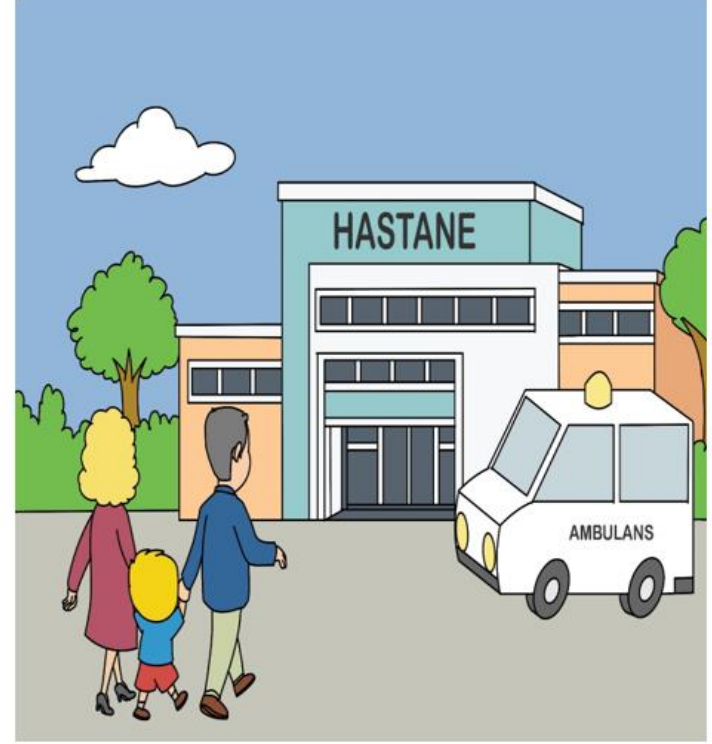
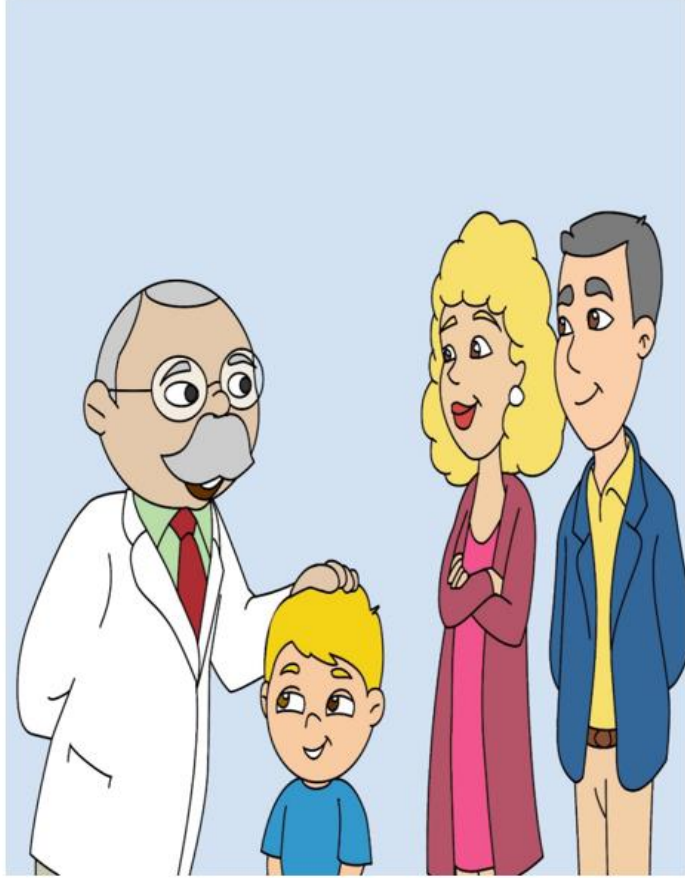
Daha sonra Ahmet'e bazı fotoğraflar gösterdi.

Fotoğraflar sünnetin nerede yapılacağıyla ilgiliydi.

“Ahmet çiğim burası ameliyathane. Sen özel bir ilaç sayesinde uyurken yani hiç acı, rahatsızlık hissetmezken sünnet işlemini yapacağız. İşlem çok kısa sürecektir ve işlem bitince hemen uyanacaksın. Anne ve baban yanında olacak!” dedi.



Ahmet doktoru ile konuştukça kendini rahatlamış hissetti. Heyecanı ve endişesi kayboldu.



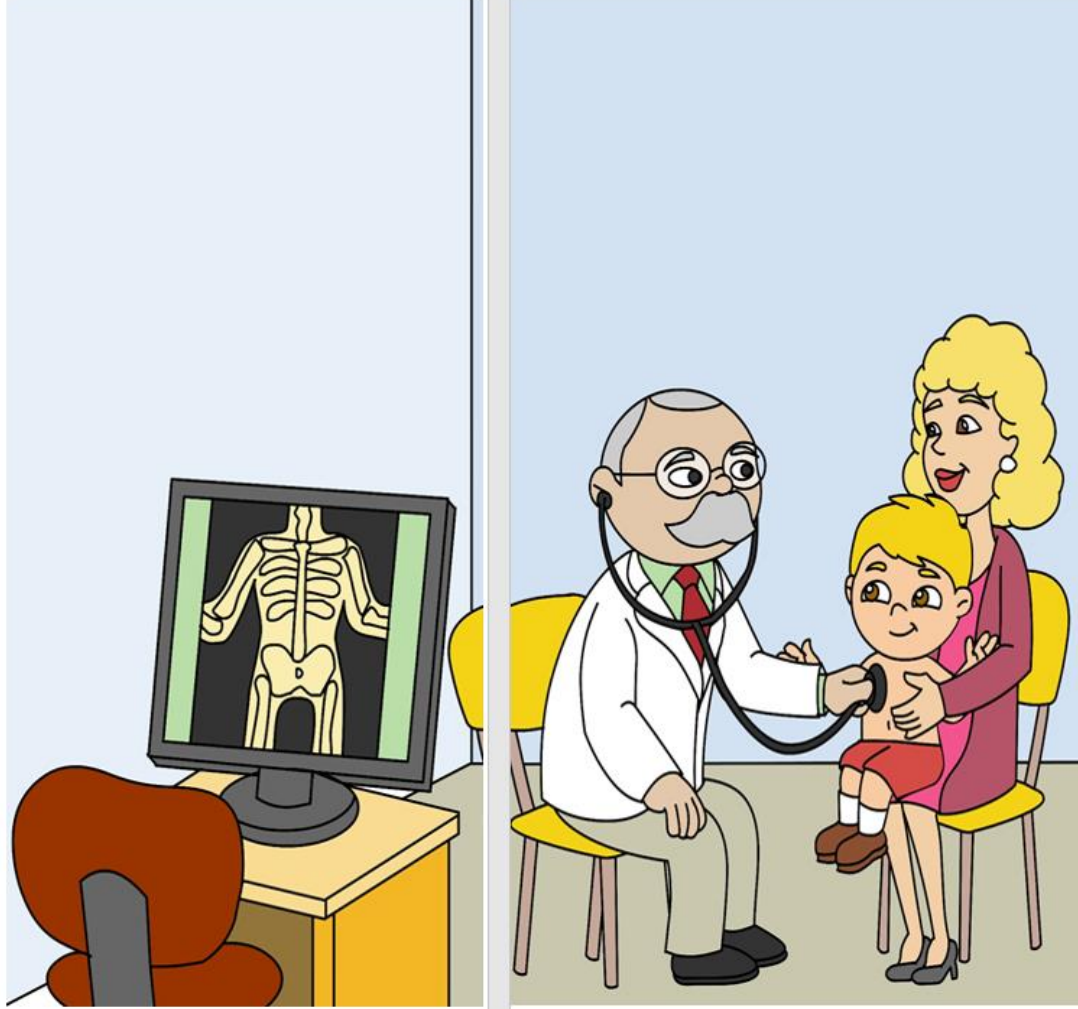
Günler günleri kovaladı ve sünneti için gerekli işlemlerin yapılacağı gün geldi. Ahmet o sabah erkenden uyandı. Evde kahvaltısını yaptı. Anne ve babasıyla sünnet olacağı büyük hastaneye gitti.

12

Hastanede bazı  
testler yapıldı.

Sünneti sırasında  
uyumasına yardım  
edecek doktorla  
görüştü.

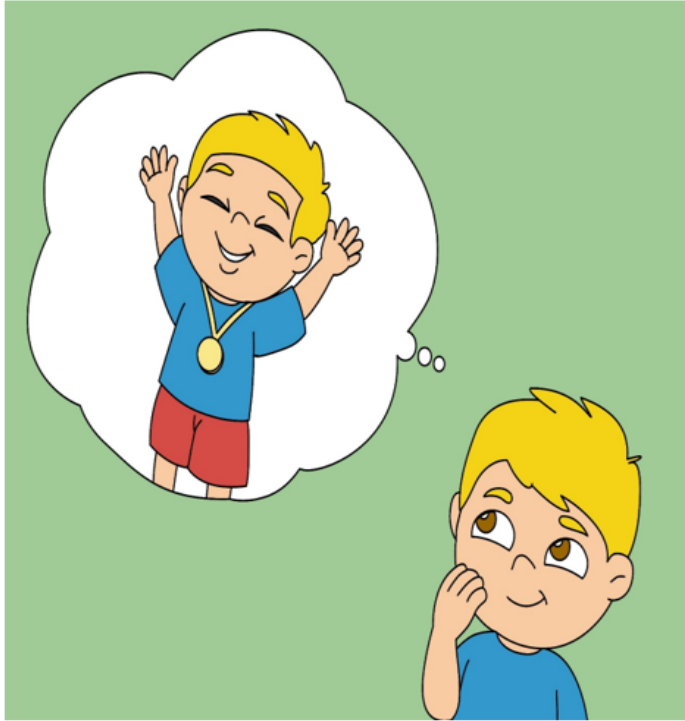
Doktoru kalbinin  
sesini dinledi.



Ahmet sünnet  
olmaya hazırды.  
Anne ve babası  
ile ertesi gün  
hastaneye  
gelmek üzere  
evine gitti.

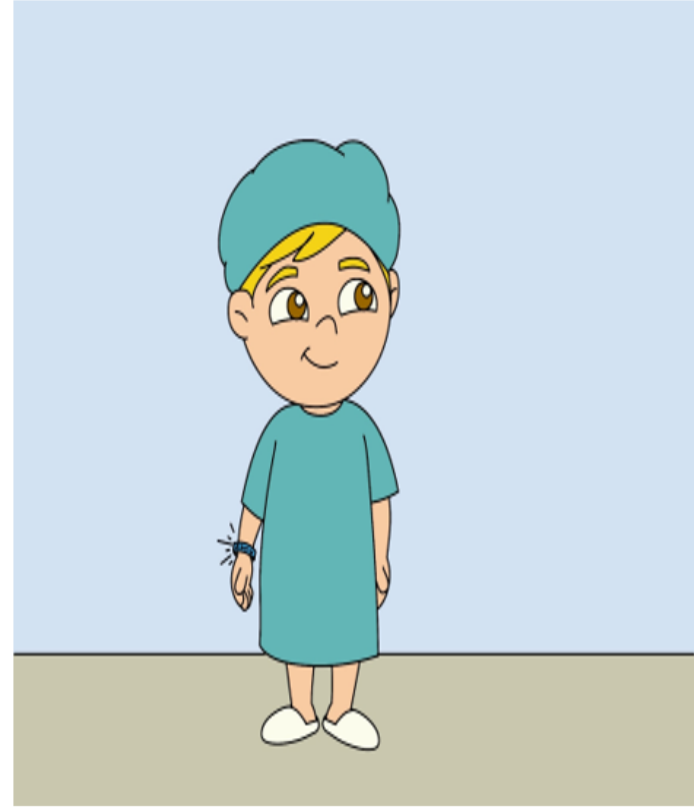
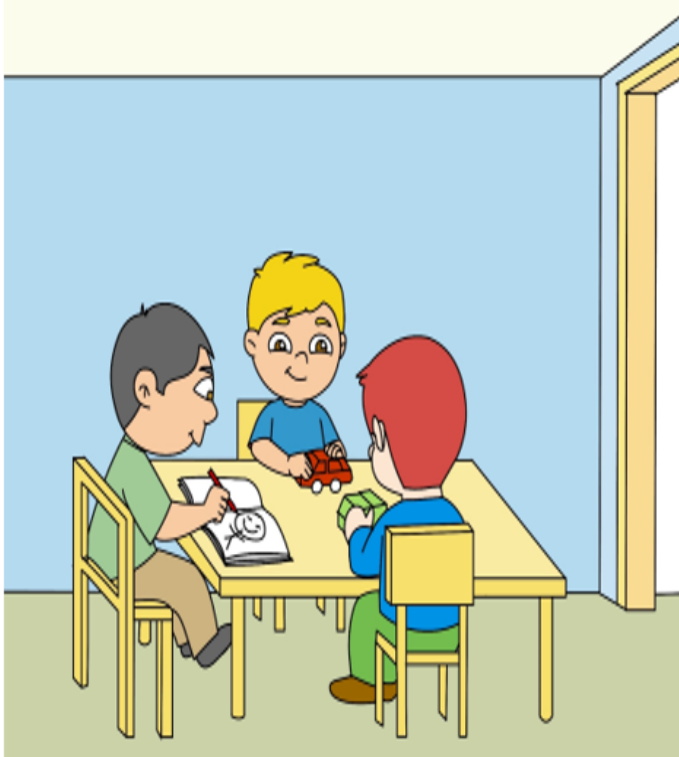
Ahmet'in sünnet olacağı gün gelmişti. O gün çok eğlenceli olacak ve doktorunun bahsettiği üstün cesaret madalyasını kazanacaktı.

Ahmet'in o gün kahvaltı yapmaması gerekiyordu.



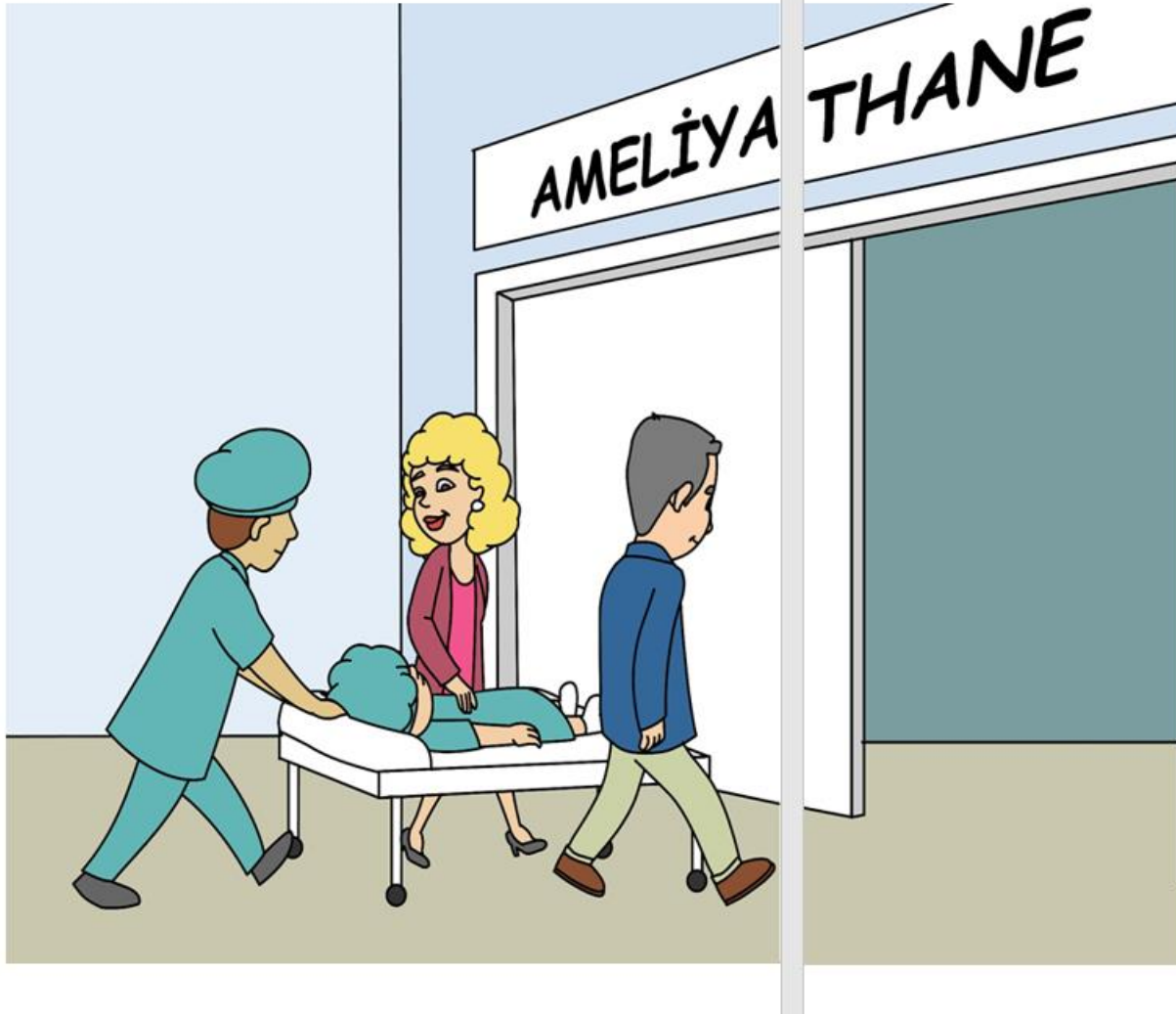
Ailesiyle hastaneye, günübirlik cerrahi ünitesine geldi. Üniteye onları hemşire karşıladı. Ahmet, hemşireyle tanıştı. Hemşire bekleme salonunu, ameliyat hazırlık odasını ve sünnet sonrası kalacağı özel odayı gösterdi. Ateşini ve kan basıncını ölçtü. Onlara sorular sorarak bazı notlar aldı ve bazı bilgiler verdi.

Hemşire, tahmini sünnet saatini söylemişti. Ahmet, bekleme salonunda sünnet saatini beklemeye başladı. Orada başka çocuklarda vardı. Ahmet, onlarla arkadaş oldu. En sevdiği oyuncuğı ile oynadı. Boyama yaptı.



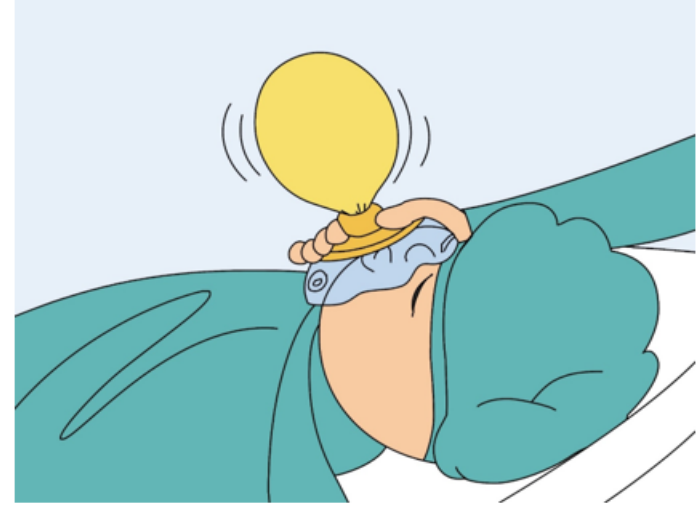
Zaman yaklaşınca hemşire Ahmet'e özel bir kıyafet giydirdi. Başına buluta benzeyen komik bir şapka, koluna da adının yazılı olduğu bir bileklik takıldı.





Sünnet zamanı gelmişti.  
Ahmet'i operasyona  
götürmek için bir görevli  
geldi ve hemşire ile  
birlikte onu hareketli bir  
yatakla ameliyathaneye  
götürdü.  
Anne ve babası Ahmet'i  
dışarıda bekledi.

Ahmet, ameliyat odasında kendini muayene eden doktorları gördü. Onlarda özel kıyafetler giymiş ve ağızlarına maske takmışlardı. Ameliyathane, doktor ve hemşirenin anlattığı gibiydi. Kocaman ışıklar, televizyona benzeyen bir makine vardı.



Doktorlardan biri Ahmet'e: "Şimdi sana küçük bir kelebek takacağız, canın sivrisinek ısırması gibi azıcık acıyabilir" dedi.

Eline takılan kelebekten sonra Ahmet, sünnet süresince uyuması, hiçbir şey hissetmemesi için bir balon şişirdi. Böylece sünnet boyunca uyudu, neşeli rüyalar gördü ve hiç acı hissetmedi.



Sünnet işlem çok kısa sürmüş, Ahmet hemşirenin gösterdiği odada uyanmıştı. Anne ve babası yanındaydı. Ahmet'in penisinde küçük bir bant vardı.

Kendini iyi hissettiğinde hemşire ve ailesi ona rahat kıyafetler giydirdi. Sünnet sonrası ikinci saatte çok lezzetli bir meyve suyu içti. Ayağa kalkıp yürüdü. Yatakta oyuncacı ile oynadı. Ahmet, doktoru artık eve gidebileceğini söyleyene kadar hastanede kaldı.





Eve giderken çok mutluydu. Cesur bir çocuk olduğu için üstün cesaret madalyası kazanmıştı.

Hemşire madalyayı verirken:

“Ahmet çiğim bu günü hep gülümseyerek hatırla!” demişti.

Babası, dedeleri ve en yakın arkadaşı Mustafa gibi o da sünnet olmuştu.

Ahmet eve geldikten sonra hemşirenin anlattığı evde dikkat etmesi gereken kurallara uydu. Bol bol istirahat etti. Dinlendikçe kendini enerjik hissetti.



Hemşirenin de anlattığı gibi:

İlk çişini yaparken penisi birazcık acıdı. Ama ikinci çişinden sonra bir daha acı duymadı.

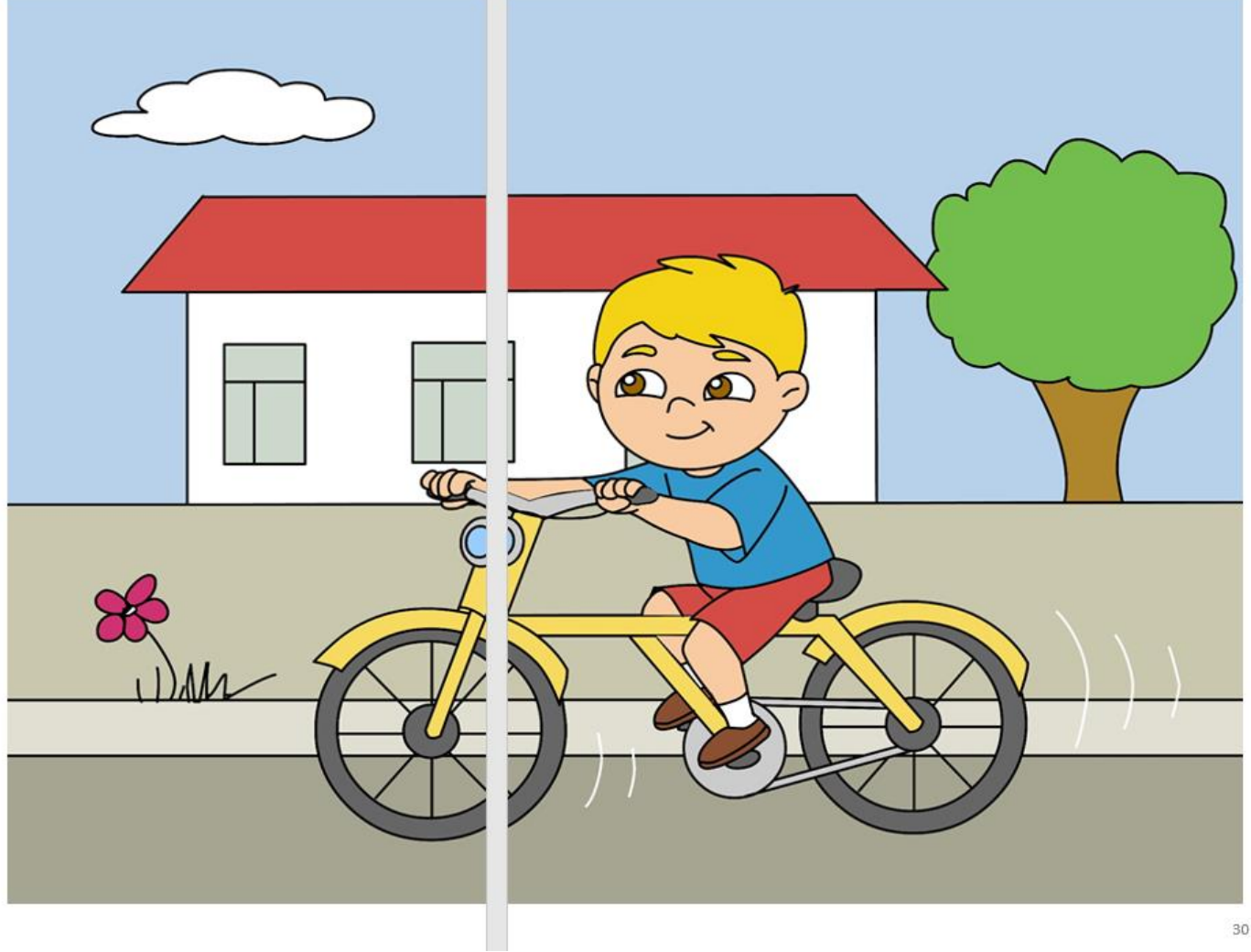
İlk iki gün sünnet bölgesinde birazcık rahatsızlık hissetti. Anne ve babası doktorunun verdiği tatlı şurupları içirince, bu rahatsızlık hissi kayboldu.

İkinci günün sonunda banyo yaptı. Banyo sonrasında annesi ve babası penisine bazı kremler sürdü.

İlk gördüğünde penisini bir çileğe benzetmişti. Şekli ona biraz garip görünmüştü. Ama endişelenilecek bir şey yoktu. Penisindeki şişlik ve kızarıklık bir hafta içinde kayboldu, penisi iyileşti ve daha güzel göründü!

Ahmet yaklaşık iki hafta oyun oynarken penisini korudu.

AHMET, BİR  
SÜRE SONRA  
NORMAL  
YAŞAMINA  
DEVAM ETTİ...



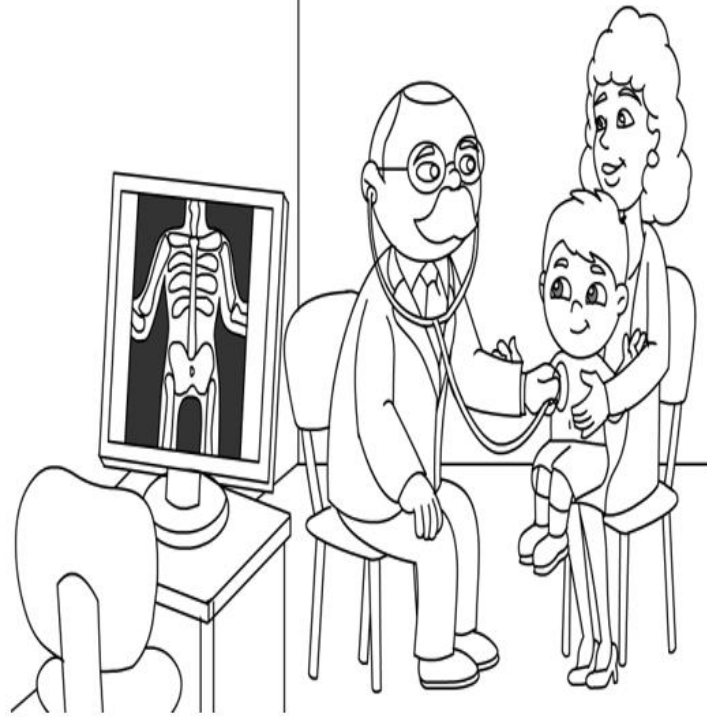
AHMET'İN SÜNNET MACERASI  
BOYAMA VE BULMACA KİTABI



1



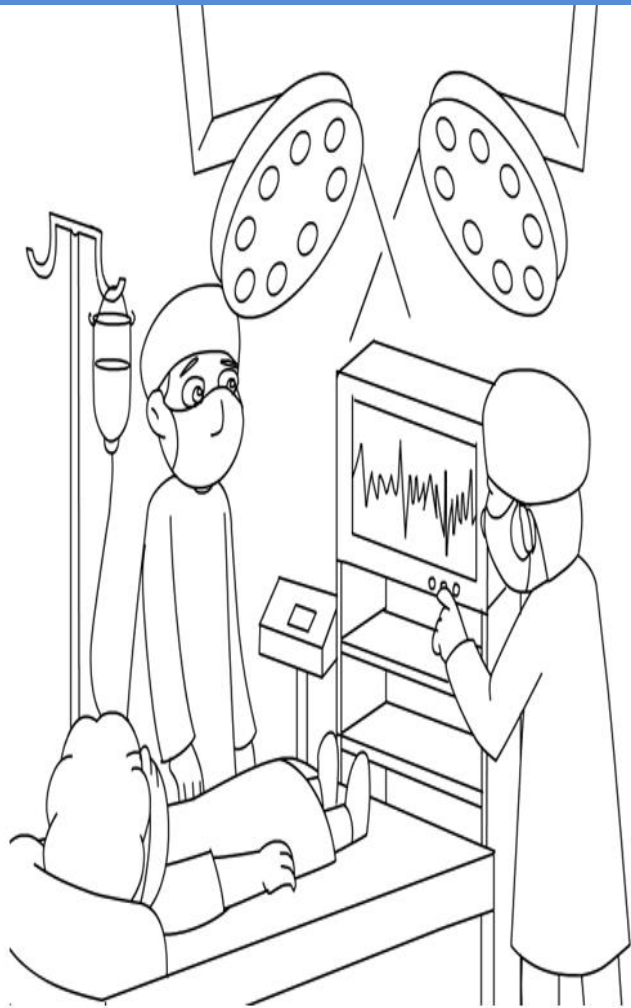
2



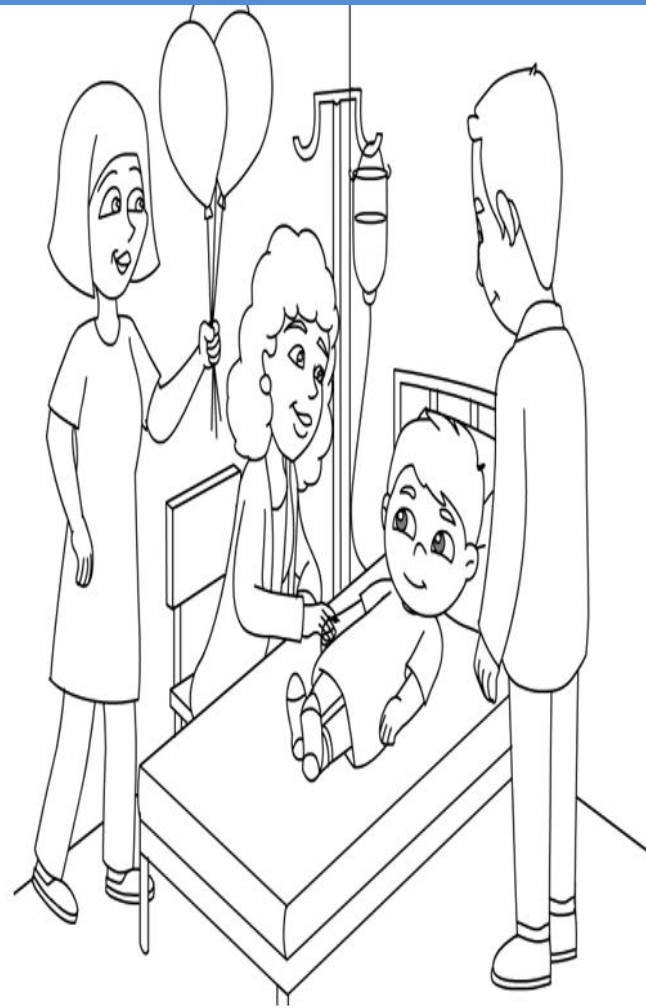
3







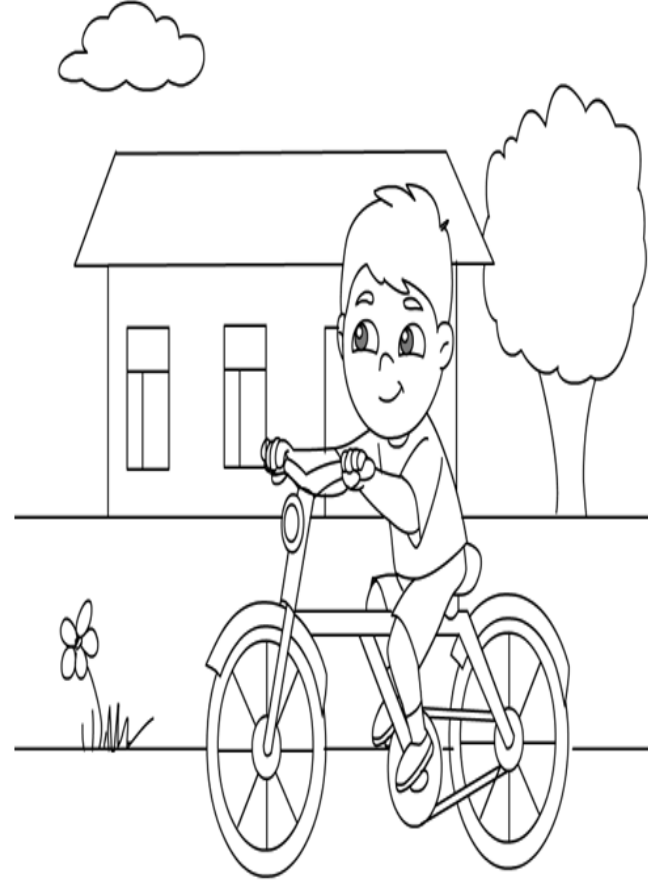
5



6



7



8

Ahmet, hastaneden evine gitmek istiyor. Haydi! Ona yardımcı olalım.



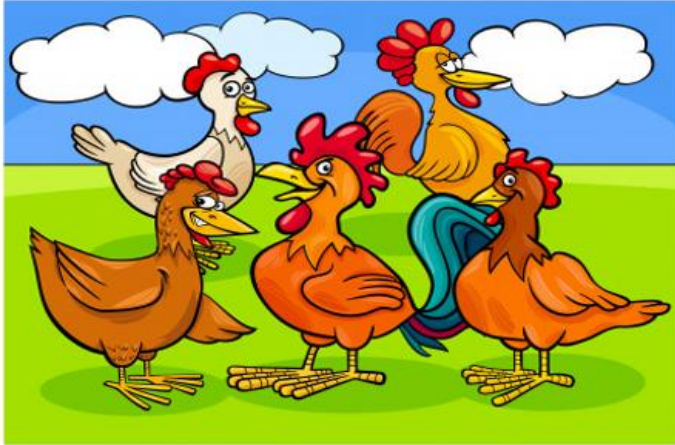
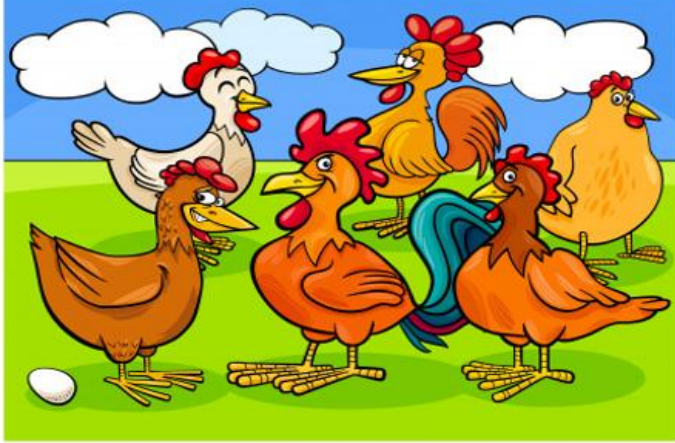
9

Haydi! Sıradaki örüntüyü tahmin et. Soru işaretinin yerine hangi şekil gelmeli?



10

Haydi! İki resim arasındaki 6 farkı bulalım...



11

Haydi! İki resim arasındaki 7 farkı bulalım...



12

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	Fahriye	<b>Uyruğu</b>	TC
<b>Soyadı</b>	PAZARCIKCI	<b>Tel no</b>	05052560327
<b>Doğum tarihi</b>	24.10.1982	<b>e-posta</b>	fahriyecelikk@gmail.com

### Eğitim Bilgileri

	<b>Mezun olduğu kurum</b>	<b>Mezuniyet yılı</b>
<b>Lise</b>	Isparta Yalvaç Sağlık Meslek Lisesi (Hemşirelik)	1999
<b>Lisans</b>	Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta Sağlık Yüksekokulu (Hemşirelik)	2005
<b>Yüksek Lisans</b>	Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü (İç Hastalıkları Hemşireliği)	2008
<b>Doktora</b>	Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü (Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği)	2020

### İş Deneyimi

<b>Görevi</b>	<b>Kurum</b>	<b>Süre (yıl-yıl)</b>
<b>Hemşire</b>	Yalova Fuat Zilelioğlu Sağlık Ocağı	2000-2001
<b>Hemşire</b>	Isparta Gelendost İlçe Devlet Hastanesi	2001-2010
<b>Hemşire</b>	Isparta Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	2010-2015
<b>Öğretim Görevlisi</b>	Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği ABD	2015-2017
<b>Araştırma Görevlisi</b>	Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD	2017-Devam

<b>Yabancı Dilleri</b>	<b>Sınav türü</b>	<b>Puanı</b>
<b>İngilizce</b>	ÜDS	65

### Proje Deneyimi

<b>Proje Adı</b>	<b>Destekleyen kurum</b>	<b>Süre (Yıl-Yıl)</b>
Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na Temellenen Hemşirelik Bakımının Sünnet Olan Çocuk ve Ebeveynlerinin Konfor Sonuçlarına Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma <b>Araştırmacı</b>	Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Yönetim Birimi (BAP)	2019-2020

## **Yayınlar ve Bildiriler:**

### **Ulusal ve Uluslararası Hakemli Dergilerde Yayımlanan Orijinal Makaleler ve Derlemeler**

- **Pazarcıkcı F**, Dilmen B. (2019). Hemşirelik eğitimine yeni başlayan öğrencilerin meslek seçimini etkileyen faktörler ile boyun eğici davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, 10(25), 599-611.
- **Pazarcıkcı F**, Efe E. (2018). Pediatri hemşireliğinde hasta güvenliği. SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 9(2): 169-174.
- **Pazarcıkcı F**, Efe E. (2018). Preterm bebeklerde gavajla beslenmeden total oral beslenmeye geçişi destekleyici bakım uygulamaları: Literatür taraması. Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi, 28: 92-112.
- **Pazarcıkcı F**, Efe E. (2017). Çocukluk dönemi aşı uygulamalarında atravmatik bakım yöntemleri. Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi, (9): 62-77.
- **Pazarcıkcı F**, Efe E. (2017). Preterm bebeklerin taburculuk sonrası evde bakımının sağlanmasında hemşirenin rolü. MAKÜ Sağ. Bil. Enst. Derg, 5(1): 45-52.
- **Pazarcıkcı F**. (2017). Kemoterapi alan kanser hastalarında uyku kalitesinin değerlendirilmesi, MAKÜ Sağ. Bil. Enst. Derg, 5(1): 11-21.
- **Pazarcıkcı F**, Efe E. (2015). Yenidoğanın taburculuk sonrası rehospitalizasyonu ve nedenleri. Sağlıkla Hemşirelik Dergisi, 22: 33-35.

### **Uluslararası Bilimsel Etkinliklere Ait Kitaplarda Yayımlanan Bildiri Tam Metinler**

- Apaydın Cırık V, **Pazarcıkcı F**, Aksoy B, Efe E. (2019). Çocuk servislerinde çocuk hasta ve ailesiyle etkili iletişim. 1. Uluslararası Genç Araştırmacılar Öğrenci Kongresi. 28-30 Kasım 2019; 1039-1044.
- **Pazarcıkcı F**, Efe E. (2019). Erkek sünnetinde atravmatik bakım uygulamaları. 2. Uluslararası, 4. Ulusal Tamamlayıcı Terapiler ve Destekleyici Bakım Uygulamaları Kongresi-TATDEP., 25-28 Eylül 2019; 280-282.

- **Pazarcıkçı F**, Efe E. (2019). Gavajla beslenen preterm bebeklerde emme-yutma-solunum arasındaki koordinasyonu destekleyici bir uygulama: Oral stimülasyon yöntemi. 2nd International Health Sciences and Life Congress. Burdur. 24-27 Nisan 2019; 231-236.
- **Pazarcıkçı F**, Efe E. (2018). Hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin tolerans düzeyleri ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. 1st International Health Sciences and Life Congress Full Text Book, 2-5 Mayıs 2018; 655-662.
- **Pazarcıkçı F**. (2018). Kemoterapi alan kanser hastalarında tedaviye yanıt ile beslenme durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi. 1st International Health Sciences and Life Congress Full Text Book, 2-5 Mayıs 2018; 663-671.

#### **Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitabında Basılan Bildiriler**

- **Pazarcıkçı F**, Efe E. (2019). Sünnetli erkek üniversite öğrencilerinin sünnet olma kavramına ilişkin algılarının metaforlar aracılığıyla belirlenmesi. 6. Uluslararası, 17. Ulusal Hemşirelik Kongresi. Ankara, (Oral Presentation), 12-21 Aralık 2019; 230.
- **Pazarcıkçı F**, Efe E. (2019). Sünnetli erkek üniversite öğrencilerinin sünnet olma deneyimlerine ilişkin duygularının belirlenmesi. 2. Uluslararası, 7. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi. İzmir, (Oral Presentation), 27-30 Kasım 2019; 1311.
- **Pazarcıkçı F**, Dilmen E, Efe E, Aydın A. (2019). Pediatrik cerrahide postoperatif konfor yönetiminde aromaterapi uygulamalarının etkinliğinin incelenmesi: Literatür taraması. 1. Uluslararası Genç Araştırmacılar Öğrenci Kongresi. Burdur. (Oral Presentation), 28-30 Kasım 2019; 108.
- **Pazarcıkçı F**, Uçak A. (2019). Pediatrik cerrahide tartışılan bir konu: Erkek sünneti etik midir? 1. Uluslararası Genç Araştırmacılar Öğrenci Kongresi. Burdur. (Oral Presentation), 28-30 Kasım 2019; 124.
- Aydın A, Gözütok Konak T, **Pazarcıkçı F**. (2019). Hemşirelik eğitiminde yeni bir yaklaşım: Mobil öğrenme. 1. Uluslararası Genç Araştırmacılar Öğrenci Kongresi. Burdur. (Oral Presentation), 28-30 Kasım 2019; 122.
- Uslu N, **Pazarcıkçı F**, Ertürk B, Aksu F. (2018). Annelerin yemek zamanı davranışları ile çocukların beden kitle indeksleri arasındaki ilişki. 1st International

Health Sciences and Life Congress Abstract Book (Oral Presentation), 2-5 Mayıs 2018; 824.

- Dilmen B, **Pazarcıkçı F.** (2018). Pediatrik cerrahi kliniklerinde hasta güvenliğini tehdit eden hata kaynakları: Literatür taraması. 1st International Health Sciences and Life Congress Abstract Book (Oral Presentation), 2-5 Mayıs 2018; 46.
- **Pazarcıkçı F,** Efe E. (2018). Çocukların siber cinsel tacizi. 1st International Health Sciences and Life Congress Abstract Book (Oral Presentation), 2-5 Mayıs 2018; 91.
- Uçak A, **Pazarcıkçı F.** (2018). Çocuk cerrahi kliniklerinde hasta güvenliği kültürünü geliştirmeye yönelik stratejiler: Literatür taraması. 1st International Health Sciences and Life Congress Abstract Book (Oral Presentation), 2-5 Mayıs 2018; 382.
- **Pazarcıkçı F,** Efe E, Ergün G. (2017). Providing home care service to preterm baby after discharge. ICON-2017 International Congress on Nursing Abstracts Books. Antalya, (Oral Presentation), 16-18 March 2017;151.
- **Pazarcıkçı F,** Efe E. (2017). Çocuklarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda alternatif tedavi yöntemi: Düzenli fiziksel aktivite ve egzersiz. 4. Uluslararası Spor Bilimleri, Turizm ve Rekreasyon Öğrenci Kongresi Özet Kitabı, Burdur, (Oral Presentation), 21-23 Nisan 2017; 221.
- **Pazarcıkçı F,** Efe E. (2017). Diabetik anne bebeğinin doğum sonrası değerlendirilmesi. I. Adnan Menderes Üniversitesi Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi Bildiri Kitabı. Aydın, (Oral Presentation), 29 Haziran- 1 Temmuz 2017; 782.
- **Pazarcıkçı F,** Efe E. (2017). Preterm bebeklerde gavajla beslenmeden tam oral beslenmeye geçişi destekleyen iyi bakım uygulamaları. I. Adnan Menderes Üniversitesi Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi Bildiri Kitabı. Aydın, (Oral Presentation), 29 Haziran- 1 Temmuz 2017; 741.
- Uslu N, **Pazarcıkçı F.** (2017). Çocukluk çağı obezitesinin önlenmesinde fiziksel aktivitenin yeri. 4. Uluslararası Spor Bilimleri, Turizm ve Rekreasyon Öğrenci Kongresi Özet Kitabı, Burdur, (Oral Presentation), 21-23 Nisan 2017; 20.
- Dilmen B, **Pazarcıkçı F.** (2017). Kardiyovasküler hastalıklardan korunmada etkili bir yöntem: Fiziksel aktivite. 4. Uluslararası Spor Bilimleri, Turizm ve Rekreasyon Öğrenci Kongresi Özet Kitabı, Burdur, (Oral Presentation), 21-23 Nisan 2017; 179.



- Uslu N, **Pazarcıkcı F.** (2017). Çocuklarda solunum sistemi enfeksiyonlarında probiyotiklerin kullanımı. I. Adnan Menderes Üniversitesi Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi Bildiri Kitabı. Aydın, (Oral Presentation), 29 Haziran- 1 Temmuz 2017; 656.
- Uslu N, **Pazarcıkcı F.** (2017). CPAP tedavisi alan yenidoğanda nazal komplikasyonlara yönelik atravmatik bakım uygulamaları. I. Adnan Menderes Üniversitesi Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi Bildiri Kitabı. Aydın, (Oral Presentation), 29 Haziran- 1 Temmuz 2017; 769.
- **Pazarcıkcı F,** Efe E. (2017). Tip 1 diyabetli çocuklarda yaşam kalitesini arttıran bir uygulama: Egzersiz. 4. Uluslararası Spor Bilimleri, Turizm ve Rekreasyon Öğrenci Kongresi Özet Kitabı, (Poster), Burdur, 21-23 Nisan 2017; 404.
- Kaplan T, **Pazarcıkcı F.** (2017). Motivasyonel görüşme ve hemşirelikte kullanımı üzerine bir sistematik derleme. 5. Uluslararası, 16. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Bildiri Özetleri Kitabı, Ankara, (Poster), 5-8 Kasım 2017; 183.

#### **Ulusal Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitabında Basılan Bildiriler**

- Uçak A, Şahin B, Abacıoğlu S, **Çelik F,** Akgöz N, Ayyıldız S, Çevik A. (2005). Isparta ili Karaağaç Sağlık Ocağı'na bağlı 15-49 yaş kadınların üreme sağlığı ile ilgili bilgi ve alışkanlıklarının değerlendirilmesi. IV. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Bildiri Kitabı, Ordu, (Poster), 5-6 Mayıs 2005; 256.
- **Pazarcıkcı F,** Efe E. (2016). Çocukluk dönemi aşı uygulamalarında atravmatik bakım yöntemleri. 15. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi Bildiri Kitabı, Antalya, (Poster), 9-13 Kasım 2016; 121.

#### **Katıldığı Bilimsel Çalışma/Eğitimler/Faaliyetler**

- Disleksi Eğitimci Eğitimi, 2020
- Çocuk Resimleri Analizi Eğitimi, 2020
- Oyun Terapisi Eğitimi, 2020
- Masal Terapisi Eğitimi, 2020
- Montessori Eğitimci Eğitimi, 2020
- 2st International Health Sciences and Life Congress, 2019

- Uluslararası, 4. Ulusal Tamamlayıcı Terapiler ve Destekleyici Bakım Uygulamaları Kongresi-TATDEP, 2019
- Uluslararası, 7. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi, 2019
- Uluslararası Genç Araştırmacılar Öğrenci Kongresi, 2019
- 6. Uluslararası, 17. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 2019
- Oyun Terapisi Uygulayıcısı Sertifikası Eğitimi, 2018
- 1st International Health Sciences and Life Congress, 2018
- Gelişimsel Destekleyici Bakım Eğitimi, 2018
- Pediatri Günleri, 2017
- 4. Uluslararası Spor Bilimleri, Turizm ve Rekreasyon Öğrenci Kongresi, 2017
- Adnan Menderes Üniversitesi Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi, 2017
- Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sürekli Eğitim Araştırma ve Uygulama Merkezi Pedagojik Formasyon Sertifika Programı, 2012
- Uluslararası Evde Sağlık Hizmetleri Kongresi, 2011
- Isparta Hasta Hakları Sempozyumu, 2010
- Çocuklarda İleri Yaşam Desteği Kursu, 2010
- Acil Bakım Hemşireliği Kursu, 2009
- Diyabet ve Obezite Eğitici Eğitimi Kursu, 2008
- Tıbbi Atıkların Kontrolü Yerel Eğitim Sertifika Programı, 2008
- IV. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 2005
- Çocuklarda Üriner Sistem Enfeksiyonları ve Sık Karşılaşılan Nefrolojik Sorunlar Sempozyumu, 2004